



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

DISEÑO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN PARA LA MEJORA DE LOS REGISTROS EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

PRESENTA EL LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

JOSÉ DE JESÚS VÉRTIZ RAMÍREZ

DIRECTOR

DR. VÍCTOR MANUEL HERNÁNDEZ REYNOSO

ASESORES

***M. en ISS* HÉCTOR E. GONZÁLEZ DÍAZ
M. en ISS CAROLINA SALINAS OVIEDO**



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.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mis maestros de la MISS, porque de verdad lo fueron y lo son.

A mi Director, Dr. Víctor Manuel Hernández Reynoso, y a mis asesores, Héctor Eduardo González y Carolina Salinas. Por su gran apoyo, comprensión y paciencia.

A mis compañeras Elsa Cervantes y Famara Vega. Sin su ayuda no hubiera podido concluir la Maestría.

A mis queridos compañeros y amigos de Qualimed, Javier Ledesma, Gabriel Angulo, Marycarmen Delgado y Angélica Martínez, quienes hicieron posible que el proyecto cobrara vida.

A mis jefes en el Instituto Nacional de Salud Pública: Mario Bronfman, Martha Híjar, Miguel Ángel González Block y, de manera muy especial, a Ofelia Poblano y Juan Francisco Molina. Por su tolerancia y confianza.

A mis compañeros del INSP, en particular a Irene Parada, Alma Lucila Saucedo y Belkis Aracena, porque su insistencia me impulsó a terminar este trabajo.

A mis amadísimos alumnos de la Maestría en Gerencia y Dirección en Salud. No tienen idea de la inspiración que representaron para mí.

Al Dr. Enrique Ruelas, por haberme dado la oportunidad de participar en una organización que, para muchos, es todavía un punto de referencia.

A todas las personas que participaron en las unidades demostrativas de calidad, quienes son los verdaderos héroes de la historia al haber logrado los cambios que aquí se comentan.

A Mónica Rendón, Paty Pizá y al Dr. Aurelio Jesús Pámenes, por la confianza que me tuvieron al permitirme utilizar información del Corporativo Hospital Satélite.

Por supuesto, a Ilse Salas. Gracias por ser un ejemplo a seguir.

ÍNDICE

Introducción, 2

1. Justificación del tema con una breve justificación metodológica, 4

2. Marco conceptual, 9

2.1. Concepto general de calidad, 9

2.2. Calidad de la atención médica, 10

2.3. Mejora de la calidad, 13

2.4. Garantía de calidad en organizaciones prestadoras de servicios de salud, 15

2.5. Herramientas para la mejora de la calidad, 16

3. Antecedentes: estudios en torno de la mejora de los registros clínicos, 28

4. Apunte sobre el método de Investigación – Acción, 32

4.1. Necesidad de un cambio de enfoque, 32

4.2. Características y principios metodológicos de la investigación – acción, 33

5. Método, 38

5.1. Problema de investigación, 38

5.2. Objetivos, 39

5.3. Hipótesis, 39

5.4. Unidades y actores participantes, 40

5.5. Período del estudio, 41

5.6. Instrumentos, 41

5.7. Actividades realizadas, 44

6. Resultados, 53

6.1. Resultados en los centros de salud participantes en las fases III y IV del PMCCAM, 53

6.2. Resultados en los hospitales participantes en la fase IV del PMCCAM, 57

6.3. Resultados en dos hospitales privados de la Ciudad de México, 60

6.4. Primeras conclusiones sobre las UDC del expediente clínico, 64

7. Estudio de caso: la UDCEC en el Corporativo Hospital Satélite, 66

8. Conclusiones generales y discusión, 72

9. Contribución de la tesis, 75

Bibliografía, 76

Anexos

I Instrumentos, instructivo y procedimiento para evaluar expedientes en el primer nivel de atención, PMCCAM

II Instrumentos, instructivo y procedimiento para evaluar expedientes en el segundo nivel de atención, PMCCAM

III Instrumento e instructivo para evaluar el cumplimiento de la NOM 168 en Consulta externa

IV Guía para la implantación de UDC en las unidades participantes en las fases III y IV del PMCCAM

V Ejemplos de informes de actividades en dos UDC participantes en el PMCCAM

VI Guía para la implantación de UDC 2ª versión

VII Diagrama de flujo de la integración del expediente clínico en un hospital privado

VIII Informe final de la UDCEC en el Corporativo Hospital Satélite

INTRODUCCIÓN

La investigación que se reporta en esta tesis se llevó a cabo cuando el tesista formaba parte de un grupo de profesionistas que se dedicaba a la consultoría y la capacitación en el campo de la evaluación y la calidad de los servicios de salud, entre 1997 y 2000. Un reto que este grupo debía enfrentar era desarrollar un “producto” que convenciera a los directivos de las organizaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, tanto públicas como privadas, de que la aplicación sistemática de las herramientas para la mejora de la calidad podía representar importantes beneficios a las propias organizaciones y, por supuesto, a los usuarios de los servicios. Un producto de esa naturaleza debía reunir tres características para ser efectivo: consumir muy pocos recursos, ofrecer resultados indiscutibles y hacerlo en un plazo no mayor de tres meses.

Entre 1997 y 1998 se conjuntaron una serie de factores que favorecieron el diseño y desarrollo del producto que estaba siendo requerido. En resumen: 1) la participación del grupo de profesionistas en un gran proyecto de la Secretaría de Salud para implantar el “Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica” (PMCCAM) en las secretarías de salud estatales de toda la República; 2) la importancia dada al expediente clínico por parte de las autoridades de salud se expresaba en la publicación de la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico”; 3) la propuesta de una integrante del equipo con formación en el campo de la agronomía para adaptar el concepto y el método de las parcelas demostrativas al ámbito de la capacitación en calidad, y 4) el proyecto original del tesista para aplicar las herramientas para la mejora de la calidad a la mejora de los expedientes clínicos.

Correspondió al tesista encabezar el diseño de lo que muy pronto se convirtió en el producto que se estaba buscando: la Unidad Demostrativa de Calidad del Expediente Clínico (UDCEC). Una primera versión, basada todavía en la “Norma Técnica número 52 (NT 52) para la elaboración, integración y uso del expediente clínico”, estuvo lista en septiembre de 1999 para ser aplicada en unidades médicas de los 14 estados que participaron en las fases III y IV del proyecto para implantar el PMCCAM entre 1999 y 2000.

A finales de 1999 se tuvo lista una segunda versión, ya basada en la NOM 168, y que fue aplicada principalmente en hospitales privados que solicitaban los servicios del grupo de consultores para prepararse a participar en el Programa Nacional de Certificación de Hospitales.

El proyecto de tesis original dio entonces un giro importante: de haber sido planteado como una investigación en la que se pretendía explorar el efecto de la variable “programa de mejoramiento de la calidad” en la integración del expediente clínico, para lo cual se había planteado un diseño cuasiexperimental basado en el diseño experimental de cuarto grupos de Solomon (Campbell y Stanley, 1973; Hernández, Fernández y Baptista, 1996; Polit y Hungler, 1997), fue

necesario reformularlo como un proyecto de Investigación - Acción dada la activa participación del tesista en el diseño, conducción y aplicación de la intervención (Crowther, 1999; Greenwood y Levin, 1998; Polit y Hungler, 1997)

En esta tesis se describe el diseño de la UDCEC y los resultados que se obtuvieron tras su aplicación en 14 centros de salud, seis hospitales generales de carácter público y tres hospitales privados.

En el capítulo 1 se expone una breve revisión que, al mismo tiempo que justifica el tema, permite plantear el problema abordado: el efecto del uso de las herramientas para la mejora de la calidad en la integración del expediente clínico.

En el capítulo 2 se presenta el marco conceptual que orientó el diseño y la conducción de la UDCEC para después comentar, en el capítulo 3, algunos antecedentes de investigaciones relacionadas con la mejora de los registros clínicos.

Después de presentar en el capítulo 4 un apunte sobre la validez del método de investigación – acción, en el capítulo 5 se exponen los aspectos metodológicos del estudio: el planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis, tipo de estudio, la descripción de unidades y actores participantes, el período de estudio, los instrumentos utilizados y las actividades realizadas. En este apartado se incluye la descripción del modelo de la Unidad Demostrativa de Calidad del Expediente Clínico, tanto en una primera versión basada en la NT 52, que se aplicó en 14 centros de salud y seis hospitales generales, todos ellos ubicados en distintos estados de la República Mexicana, como en su versión definitiva, basada en la NOM 168, y que fue aplicada en los tres hospitales privados que se reportan en este estudio.

Los resultados de la aplicación de la UDCEC en los centros de salud y los hospitales, tanto públicos como privados, se describen en el capítulo 6. El capítulo 7 contiene un estudio de caso sobre la aplicación y los resultados de la UDCEC en el Corporativo Hospital Satélite, una unidad hospitalaria de carácter privado ubicada en el Estado de México.

En el capítulo 8 se exponen las principales conclusiones que se derivan de esta investigación para finalizar, en el capítulo 9, con algunas reflexiones sobre sus principales aportaciones.

Se incluye una serie de anexos que podrán ser consultados para abundar sobre algunos aspectos, como la descripción de los instrumentos, de las acciones realizadas y de los resultados obtenidos.

1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA CON UNA BREVE JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

Desde que la Organización Mundial de la Salud reconoció la importancia de la investigación en servicios de salud (ISS) en 1958 (Aguilar y cols., 1993) se han propuesto diversas definiciones de lo que ésta es, no exentas de debate, sin que a la fecha se haya podido establecer un acuerdo entre los expertos al respecto (Almeida, 2000). No obstante, ha sido posible identificar algunos aspectos indispensables para aproximarse a una comprensión de lo que implica la actividad de la ISS. En primer lugar, destacan las nueve categorías de estudio o áreas temáticas establecidas por la Organización Panamericana de la Salud: 1) relación de los servicios con el entorno social, 2) determinación de las necesidades y demandas de salud de la población, 3) producción y distribución de recursos para la salud, 4) estructura organizativa y componentes del sistema de salud; 5) utilización de los servicios de salud, 6) administración de los servicios de salud, 7) análisis económico, 8) evaluación de programas y servicios, y 9) participación comunitaria en relación con los servicios de salud.

En segundo lugar, parece haber cada vez mayor consenso sobre tres características de la ISS: es una actividad vinculada a la realidad concreta y con una perspectiva de cambio; es necesario incluir a los “actores” directamente involucrados en el problema que se estudia, y debe contribuir a la formación de profesionales que vayan angostando la brecha entre investigadores y trabajadores de la salud o tomadores de decisiones (Almeida, 2000).

Lo anterior se ve expresado en una de las definiciones de investigación en sistemas y servicios de salud más citadas (Paganini, citado en el documento Programa Ramal “Investigación en sistemas y Servicios de Salud” Documento Rector 2003 – 06. Escuela de Salud Pública de Cuba):

“La ISSS es la aplicación del método científico al estudio de las relaciones entre la población y el sistema para la atención en salud. Es la búsqueda sistemática de información y nuevos conocimientos sobre las necesidades de la población y la mejor manera que la sociedad tiene de responder a esas necesidades con equidad, calidad, eficiencia, participación poblacional y multisectorial.” (Pág. 2)

Por su parte, expertos del *Internacional Development Research Centre* (IDRC) (Varkevisser, Pathmanathan y Brownlee, 2003) consideran que la investigación en sistemas de salud está, en última instancia, interesada en mejorar la salud de las personas y las comunidades a través del aumento de la eficiencia y la efectividad del sistema de salud como una parte integral del proceso global de desarrollo socioeconómico y con plena participación de las partes involucradas.

Como se puede apreciar, la ISS da cabida al estudio de una gran variedad de temas y problemas relacionados con el funcionamiento de las organizaciones que forman parte de los sistemas de salud. La producción y el manejo de la

información, en particular la información clínica, puede ser considerado uno de los temas centrales. A continuación se presentan algunos argumentos al respecto.

Desde los primeros años de la década de 1990 se afirma con insistencia que hemos entrado en la “era de la información y del conocimiento”. No obstante, este acontecimiento parece no estar transcurriendo de manera muy visible en las unidades de atención médica, en especial en lo que respecta a los registros en los expedientes de los pacientes que son atendidos en ellas. Pese a los esfuerzos realizados por implantar sistemas de información que den cuenta de la atención que se proporciona en dichas unidades (Secretaría de Salud, Coordinación de Planeación Estratégica, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, 2002), lo cierto es que persisten importantes problemas que limitan el potencial de utilización de los datos que los profesionales de la salud registran en los expedientes clínicos. Como muestra, valga mencionar que, del total de egresos hospitalarios registrados durante 2003, en cerca del 65% se registró sólo un diagnóstico y en el 36.4% no se registró ningún procedimiento médico o quirúrgico. Es sabido que estos datos son indispensables para una clasificación correcta de la complejidad de los padecimientos que se atienden en los hospitales (Secretaría de Salud, 2004).

La información asentada en los expedientes clínicos es uno de los principales insumos para mejorar la calidad de la atención médica desde el punto de vista técnico (Donabedian, 1984, 1990, 1992a, 1992b). Sin embargo, la imposibilidad de contar con registros adecuados fue factor determinante para que la estrategia propuesta por las autoridades de salud para mejorar la calidad de los servicios de salud en el país se centrara, durante los primeros dos años de la administración 2000 - 2006, en promover la medición, y si acaso la mejora, en algunos indicadores más bien referidos a la dimensión interpersonal y a la organización de los servicios (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, 2002). No fue sino hasta 2003 que se difundió una serie de indicadores relacionados con ciertas condiciones clínicas, cuya fuente es el expediente de los pacientes (Secretaría de Salud, 2003). A la fecha, se cuenta con información que permite conocer en qué porcentaje de los expedientes revisados aparecen los datos incluidos en los indicadores propuestos (por ejemplo, en qué porcentaje de los expedientes revisados de pacientes diabéticos se registra el peso corporal, la tensión arterial, la revisión de pies o una glucemia de 140 mg. o menor). Aún queda por conocer en qué proporción el manejo que hacen los médicos es el adecuado.

La falta de información en los expedientes clínicos impide la identificación de los daños a la salud causados por la atención proporcionada. En los Estados Unidos, por ejemplo, los datos que registran los médicos han permitido dimensionar los efectos adversos de los tratamientos que indican a sus pacientes, al punto de estimar que el número de muertes atribuibles a errores médicos ha llegado a superar el número de muertes por accidentes de tráfico o por SIDA (Institute of Medicine, 2001). En México estamos muy lejos de poder generar información de esa naturaleza. Las acciones para promover la seguridad del paciente, que

deberían estar centradas en la prevención de efectos adversos a partir del estudio de casos clínicos sin perjuicio para los médicos tratantes, en México se restringen a la presentación de ciertos documentos por parte de las autoridades hospitalarias, como permisos, licencias y protocolos de atención, pero sin que se llegue a verificar su correcta aplicación (Secretaría de Salud, 2004). Incluso se reconoce que “Los aspectos de seguridad de los pacientes en hospitales no se identifican fácilmente a través de los registros administrativos, por lo que su magnitud e importancia como causas de morbilidad hospitalaria permanecen desconocidas y son pocos los esfuerzos, hasta ahora, por identificarlos y desplegar estrategias para su prevención.” (Secretaría de Salud, 2005).

Una perspectiva más, desde la cual se puede considerar la importancia que tiene el registro adecuado de los datos en los expedientes clínicos corresponde a la investigación y a la evaluación clínicas orientadas a la generación de conocimiento. En los hospitales que cuentan con un área de investigación bien desarrollada (como ocurre con los institutos nacionales de salud) es frecuente que los expedientes de pacientes que participan en algún protocolo de investigación cuenten con información completa. Por el contrario, en los hospitales donde el área de investigación es débil, o no existe, pareciera no haber incentivo para que los médicos se esmeren en el registro de los datos. Esta circunstancia limita la posibilidad de realizar estudios multicéntricos que sin duda serían de gran utilidad para desarrollar nuevo conocimiento sobre la forma en que son tratados diversos padecimientos.

Las deficiencias que presentan los expedientes clínicos en los hospitales pueden ser mucho más notorias en las unidades del primer nivel de atención debido a la falta de procedimientos sistemáticos de revisión, como la auditoría de expedientes que supuestamente se practica en los primeros.

Otro motivo para centrar la atención en el adecuado uso del expediente clínico, es el aumento en las quejas y demandas de tipo legal que enfrentan los profesionales de la medicina. El contenido de los registros puede, en ocasiones, ser la única forma de éstos para deslindar responsabilidades ante este tipo de situaciones (Ruelas, 1990, 1992 y 1993; Ruelas y Querol, 1994; Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1997).

Cuando la información registrada en los expedientes clínicos es adecuada, su revisión permite detectar, corregir y prevenir errores en la atención médica lo cual, a final de cuentas, resulta en una mejor preservación y restauración del estado de salud de los pacientes. Por información adecuada debe entenderse el cumplimiento de ciertas características, tanto de forma como de contenido. Las características de forma fueron definidas en la “Norma Técnica número 52 (NT 52) para la elaboración, integración y uso del expediente clínico”, vigente desde su publicación en el Diario Oficial de la Federación en 1986, hasta 1998, año en entró en vigor la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico”. Entre las características de contenido, destaca la validez de la información; es decir, que lo asentado en el expediente corresponda a los

padecimientos del paciente y a su manejo clínico. De este modo, para estar en condiciones de evaluar el manejo clínico a los pacientes, es indispensable contar primero con la información correspondiente, razón por la cual el cumplimiento de los criterios establecidos en los instrumentos normativos es tan importante.

Una muestra de la relevancia que para las autoridades mexicanas de salud tiene el cumplimiento de la NOM 168 en la integración de los expedientes clínicos es el hecho de que los criterios de evaluación para la certificación de establecimientos de atención médica, tanto para unidades hospitalarias como ambulatorias, incluyen un capítulo dedicado exclusivamente al archivo clínico y al manejo de los expedientes tanto en los criterios de estructura como en los de procesos y resultados (Consejo de Salubridad General, S/A).

En suma, contar con registros clínicos que den cuenta fidedigna tanto de los padecimientos y características de los pacientes, como del manejo que los profesionales de la salud hacen de ellos, es una condición sine qua non para la verdadera mejora de la calidad de la atención médica. Asegurar el registro adecuado de las notas médicas en los expedientes clínicos puede ser considerado entonces como un punto de “alto apalancamiento” (Senge, 1992) para el desarrollo de condiciones que garanticen la seguridad de los pacientes en las unidades de salud.

Ante la necesidad de contar con mejores registros médicos, ya evidenciada desde varias décadas atrás, y la falta de resultados contundentes derivados de las acciones emprendidas, se llevó a cabo la presente investigación cuyo propósito fue desarrollar un modelo de intervención que permitiera a las unidades médicas asegurar un adecuado nivel de integración de los expedientes clínicos. El enfoque de investigación considerado más conveniente para tal propósito fue el de Investigación – Acción. Esto obedeció al cumplimiento de una serie de condiciones propuestas por Crowther (1999):

1. Se debe asegurar la aplicación de los resultados concretos en el menor tiempo posible, antes de que el diagnóstico o las recomendaciones se vuelvan obsoletos.
2. Es necesario asegurar la viabilidad política, financiera y sociocultural de la intervención.
3. El investigador no es un observador pasivo; por el contrario, desempeña un papel activo en el desarrollo de la intervención.
4. El investigador debe estar consciente de las repercusiones de la intervención en la cultura organizacional y en el comportamiento de los participantes.
5. Es necesario que el investigador fomente la participación de las personas involucradas en el estudio y evite imponer su propia visión al problema.
6. Los resultados concretos son de gran importancia pues constituyen el insumo para que los participantes aprendan en la práctica.

La intervención que se realizó en las unidades que participaron en esta investigación se basó en la aplicación del método y las herramientas para la

mejora de la calidad (Ishikawa, 1985 y 1989; Deming, 1989; Juran, 1990; Jiménez, 1991), que se han aplicado con éxito en diversos ámbitos, incluida la prestación de servicios de salud (Doyle y Haran, 2000). Consistió en el desarrollo de un modelo para la mejora de los registros en el expediente clínico, basado en el cumplimiento de la NT – 52 / NOM-168-SSA1-1998 y en la utilización de las herramientas para la mejora de la calidad.

Con este estudio se espera haber contribuido al desarrollo de sistemas permanentes para el mejoramiento de los registros médicos, considerando la necesidad de contar con información precisa que permita proporcionar retroalimentación oportuna en caso de desviaciones o errores que afecten la calidad y pongan en riesgo la salud o aun la vida de los pacientes.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Concepto general de calidad

Para una mejor comprensión de la naturaleza de la calidad de la atención a la salud es indispensable tener una idea clara del significado general de la calidad por sí sola. Se han propuesto diversas definiciones de la calidad, pero una de las que han gozado de mayor aceptación es la aportada por Juran (1988). Para este autor la calidad consiste, por un lado, en las características del producto que satisfacen las necesidades de los clientes y por lo tanto producen satisfacción con el propio producto, y por otro, en la ausencia de deficiencias. Una definición que integre ambos aspectos podría ser:

Calidad es la relación que existe entre las características que poseen los bienes o servicios y el grado en que dichas características satisfacen las necesidades y expectativas de las personas que los reciben.

De este modo, podemos hablar de buena calidad cuando las características de un producto cumplen ciertos requisitos técnicos y satisfacen a los usuarios. En cambio, el producto será de mala calidad si sus características no cumplen cualquiera de esos dos aspectos o ambos. Es decir, si el producto cumple todos los requisitos técnicos, pero no satisface al usuario, la calidad se verá reducida; por ejemplo, una consulta médica pudo haberse proporcionado de manera impecable desde el punto de vista técnico, pero si el paciente sintió desconfianza o que el médico le faltó al respeto, la calidad de dicha consulta no fue buena.

El caso contrario también es cierto: cuando el producto satisface al usuario pero técnicamente presenta limitaciones, que tal vez el usuario no pueda identificar, la calidad también se ve afectada. Un ejemplo extremo lo proporciona Ruelas (1993) cuando señala: "... el paciente puede vivir satisfecho hasta su último suspiro; no obstante, no debió haber muerto" (pág. 300).

Por último, es claro que si el producto no cumple los requisitos técnicos y tampoco satisface al usuario, la calidad también se deteriora. En atención médica equivaldría, por ejemplo, a combinar negligencia con maltrato al paciente.

Vale la pena insistir en el carácter relativo del concepto. Mientras que las características de un producto dado pueden satisfacer las necesidades y expectativas de una persona determinada, y por eso considera al producto de buena calidad, para otra, con expectativas y necesidades diferentes, el mismo producto puede ser de mala calidad pues sus características no corresponden a lo que ésta espera obtener.

Esta es la razón por la que, en el campo de la atención a la salud, en particular la atención médica, un mismo médico puede ser considerado como excelente por algunos de sus pacientes, en tanto que otras preferirían no ser atendidas por él.

2.2. Calidad de la atención médica

Donabedian (1990) define la calidad de la atención a la salud como "... el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras en salud" (pág. 12). Una definición más desarrollada es la propuesta por Ruelas y Querol (1994), quienes dicen:

"La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención, y a los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma." (pág. 17).

Según Donabedian (1984, 1990) es posible distinguir tres dimensiones en la calidad de la atención a la salud: la dimensión técnica, la dimensión interpersonal y las amenidades. La primera se refiere a la "...aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud." (Donabedian, 1984, pág. 4). Este autor considera que la calidad, en cuanto a esta dimensión técnica, podría definirse como...

"... La aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos." (Donabedian, 1984, pág. 6)

Una forma en que dicha aplicación se concreta es mediante el apego del personal a las normas técnicas institucionales. Por ejemplo, Muñoz y colaboradores (citados por Ruelas y Querol, 1994), en un estudio realizado en dos unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, demuestran una serie de deficiencias en el manejo terapéutico de la diarrea aguda en menores de cinco años. Al respecto se considera que un patrón prescriptivo adecuado establece el empleo de rehidratación oral en el 100% de los casos; que en ningún caso debe emplearse dieta restrictiva, y que sólo en el 10% de los casos están indicados los antimicrobianos. Los resultados del estudio citado fueron: uso de rehidratación oral sólo en 35% de los casos; indicación de ayuno o suspensión de algunos alimentos en 46.5%; la presencia de sangre en las evacuaciones, el signo más orientador del diagnóstico y tratamiento de la diarrea infecciosa, no se consideró como criterio para la prescripción de antibióticos, y en relación con esto, se encontró abuso de antimicrobianos, antiparasitarios y antidiarreicos, los cuales se prescribieron en el 76.3% de los casos.

Otro aspecto de la dimensión técnica se refiere al uso de los recursos institucionales (financieros, instalaciones, equipo, materiales y tiempo). Cuando éstos se desaprovechan, disminuye la calidad de la atención proporcionada pues

no se está produciendo el máximo de beneficios posibles. Por otra parte, el abuso de dichos recursos (por ejemplo, exámenes de laboratorio que podrían obviarse, medicamentos que no debieron haberse indicado) también disminuye la calidad puesto que, además del desperdicio que esto representa, es posible que se esté sometiendo a los usuarios a riesgos innecesarios.

La dimensión interpersonal consiste en la interacción social y económica que ocurre entre el cliente y el personal de salud. Donabedian reconoce que la calidad de la dimensión interpersonal es más difícil de explicar. Al respecto, dice:

“El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. De aquí se sigue que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.” (Donabedian, 1984, pág. 6)

Por ejemplo, la propedéutica médica establece que se deberá respetar la intimidad del paciente, a quien es necesario dar un trato digno. Por lo tanto, el trato impersonal y descortés que muchas veces se observa en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, afecta la calidad de la atención proporcionada. Sobre este aspecto conviene revisar el trabajo realizado por Campero (1990), donde se documenta una serie de deficiencias en la relación médico-paciente durante la consulta externa. A manera de ejemplo, baste decir que, de 168 consultas observadas, sólo en 43 de ellas (25.6%) el médico saludo al paciente; en 136 (81%) el médico no indicó al paciente el lugar que debería tomar para iniciar la consulta (no le dijo, por ejemplo, “síntese por favor”) y en 152 ocasiones (90.5%) se pasó por alto la identificación del grado de escolaridad del paciente, lo cual se considera central para adecuar las explicaciones sobre el padecimiento y el tratamiento.

Las amenidades corresponden a aspectos relacionados con la comodidad de las instalaciones y el grado en que éstas pueden hacer la estancia más agradable (o menos difícil) a las personas que solicitan atención. La limpieza y funcionalidad corresponden a esta dimensión, así como las características de los trámites que los usuarios de los servicios deben realizar dentro de la organización. Trámites complicados y esperas prolongadas, incluso innecesarias, pueden afectar la calidad de la atención percibida como un todo. Debido a la estrecha relación entre las amenidades y la dimensión interpersonal, el propio Donabedian (1984, pág. 5) propone su consideración en una sola categoría de análisis.

Las dimensiones propuestas por Donabedian corresponden a una clasificación conceptual que pretende facilitar la comprensión de la calidad de la atención. Sin embargo, es necesario tener presente que, en la vida real, se hayan integradas de tal modo que en ocasiones es difícil distinguir qué aspecto de la atención

corresponde a cuál dimensión. El interrogatorio, por ejemplo, requiere del dominio técnico del médico, así como de su habilidad para las relaciones interpersonales.

Es necesario hacer notar el paralelismo entre los dos aspectos de la definición de calidad propuesta por Juran y las dimensiones identificadas por Donabedian, lo cual se percibe mejor si recordamos los comentarios sobre la atención médica expuestos cuando se abordó la visión de Juran: la calidad de la atención médica disminuye si hay deficiencias técnicas en la prestación del servicio (dimensión técnica-deficiencias en el producto), si la relación entre el proveedor de la atención y el paciente es inadecuada (dimensión interpersonal-satisfacción del cliente) o si ocurren ambas situaciones a la vez.

Para Donabedian (1984, 1990), la calidad de la atención médica, tanto en su dimensión técnica como en su dimensión interpersonal, está determinada por tres factores: estructura, proceso y resultado. La estructura consiste en las características relativamente estables de la organización de salud que proporciona la atención. Estas características se refieren a los recursos (en términos de dinero, instalaciones, equipo, materiales, mobiliario y personal), pero también a la forma en que éstos están organizados para proveer el servicio a la población (reglas, normas, procedimientos, documentos que integran el sistema de información). La estructura también está constituida por los conocimientos y habilidades que aplica el personal de salud para brindar la atención.

El proceso de atención se refiere al conjunto de actividades realizadas por el personal de salud para atender a los usuarios y solucionar sus problemas de atención. También se considera como parte del proceso las actividades que realizan los propios usuarios en beneficio de su propia salud. Así, la forma en que un médico examina a un paciente, sus decisiones diagnósticas y terapéuticas, y el apego del paciente al tratamiento recomendado son elementos que forman parte del proceso de atención.

Por último, el resultado se refiere a los cambios en el estado de salud de la población atendida que puedan ser atribuidos al proceso de atención. Por supuesto, los resultados pueden consistir en una mejoría en el estado de salud, pero también, en el peor de los casos (la iatrogenia), en un daño causado por el tratamiento.

Como ocurre con las dimensiones de la calidad, los enfoques de evaluación también constituyen una herramienta conceptual que pretende facilitar el estudio de la calidad de la atención a la salud. En la vida diaria de las organizaciones prestadoras de servicios de salud, hay elementos que bien pueden corresponder a los tres enfoques. Por ejemplo, contar con un sistema de registros clínicos es parte de la estructura, en tanto que su uso es parte del proceso. Además, el mismo sistema puede constituir una importante fuente de datos para la evaluación de los resultados de la atención.

Es posible establecer relaciones entre las dimensiones de la calidad y los

enfoques para su evaluación. Estas relaciones se pueden expresar en una matriz de seis celdas que bien puede ser utilizada para la clasificación de las características de la atención médica que determinan su nivel de calidad. De este modo, se pueden identificar características de calidad de acuerdo con las siguientes combinaciones:

- Dimensión técnica / estructura
- Dimensión técnica / proceso
- Dimensión técnica / resultado
- Dimensión interpersonal / estructura
- Dimensión interpersonal / proceso
- Dimensión interpersonal / resultado

A manera de síntesis, se puede concebir la calidad de la atención médica como un conjunto de características de los servicios de salud que se refieren tanto a las dimensiones técnica e interpersonal, como a la estructura, el proceso y el resultado. Este conjunto de características determinan la relación entre los beneficios que obtienen los pacientes y usuarios de los servicios de salud, los costos que representa brindar la atención que se les proporciona, y los riesgos que ésta implica. De este modo, puede haber unidades médicas, con excelentes niveles de calidad, en las que dicha relación privilegia los beneficios, por encima de los costos y los riesgos. Pero también se podrán encontrar establecimientos en los que lo elevado del costo de la atención y los riesgos a los que los pacientes se ven expuestos pesan más que los escasos beneficios que obtienen representando un nivel de calidad muy deficiente.

Para el tema propuesto en esta investigación, la disponibilidad de papelería suficiente para integrar los expedientes clínicos, así como de un lugar en el que éstos puedan ser resguardados corresponden a la combinación entre dimensión técnica y estructura. El uso de los expedientes clínicos y los registros que los profesionales de la salud hacen en ellos se refiere la combinación entre la dimensión técnica de la calidad con el proceso. Es de suponerse que una unidad médica que cuenta con un adecuado sistema de archivo clínico y en la que el personal médico está acostumbrado a registrar en el expediente datos e información completos y apegados a la atención que proporcionan, estará en mejores condiciones para identificar y prevenir riesgos para los pacientes, a la vez que cuenta con bases para estimar de manera más precisa los costos de la atención y la forma de reducirlos.

2.3. Mejora de la calidad

Desde la primera mitad del siglo pasado y hasta la fecha se han desarrollado diferentes propuestas para abordar el mejoramiento de la calidad de los bienes y servicios que producen las organizaciones. En la industria fue determinante la aportación de Shewhart (en Walton, 1988), quien creó un método basado en la estadística para identificar cuándo los procesos fabriles producían más defectos

de los que podrían ser “tolerados” y debían ser revisados. Esta fue la semilla de lo que más adelante se desarrolló y dio a conocer como control total de calidad y como proceso de mejoramiento continuo de la calidad (Ishikawa, 1985, 1986, 1989; Imai, 1990). A grandes rasgos, los principios en que se fundamentan estas propuestas son:

- La necesidad de conocer a fondo las necesidades y expectativas de las personas que consumen los bienes y servicios que produce la organización (los clientes), para asegurar que se les entregan con las características que permitan satisfacerlos
- El trabajo consiste en una cadena de procesos que deben ser analizados y modificados a fin de producir bienes y servicios con características que satisfagan a los clientes con el menor costo posible.
- La mejora continua de la calidad se refiere a la producción de bienes y servicios que presentan cada vez más características que satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes, al mismo tiempo que se diseñan formas más eficientes para producirlos. Esto se logra estableciendo parámetros e intervalos de tolerancia para las características clave, lo cual exige el desarrollo de los instrumentos de medición correspondientes; el reconocimiento de desviaciones respecto a dichos parámetros; la identificación de las causas que las están ocasionado; el diseño y la aplicación de soluciones correspondientes, y su estandarización para evitar que las causas que provocaron las desviaciones vuelvan a aparecer. Para todo esto se cuenta con un conjunto de herramientas estadísticas y de análisis que, empleadas de manera sistemática, permite asegurar niveles de calidad cada vez más altos.
- Es indispensable la participación voluntaria del personal involucrado en la producción del bien o servicio cuya calidad se desea mejorar. Sólo así puede haber la certeza de que se identificarán causas verdaderas y se propondrán soluciones correctas para eliminarlas.

La aplicación de estos principios y de las herramientas para el control y la mejora continua de la calidad (ver más abajo) ha permitido que muchas empresas importantes perduren a pesar de la creciente competencia (Deming, 1989; Juran, 1990; Jiménez, 1991). No parece ser una exageración asegurar que esto constituyó un factor que contribuyó para que el Japón se recuperara de la devastación que sufrió al final de la Segunda Guerra Mundial y para que muchas de sus empresas arrebataran importantes porciones de mercado a sus competidoras en occidente, principalmente en los Estados Unidos (Ishikawa, 1989; Walton, 1988).

En su evolución, los principios y las herramientas para la mejora continua de la calidad han devenido en propuestas de “sistemas de calidad”, que constituyen verdaderos modelos que pueden ser aplicados en cualquier tipo de organización. Dos de los ejemplos más claros son los premios nacionales de calidad que se otorgan en Japón y Estados Unidos (llamados, respectivamente “Premio Deming” y “Premio Malcolm Baldrige”). Las normas ISO 9000, en sus distintas versiones,

constituyen otro ejemplo.

2.4. Garantía de calidad en organizaciones prestadoras de servicios de salud

Por su parte, en las organizaciones de atención médica, de acuerdo con Ruelas (1990, 1992), los principales propósitos al abordar el tema de la calidad se habían centrado en la evaluación (tanto epidemiológica como de casos clínicos) y en el cumplimiento de criterios establecidos por organismos especializados que culminan en la obtención de un certificado por parte de los individuos y las unidades. No fue sino hasta la década de 1980 que el propósito de mejorar la calidad de la atención médica empezó a ocupar el primer plano para dar pie al concepto de garantía de calidad como “aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, está es monitorizada y los resultados son seguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias” (Donabedian, en Ruelas, 1992).

Con el tiempo, los modelos industrial y de atención a la salud para la mejora de la calidad (Donabedian, 1993) han ido aproximándose, al punto que una parte importante de los criterios que las organizaciones deben cumplir para competir por algún premio de calidad son compartidos por esquemas para la certificación de unidades médicas.

En los últimos diez años han cobrado importancia dos temas relacionados con la necesidad de asegurar la calidad de la atención médica: la auditoría médica y la seguridad del paciente. Según Marinker (1995) la auditoría médica es el intento de mejorar la calidad de la atención médica por medio de la medición del desempeño de quienes la proporcionan, de la comparación de dicho desempeño con estándares establecidos y de la implementación de acciones para mejorarlo. Una de las principales razones del renovado auge del tema, radica en que, a partir de la década de 1980, tanto en Estados Unidos como en el Reino Unido, la base de la relación entre los médicos y el público se desplazó del estatus y la confianza al establecimiento de contratos. Otra razón, no menos importante, es la necesidad de revalorar el error como una fuente de aprendizaje más que como un producto de la negligencia, la torpeza o la mala intención de los profesionales de la salud que merece ser castigado. Incluso, se ha observado que la población tiende a ser menos severa al juzgar los errores que cometen los médicos cuando éstos asumen una actitud honesta, reconocen sus fallas y ofrecen explicaciones (Schwappach y Koeck, 2004).

El tema de los errores médicos y de los efectos adversos que estos provocan en la salud de los pacientes ha llamado la atención de los responsables de los sistemas de salud de todos los países así como de los principales organismos internacionales relacionados con la salud de las poblaciones (Garrido y Quezada, 2005). Este interés, estimulado por diversos estudios (Institute of Medicine, 2001;

Wingart y cols., 2000), se ha traducido en el impulso a una serie acciones gubernamentales, institucionales y en las unidades de salud para reducir y mitigar los efectos adversos para la salud de los pacientes que son provocados por actos inseguros. Estas acciones constituyen lo que se ha dado en llamar “seguridad del paciente” (Institute of Medicine, 2001; Stryer y Clancy, 2005) y ha trascendido a tal punto que organismos como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaran, la primera en 2004, un grupo de 21 indicadores para evaluar la seguridad del paciente en los países miembro (OCDE, 2004), y la segunda, en octubre de 2005 la “Iniciativa Mundial en pro de la Seguridad del Paciente” (OMS, 2005).

En resumen, la mejora de la calidad de la atención médica debe considerar características de la atención que corresponden tanto a la dimensión técnica como a la dimensión interpersonal, al mismo tiempo que hace referencia a la estructura, el proceso y el resultado. El trabajo que realiza el personal médico y de enfermería al aplicar sus conocimientos y habilidades para tratar de resolver los problemas de salud de los pacientes que acuden a las unidades de salud corresponde principalmente a la dimensión técnica del proceso. De acuerdo con la NOM 168 del expediente clínico, es obligación dejar constancia de este trabajo en las notas que integran el expediente clínico. Cuando es así, es decir, cuando los registros en el expediente están completos y reflejan fielmente el manejo que se hace en las unidades médicas del padecimiento del paciente, es posible evaluar la atención médica y darle seguimiento (monitorizarla). De este modo, los registros adecuados son un insumo indispensable para la realización de esfuerzos organizacionales sistemáticos para garantizar la calidad de la atención médica, entre los que destacan la aplicación de métodos y herramientas para la mejora continua de la calidad que bien pueden combinarse con la realización de auditorías médicas y la implementación de acciones en torno de la seguridad del paciente.

2.5. Herramientas para la mejora de la calidad

Aunque en los años recientes se ha publicado una cantidad importante de libros, manuales y guías para la mejora de la calidad en todo tipo de organizaciones, en prácticamente todos estos documentos se comparte un método general para la mejora de la calidad que consiste en los pasos siguientes:

1. Es necesario definir el problema de calidad que se quiere solucionar, lo cual se traduce en la variación de la presencia o ausencia de una o más características en el producto o servicio que se quiere mejorar.
2. El problema debe ser medido, a modo de conocer qué tan grande es la variación que se aborda y comenzar a proyectar el esfuerzo y las acciones que deberán emprenderse para solucionarlo.
3. El problema debe estar controlado. Esto significa que se conocen y dominan las principales causas que ocasionan la variación que se está analizando.

4. Logro de la mejora, que se traduce en niveles más estrechos de variación al mismo tiempo que se observan niveles de cumplimiento sin precedentes en las características deseables o en la ausencia de errores y defectos.

Para cada uno de estos pasos se han diseñado una serie de técnicas e instrumentos que suelen ser conocidos como herramientas para la mejora de la calidad. A continuación se presentan las principales de ellas.

2.5.1. Herramientas para la definición del problema

Cuando un equipo de personas quiere mejorar la calidad de los productos o servicios del trabajo que realizan, es necesario que definan con precisión en qué consiste, precisamente, la calidad de dichos productos o servicios. Lo primero que se debe hacer, entonces es identificar cuáles son los productos o servicios que se han de mejorar. En las organizaciones de atención a la salud, éstos necesariamente deberán estar referidos a lo que los equipos de trabajo entregan a los usuarios que atienden o a otros integrantes de la organización. Algunos ejemplos son:

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

- Al personal, una serie de sistemas, normas e instrucciones que rigen el funcionamiento de la unidad.
- Al personal y a niveles jerárquicos superiores, información sobre el desempeño, el logro de objetivos y el cumplimiento de metas.

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

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

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

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

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

La identificación de los requisitos de calidad de los productos y servicios que se entregan a los clientes no basta para asegurar que se tiene control de todas las variables que determinan la calidad en la prestación de los servicios de salud. Por lo general, es recomendable que los equipos profundicen en el análisis de la forma en que se llevan a cabo las actividades que culminan en la entrega de los productos a los clientes. Es necesario, entonces, analizar los procesos mediante los cuales se generan tales productos o servicios. Un proceso es una secuencia de actividades que se lleva a cabo para obtener uno o más productos a través de la transformación de ciertas entradas y del uso de los recursos disponibles. Los elementos que suelen considerarse para realizar este análisis son (Juran 1990; Balcázar y Lagunas 2003):

- Identificación de las salidas de los procesos y de las personas o áreas que las reciben.
- Identificación de las actividades que deben llevarse a cabo para producir las salidas con las características de calidad deseables.
- Identificación de las entradas del proceso y especificación de los requisitos y características que deben presentar para poderlas transformar en las salidas que serán entregadas.

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

2.5.2. Herramientas para la medición

Para mejorar la calidad es indispensable medir el nivel de cumplimiento de las características deseables que tienen los productos y servicios. Medir es asignar números a diversos atributos o variables con base en reglas y parámetros establecidos. Los atributos, es decir, los aspectos de la calidad que serán medidos reciben el nombre de indicadores. (Kerlinger, 1975). Un indicador de la calidad de la atención es, entonces la expresión numérica del atributo de la calidad que debe ser medido. Los indicadores pueden referirse a las dimensiones técnica o interpersonal de la atención, al mismo tiempo que a la estructura el proceso o el resultado.

La expresión numérica de los indicadores se realiza casi siempre por medio de una fórmula que por lo común arroja un porcentaje, una proporción o un promedio. El resultado que se considera deseable al aplicar dicha fórmula recibe el nombre de estándar. Los estándares pueden determinarse por el propio equipo que está

emprendiendo las acciones de mejora, o bien, pueden referirse a fuentes externas como normas oficiales de atención o publicaciones de expertos. Los estándares permiten saber si el nivel de calidad es mejor, igual o peor que el punto de referencia.

Cuando se desarrolla un indicador, es necesario especificar la fuente de la cual se obtendrán los datos que serán expresados en la fórmula, así como los instrumentos que se utilizarán para registrarlos y concentrarlos. En los servicios de salud, las fuentes consideradas con más frecuencia son los usuarios, los proveedores de la atención, los expedientes clínicos y las instalaciones en que se presta la atención. Entre los instrumentos más utilizados están los cuestionarios, las guías de entrevista, las listas de verificación, las hojas de datos y las planillas de inspección (Ishikawa, 1985; Uehara e Hirata, 2003).

Parte importante del proceso de medición es la determinación del tipo y tamaño de la muestra de productos, servicios o casos que serán observados. Cuando se hace referencia al tipo de muestra se considera si esta es probabilística o no probabilística, por conveniencia y estratificada, entre otras, y sobre el tamaño suele hacerse referencia a un porcentaje o a una cuota fija, por ejemplo. Cuando se obtiene una muestra lo más importante es asegurar que sus elementos sean obtenidos en forma aleatoria. Si el número de casos lo permite, cabe la posibilidad de que el atributo se mida en toda la población. En este caso se habla de un censo y no de una muestra (Ishikawa, 1985).

Cuando el proceso que se pretende mejorar es muy complejo, es frecuente observar que participan diversas personas en las etapas de medición (recolección de datos, procesamiento, análisis y elaboración de informes). Por esta razón, al desarrollar los indicadores será necesario hacer explícito quién participará, señalando las actividades de las cuales se hará cargo y el momento en que esto deberá ocurrir.

También es conveniente prever los aspectos que serán sometidos a procedimientos de validación para asegurar que el indicador mide precisamente lo que se desea medir. Entre los procedimientos de validación más frecuentes están las auditorías por parte de los directivos o las inspecciones que realiza personal de áreas de supervisión.

Cuando se han desarrollado varios indicadores para medir la calidad de diversos aspectos de un producto o un proceso, o de varios productos o procesos, es recomendable contar con un plan de medición que ilustre los momentos en que serán aplicados y los resultados que se vayan obteniendo.

2.5.3. Herramientas para la monitoría y el control

La realización de mediciones continuas de la calidad referida a los requisitos de calidad de los productos y servicios o a la realización adecuada de las actividades críticas de los procesos, permite llevar a cabo la monitoría de las actividades

críticas. Monitoría significa vigilancia estrecha y control. Ruelas (1992) la define como la medición sistematizada del comportamiento de una o más variables durante períodos establecidos y con frecuencias determinadas. Vale hacer la comparación con los monitores de los electrocardiógrafos, los cuales muestran, en tiempo real, la situación electrofisiológica del sistema cardiaco del paciente y permiten detectar problemas que ponen en riesgo su vida y ante los cuales es necesario actuar de inmediato. De manera similar, la monitoría de actividades críticas permite identificar problemas que afectan la calidad de la atención con el fin de que el personal de salud decida cuáles son las acciones que debe emprender para corregirlos o prevenir su reaparición. Donabedian (1990) representa la monitoría como se ilustra en la figura 1.

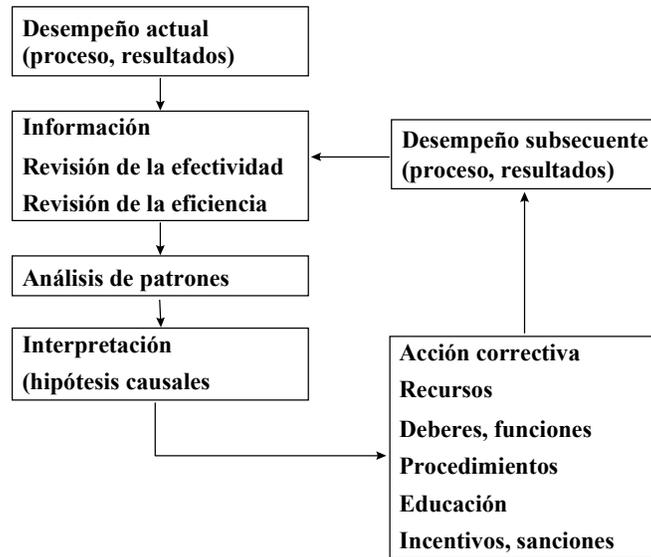


Fig. 1. Ciclo de monitoría de la calidad de la atención médica (Donabedian, 1990).

La monitoría es necesaria para determinar si la calidad de los productos y servicios, o los procesos mediante los cuales éstos se generan, están bajo control. En los sistemas de garantía de calidad, control significa que los resultados corresponden a los estándares establecidos para los indicadores en una serie de mediciones consecutivas. Juran (1990) propone el modelo de control que se ilustra en la figura 2.

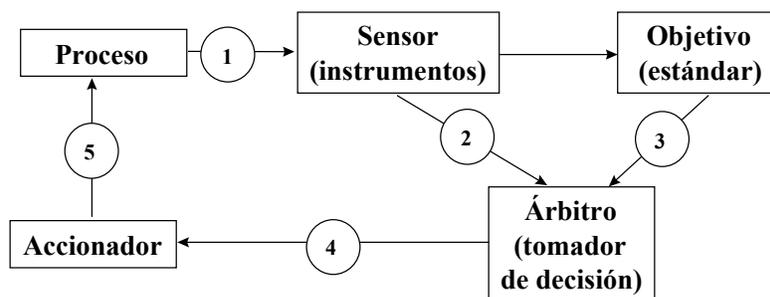


Fig. 2. Ciclo de retroalimentación para la mejora de la calidad (Juran, 1990)

Según este modelo, el primer paso es conocer, a través de la medición por medio de instrumentos, el nivel de calidad de un proceso. Posteriormente, este dato es comparado con un objetivo o estándar. Es necesario contar con criterios que permitan decidir si el proceso continúa desarrollándose sin cambios, o por el contrario, si se debe llevar a cabo alguna acción correctiva. Para Juran, es imposible ejercer el control si no se cuenta con los siguientes elementos:

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

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

Una de las herramientas más utilizadas en esta etapa, y que facilita la monitoría del proceso, es el gráfico de control (Marshall y Rouse, 2004). En él se representan los valores límite, por arriba y por debajo de una línea media, que pueden ser tolerados al medir el cumplimiento de determinada característica de calidad o la presencia de alguna deficiencia. En un gráfico de control cada punto representa un valor promedio que resulta de haber medido el atributo en cuestión en los elementos de una muestra. Lo normal es que los puntos en el gráfico se distribuyan de manera aleatoria entre los límites de control superior e inferior. Se han identificado patrones que reflejan la pérdida de control en el proceso o el riesgo de que esto suceda. Por ejemplo, cuando siete o más puntos se agrupan por arriba o por debajo de la línea media (comportamiento conocido como “corridas” o “rachas”); cuando dos terceras partes de los puntos aparecen cerca de la línea media (adhesión a la línea media) o cuando una tercera parte se ubica cerca de alguno de los límites de control (adhesión a los límites de control); cuando siete o más puntos dibujan una tendencia hacia arriba o hacia abajo, o cuando un punto aparece fuera de los límites de control (Escalante, 1992; Ishikawa, 1985).

En la figura 3 se ilustra un gráfico de control con los patrones descritos.

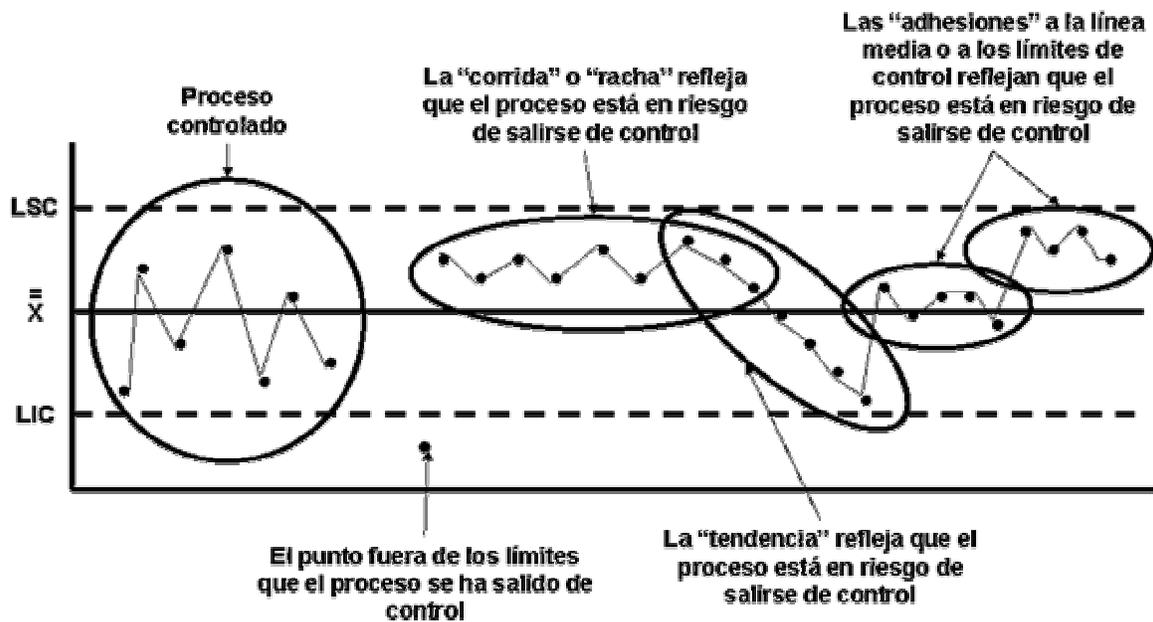


Fig. 3. Patrones de interpretación de los gráficos de control.

2.5.4. Herramientas para la mejora

Arriba se comentó que la mejora de la calidad consiste en el logro sostenido de niveles de calidad sin precedentes, cada vez más próximos a los estándares o, incluso, superándolos. La materia prima para demostrar la mejora continua de la calidad de la atención médica es la información. Sin ella es imposible saber si la atención satisface, y en qué grado, a los pacientes, o si produce los mayores beneficios en su estado de salud sometiéndolo a los menores riesgos y haciendo el uso más eficiente de los recursos disponibles.

Emprender acciones de mejora es necesario cuando no se están logrando los estándares de calidad para los productos o servicios, lo cual puede verse claramente reflejado en los gráficos de control. Cuando un proceso está fuera de control, o está en riesgo de ello, es necesario identificar las causas que están ocasionando este problema. Las causas que provocan la variación en las características de calidad de los productos o servicios pueden ser de dos tipos: aleatorias y asignables. Las causas aleatorias son inherentes al proceso y provocan un nivel de variación aceptable (el proceso no está fuera de control); las causas asignables, en cambio, provocan que el proceso se salga de control y deben ser identificadas para que puedan ser eliminadas y lograr que el proceso se comporte de manera normal. Las dos herramientas que más se emplean para identificar las causas asignables son la lluvia de ideas y el diagrama causa-efecto.

En su más concepción más simple, la lluvia de ideas es la expresión libre del pensamiento de un grupo de personas en torno a un tema determinado. Su objetivo es estimular la creatividad del equipo de trabajo para que genere ideas

que permitan identificar, analizar y resolver problemas o aprovechar áreas de oportunidad en poco tiempo y en un ambiente de libertad de expresión (Sociedad Latinoamericana para la Calidad, 2000b).

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

Las ideas que produce un equipo de trabajo en una sesión de lluvia de ideas para identificar las causas de un problema de calidad pueden ser clasificadas en diversas categorías y ordenadas según su poder para determinar dicho problema. Con tal propósito, Ishikawa (1985, 1989) desarrolló una técnica, conocida como diagrama causa efecto o diagrama de espina de pescado (por la forma que adquiere) que con el tiempo se le ha dado también el nombre de diagrama de Ishikawa. La técnica es muy simple en su explicación, aunque su uso exige muchas horas de análisis y discusión por parte de los integrantes del equipo. Consiste en dibujar, cargado hacia el margen derecho, un recuadro con la descripción del problema de calidad que se quiere solucionar. Lo más recomendable es que el problema esté enunciado en forma de discrepancia cuantitativa de lo observado con respecto a lo deseado (por ejemplo, 45% de cumplimiento de cierta norma, o 23% de los pacientes con determinado padecimiento reciben el tratamiento correcto). Del recuadro con el enunciado del problema se dibuja una línea, de derecha a izquierda, a modo de representar un eje o la espina principal del pescado.

Las causas identificadas son agrupadas en categorías lógicas. Cuando se dificulta el establecimiento de dichas categorías, se recomienda utilizar las cinco “emes” propuestas por el propio Ishikawa (1989): mano de obra, materiales, método, maquinaria y equipo, y medición. Algunos autores consideran al medio como una sexta “eme” (Sociedad Latinoamericana para la Calidad, 2000). Las categorías son dibujadas a modo de encabezados de ejes secundarios o espinas mayores que son distribuidos a lo largo de la espina principal. Finalmente, las causas que pertenecen a una misma categoría se dibujan a modo de espinas de menores, representando las secuencias causales que pudiera haber entre ellas. En la figura 4 se ilustra la anatomía básica del diagrama causa efecto.

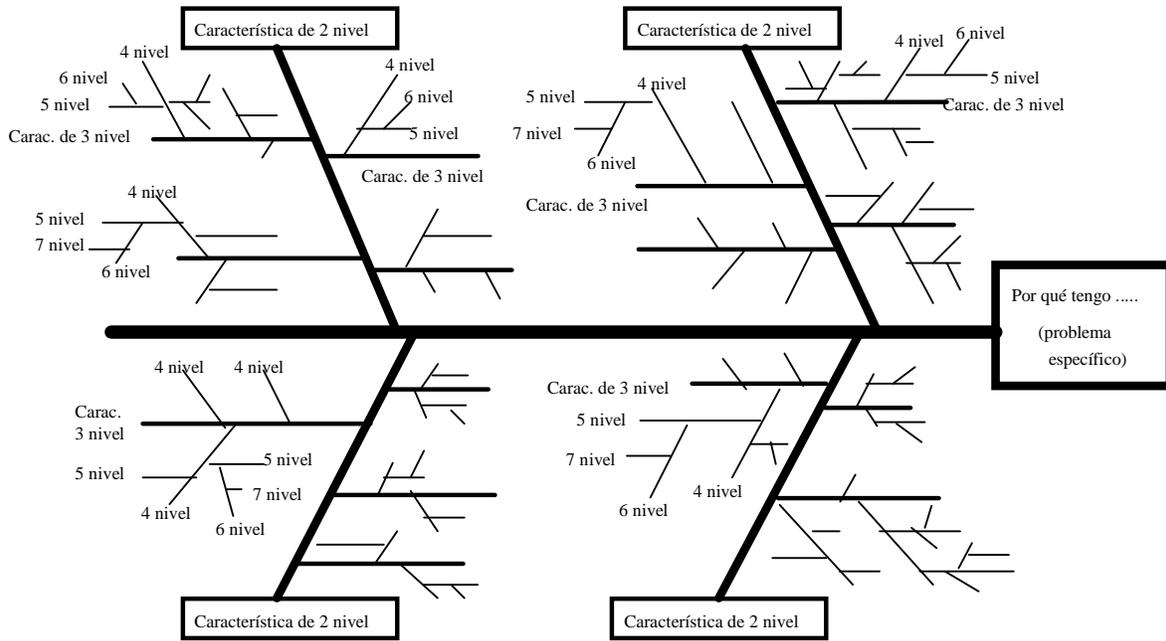


Fig. 4. Anatomía básica del diagrama causa – efecto.

Después de que se ha elaborado el diagrama causa – efecto, es necesario identificar las causas que podrían ser determinantes y que, por lo general, representan entre el 10 y el 30% de todas las causas identificadas. Una herramienta que se utiliza con este fin es el diagrama o gráfica de Pareto, llamado así porque se basa en la aplicación de un principio estadístico establecido por Wilfredo Pareto, un economista italiano que descubrió que el 80% de la riqueza estaba acumulada en el 20% de la población (Sociedad Latinoamericana para la Calidad, 2000a). Con el tiempo se observó que este patrón se repetía en diversos fenómenos de la sociedad y la naturaleza, lo cual dio pie para que Juran (1990) estableciera el principio de que unos cuantos factores vitales eran los que determinaban la mayor parte de la calidad de los bienes y servicios que una organización producía. La forma más común para aplicar el gráfico de Pareto se describe enseguida.

Las causas que se sospeche que estén en el fondo del problema deben ser medidas a modo de que puedan ser comparadas entre sí, para lo cual se desarrolla un indicador que permita precisar en qué proporción está presente cada una de las causas en la ocurrencia del problema analizado. Cuando se tienen los resultados de las mediciones, es posible elaborar una gráfica en la que, de manera simultánea, se representa, con barras basadas en el eje de la derecha, la frecuencia con que se observa una causa y, con una línea basada en el eje de la izquierda, el porcentaje acumulado que cada causa representa. En la figura 5 se muestra la forma que adquieren los gráficos de Pareto.

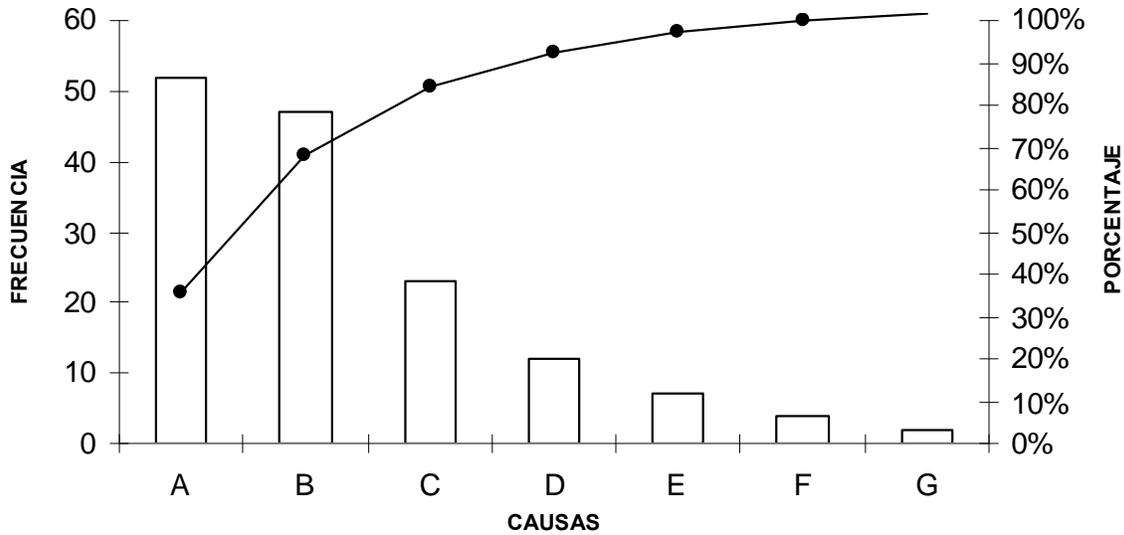


Fig. 5. Estructura del gráfico de Pareto.

Como se puede observar, la eliminación de las causas A y B, representaría una importante reducción en la magnitud del problema en su conjunto.

Una vez que se han identificado las causas que determinan la aparición de un problema que, a su vez, ha ocasionado que un proceso esté fuera de control o en riesgo de estarlo, los miembros del equipo de trabajo deberán esforzarse por plantear formas para eliminarlas y avanzar en la solución del problema. De nuevo, la lluvia de ideas es una herramienta de gran utilidad en esta etapa. Sin embargo, cuando se han planteado soluciones factibles, es indispensable que se determinen con toda precisión plazos y responsabilidades entre los miembros del equipo. De otra manera, el ejercicio quedará incompleto y la mejora no se realizará. Cualquier herramienta que permita clarificar lo anterior puede ser útil, como los cronogramas, las gráficas de Gantt o el diagrama de árbol.

2.5.5. Herramientas para el análisis de los procesos.

Además de las herramientas mencionadas, recientemente se han desarrollado otros instrumentos que facilitan la identificación de los aspectos que deben ser controlados y mejorados en el trabajo. Destacan entre ellos el uso de hojas de identificación y análisis de las principales características de calidad para los resultados o productos del trabajo realizado (conocidas como cartas de requisitos de calidad), así como la elaboración de diagramas de flujo de los procesos de trabajo combinados con la identificación de los resultados esperados y los factores que se deben controlar para lograrlos en relación con cada una de las actividades. Estos últimos instrumentos son conocidos como “cartas de proceso” (Qualimed / Clics, 2000). En la figura 6 se muestra un ejemplo de una carta de requisitos de calidad para las salidas de un proceso llamado “consulta de control prenatal”. En la figura 7 se ilustra la primera parte de la correspondiente carta de proceso.

FECHA:

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

Fig. 6. Ejemplo de carta de requisitos de calidad para las salidas del proceso “consulta de control prenatal”

FECHA:

NOMBRE DEL PROCESO: Consulta de control prenatal en el Servicio de Consulta externa			
PROPIETARIO DEL PROCESO: Médico			
CARTA DE PROCESO			
FACTORES A CONTROLAR	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>Conocimiento del nombre de la paciente.</p> <p>Presentación personal del médico, amabilidad.</p> <p>Limpieza del consultorio.</p> <p>Formato, bolígrafo, letra legible</p> <p>Instrumentos de registro, letra legible</p> <p>Conocimiento de aspectos a investigar: signos de alarma, factores de riesgo</p> <p>Conocimiento de aspectos a explorar: estuche de Dx, baumanómetro, báscula, estadímetro, formatos de expediente clínico</p> <p>Conocimiento sobre cuadros clínicos</p>	<pre> graph TD A([Recepción de la paciente en el consultorio]) --> B[Registro de la paciente en hoja de visita diaria] B --> C{¿Es 1ª vez?} C -- No --> E[Interrogatorio] C -- Sí --> D[Apertura de expediente clínico y elaboración de tarjeta de control] D --> E E --> F[Exploración física] F --> G[Diagnóstico] G --> H((1)) </pre>	<p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p> <p>Médico</p>	<p>Que la paciente se sienta tratada con respeto; que sienta confianza</p> <p>Contar con información para la elaboración de reportes estadísticos</p> <p>Registro adecuado de datos sobre la paciente Control de la paciente</p> <p>Contar con información para proporcionar indicaciones adecuadas. Identificar signos y síntomas de alarma; Verificar estado físico de la paciente</p> <p>Determinar acción a seguir con la paciente</p>

Fig. 7. Ejemplo parcial de la carta del proceso “consulta de control prenatal”

3. ANTECEDENTES: ESTUDIOS EN TORNO DE LA MEJORA DE LOS REGISTROS CLÍNICOS

La necesidad de mejorar los registros clínicos y el manejo de los expedientes ha sido abordada en diversos estudios. Por ejemplo, en un estudio de caso (Williams, 2003) se describe cómo la falta de control sobre los expedientes clínicos que eran transferidos de un hospital a un asilo para ancianos fue la causa de que se le amputara la pierna izquierda a una residente debido a que se había extraído una hoja que contenía indicaciones clave de un especialista.

Weber (2002), por su parte, compila los resultados de varios estudios en los que se pone en evidencia la ilegibilidad de las indicaciones médicas como la principal causa de errores en la atención que provocan efectos adversos en pacientes hospitalizados. En ese trabajo se refiere un estudio realizado en el hospital Brigham & Women's de Boston en 1995, donde se observó que 60 % de los efectos adversos medicamentosos estaban ocasionados por la imposibilidad de descifrar la letra de los médicos; en el Scott & White Memorial Hospital and Clinic de Temple, Texas, en 1997, se observó que más de una de cada diez órdenes médicas eran ilegibles; en el Presbyterian Hospital de Dallas, también en 1997, enfermeras con experiencia fueron incapaces de decodificar una de cada cinco órdenes médicas. Weber también demuestra cómo los problemas de los pacientes que resultan de una indicación mal interpretada debido a lo ilegible de la escritura de los médicos, representan gastos que van desde los \$650,000 USD en promedio, cuando el arreglo es fuera de las cortes estadounidenses, hasta un promedio de \$3.49 millones de dólares cuando quien decide es un jurado. Este autor concluye demostrando cómo los esfuerzos por mejorar la caligrafía de los médicos redundan en una mejor atención a los pacientes y en la prevención de importantes pérdidas financieras.

El interés de las instituciones de salud mexicanas en la mejora de los registros clínicos se ha visto reflejado en la puesta en práctica de diversas iniciativas. Entre las primeras y más importantes está la sistematización de la revisión de los expedientes clínicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social durante la segunda mitad de la década de 1950 (Ruelas y Querol, 1994), la cual se consolidó en 1962 con la publicación de los documentos *Auditoría médica* en 1962, *Evaluación médica* en 1972 y *El expediente clínico en la atención médica* en 1973, y que propició que otras instituciones siguieran el ejemplo (ver Aguirre, 1997). En este mismo sentido, destaca la publicación, en 1986, de la *Norma Técnica número 52 (NT 52) para la elaboración, integración y uso del expediente clínico*, así como del documento *Expediente clínico*, en el que la Secretaría de Salud (1997) describe la forma en que se deben hacer los diversos registros en el expediente clínico y presenta una serie de instrumentos para orientar al personal. La propia publicación de la *Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico*, en 1998 es un acontecimiento de gran relevancia, dado el carácter obligatorio que tiene su cumplimiento. En 1999 la Secretaría de Salud (1999)

publica un documento de carácter técnico normativo sobre la organización y funcionamiento de los comités técnico médicos hospitalarios. En el documento se describe la forma en que se deben integrar los Comités de Calidad de la Atención Médica, precisando como una de sus funciones el análisis y la auditoría de la calidad de la atención médica que se imparte en cada uno de los servicios que integran la unidad, con base en la aplicación de una metodología para la revisión y evaluación del expediente clínico. Destaca también el esfuerzo por estandarizar una hoja de hospitalización en todos los hospitales del país que, integrada en el expediente clínico, permitiera captar los datos más importantes de los episodios de hospitalización de cada paciente. Este instrumento ha sido utilizado desde 1995 para alimentar el Sistema Automático de Egresos Hospitalarios (Secretaría de Salud, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, 2004).

El efecto de tales iniciativas en el nivel de integridad de los registros en el expediente aún no ha sido evaluado de manera sistemática. Tampoco se sabe del desarrollo de algún modelo institucional que permita garantizar un nivel adecuado de integración de los expedientes clínicos. Ha habido intentos por mejorar el uso de expedientes clínicos que han funcionado sólo mientras evaluadores externos hacen sentir su presencia, observándose un retorno a las prácticas inadecuadas de registro en cuanto éstos abandonan las unidades (Ruelas y Querol, 1994).

Recientemente se ha dado un impulso importante al desarrollo e implantación de modalidades electrónicas de expedientes clínicos y se han publicado diversos trabajos sobre las posibles ventajas de su utilización para contar con información más precisa e incluso para lograr mejores resultados en la salud de los pacientes. Por ejemplo, Waegemann (2005), destaca la importancia de los registros clínicos personales y la posibilidad que estos brindan para que las personas tengan la capacidad de registrar y consultar información sobre su estado de salud en diversos lugares y momentos. Esta información puede estar asentada en documentos que las personas archivan en carpetas especiales. En sus versiones más modernas, las personas tienen acceso a sitios en la Internet, más o menos seguros, que pueden ser consultados también por médicos o farmacéuticos. En dichos sitios, es posible disponer de servicios adicionales, como información sobre los medicamentos que toman los pacientes, sus alergias y listas de proveedores de atención médica. Considerando el riesgo que corre la información que es colocada en sitios web, recientemente se ha propuesto desarrollar registros personales de salud que sean portados por las personas en un dispositivo USB que pueda ser leído en las computadoras de proveedores de salud en diversas partes del mundo.

Ruffin (2002), por su parte, describe la visión del Director del Departamento de Salud del Condado de Los Ángeles, Tom Garthwaite, en cuanto al desarrollo de un sistema de expedientes clínicos electrónicos, portados por la población o disponibles en Internet, que permita a los diversos proveedores de atención médica compartir información sobre la salud de los pacientes que pertenecen a los grupos más pobres y desprotegidos. Este sistema presentaría, entre otras, las siguientes ventajas:

- Evitaría duplicidad de expedientes
- Evitaría errores ocasionadas por la ilegibilidad de la escritura de muchos médicos
- Permitiría agregar datos para la realización de estudios de manera extraordinariamente más fácil y rápida que la recopilación manual de datos que se lleva a cabo al revisar los expedientes en papel.
- Podría alertar a los médicos sobre diagnósticos no considerados o guías de tratamiento poco conocidas
- Reduciría el tiempo para llegar a establecer diagnósticos
- Orientaría a los médicos acerca de los tratamientos novedosos
- Mejoraría los servicios de salud

Jerant y Hill (2000) revisaron 16 estudios en 15 de los cuales se demuestra que el uso de expedientes clínicos electrónicos conduce a la mejora de los resultados de la atención en unidades del primer nivel de atención. Sin embargo, apuntan que todos ellos muestran una serie de deficiencias metodológicas que impiden que los resultados observados sean totalmente concluyentes.

McAdams (2005) comenta que actualmente, en los Estados Unidos, los empleadores están tratando de canalizar a los trabajadores a servicios de atención médica que demuestren la capacidad para documentar y entregar resultados superiores y destacan la importancia de los sistemas electrónicos de información para tal efecto.

En México, la necesidad de adecuar los sistemas de información a los avances en la tecnología de la información determinó que el 11 de agosto de 2003 fuera publicada en el Diario Oficial de la Federación (2003) una resolución que modificó la NOM 168 permitiendo “el empleo de medios electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto ópticos o de cualquier otra tecnología, en la integración de un expediente clínico”. De entonces a la fecha se han implantado expedientes electrónicos en algunos hospitales de la Secretaría de Salud y en unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social como medidas para mejorar la información clínica y los registros médicos.

La aplicación de herramientas para la mejora de la calidad en diversos ámbitos de los servicios de salud, y de la atención médica en particular, ha sido difundida en diversas publicaciones especializadas. Quizá las más representativas sean la revista publicada por la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad (ISQUA, por sus siglas en inglés), **International Journal for Quality in Health Care**, así como el órgano de la Sociedad Española de Calidad Asistencial **Revista de calidad asistencial**. Es de particular interés el trabajo de Saturno (1995), en el que demuestra que la capacitación al personal de salud con el enfoque centrado en problemas, donde los participantes tienen como eje un problema real de calidad en torno del cual aplican las herramientas para la mejora, tiene efectos más notorios en el aprendizaje que la capacitación más tradicional, centrada en las propias herramientas.

Sin embargo, los estudios que se refieren de manera explícita al uso de estas herramientas para mejorar los registros en los expedientes clínicos son muy escasos. Entre ellos destaca el de Ruelas y cols. (1990) sobre la implantación de círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología de México, la cual suele ser identificada como la experiencia pionera en este campo en América Latina. Estudios más recientes que se han enfocado en la mejora del cumplimiento de la NOM 168 en unidades hospitalarias son los de Díaz y Tinoco (2005), Núñez, Soberanes y Méndez (2004), y Cortés (2003).

4. APUNTE SOBRE EL MÉTODO DE INVESTIGACIÓN - ACCIÓN

El trabajo consistió en un estudio de campo en el que se realizó un proyecto de investigación – acción en unidades de atención médica para diseñar e implantar un modelo basado en la aplicación de las herramientas para la mejora de la calidad con la finalidad de conocer y elevar el nivel de cumplimiento de la “Norma Técnica 52 (NT 52) para la elaboración, integración y uso del expediente clínico”, posteriormente reemplazada por la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico. A continuación se exponen las circunstancias que determinaron la asunción del enfoque de investigación – acción para, enseguida, describir sus principios metodológicos y características más importantes.

4.1. Necesidad de un cambio de enfoque

Originalmente se había planteado realizar un estudio cuasiexperimental, basado en el diseño de cuatro grupos de Solomon (Campbell y Stanley, 1973; Hernández, Fernández y Baptista, 1996; Polit y Hungler, 1997). En la investigación participarían cinco centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero, del D. F., para lo cual se había obtenido la autorización de funcionarios de la entonces Dirección General de Servicios de Salud en el Distrito Federal y del jefe de la propia Jurisdicción Sanitaria G. A. Madero. En cada uno de ellos un equipo de médicos, pertenecientes a la jurisdicción y capacitados en la evaluación de expedientes clínicos y en la aplicación de herramientas para la mejora de la calidad, realizaría una serie de acciones orientadas a la mejora de los registros en los expedientes clínicos. En el centro de salud 1 se llevaría a cabo una primera medición del cumplimiento de la NT 52 (en ese entonces aún no se publicaba la NOM 168); posteriormente se informaría a los médicos sobre los resultados de la evaluación realizada y se les organizaría como un equipo de mejora de la calidad cuyo objetivo sería mejorar el cumplimiento de la NT 52 al registrar notas en los expedientes clínicos. Por último se llevaría a cabo una nueva medición del cumplimiento de la NT 52.

En el centro de salud 2 se realizaría la medición del cumplimiento de la NT 52 y sólo se informaría a los médicos sobre los resultados observados, para realizar una nueva medición más adelante. El centro de salud 3 sería un control, pues en él sólo se realizaría la medición del cumplimiento de la NT 52 en momentos equivalentes a la primera y segunda mediciones que se aplicarían en los centros de salud 1 y 2. En el centro de salud, sin medición previa, se organizaría a los médicos como equipo de mejora del expediente clínico y se realizaría una medición posteriormente. Por último, en el centro de salud 5 se aplicaría sólo una medición en forma simultánea a las segundas mediciones de los centros de salud 1, 2 y 3. En el cuadro 1 se ilustra el diseño que se había planteado realizar en la propuesta original de esta investigación.

Cuadro 1. Diseño de investigación propuesto en el proyecto original de la tesis.

Centro de salud 1	Primera evaluación del cumplimiento de la NT-52	Información a médicos sobre el resultado de la evaluación (X ₁) Participación de médicos en un programa para la mejoría de la calidad de los expedientes clínicos (X ₂)	Segunda evaluación del cumplimiento de la NT-52
Centro de salud 2	Primera evaluación del cumplimiento de la NT-52	Información a médicos sobre el resultado de la evaluación (X ₁)	Segunda evaluación del cumplimiento de la NT-52
Centro de salud 3	Primera evaluación del cumplimiento de la NT-52	Ninguna intervención	Segunda evaluación del cumplimiento de la NT-52
Centro de salud 4		Participación de médicos en un programa para la mejoría de la calidad de los expedientes clínicos (X ₂)	Evaluación del cumplimiento de la NT-52
Centro de salud 5		Ninguna intervención	Evaluación del cumplimiento de la NT-52

La investigación sólo llegó hasta la primera medición en una de las unidades. Después de ello ocurrió una serie de circunstancias que impidieron darle continuidad. La más importante fue que el equipo de médicos capacitados en evaluación de expedientes clínicos y la aplicación de herramientas para la mejora de la calidad dejó de laborar en la jurisdicción sanitaria para incorporarse a la empresa consultora de la cual el investigador (tesista) formaba parte. Esto dificultó el acceso a las unidades seleccionadas, cuyos directores, ya sin la presencia formal del equipo de expertos de la jurisdicción, dictaron otras prioridades que anularon la posibilidad de llevar a cabo las acciones previstas para realizar la investigación.

De este modo, el proyecto original fue suspendido. El tesista y el equipo de médicos, ya trabajando en la misma empresa, se vieron involucrados en diversos proyectos de evaluación y capacitación en torno del tema de la calidad de los servicios de salud. La empresa, a su vez, estaba inmersa en una dinámica que le exigía consolidarse financieramente para lo cual era necesario ofrecer productos (de asesoría y capacitación) que resultaran convincentes a sus posibles clientes (directivos de hospitales privados y funcionarios de las instituciones de salud del sector público).

Tanto la experiencia del tesista en el diseño y la aplicación de tales productos, que en la práctica consistían en propuestas y modelos para mejorar la calidad de la atención médica en las unidades que contrataban los servicios de la empresa para la cual laboraba, como la necesidad de retomar la investigación para la realización de su tesis, propició la búsqueda de un marco metodológico que no sancionará la interacción ni el compromiso del investigador con los integrantes de los grupos que pudieran formar parte del estudio, los cuales, a su vez, desempeñaban en los hechos funciones de investigadores activos y no de meros objetos pasivos. Dicho marco se encontró en la propuesta conocida como investigación – acción, misma que se esboza en el siguiente apartado.

4.2. Características y principios metodológicos de la investigación – acción

Según diversos autores (Barquera –en Picón, 1986; Crowther, 1999; Greenwood y Levin, 1998; Polit y Hungler, 1997), son características de la investigación –

acción:

- La intención de resolver problemas concretos de los grupos sociales (una comunidad, una escuela, una empresa) considerando la historia y el contexto de dichos grupos.
- La participación activa tanto de investigadores expertos como de los miembros del grupo social en el proceso de generación del conocimiento. Desde el punto de vista de la investigación – acción la búsqueda de neutralidad del investigador social, lejos de ser una cualidad que facilita el conocimiento objetivo, se convierte en un obstáculo, ya que un investigador ajeno a las situaciones que estudia, puede pasar por alto elementos indispensables para evaluarlas correctamente.
- La valoración de la diversidad de experiencias y capacidades entre los miembros del grupo que participa en la investigación es considerada una oportunidad para el propio proceso de investigación. Mientras más puntos de vista haya, más posibilidades de solución habrá para los problemas abordados.
- La alternancia de momentos de reflexión y acción en el proceso de investigación lleva a la construcción de nuevos significados entre los miembros del grupo que, a su vez, conducen a una acción social más organizada y con un sentido más claro.
- La credibilidad y validez del conocimiento derivado de la investigación – acción está considerada en función de su aplicabilidad para resolver los problemas abordados e incrementar el control de los participantes sobre su propia situación.

Sin embargo, es importante señalar que esta forma de hacer investigación ha sido constantemente cuestionada por los defensores de la investigación social tradicional. Las críticas que se han planteado a la investigación – acción han girado en torno a su aparente falta de rigor metodológico, que se expresa en la participación de personas con poco conocimiento y experiencia implicadas directamente en las situaciones investigadas; en la utilización de datos escasos que no provienen de muestras estadísticamente representativas, y en la consecuente falta de capacidad para generalizar los hallazgos y resultados, todo lo cual, en última instancia, resta cientificidad a los estudios que se realizan con este enfoque (Greenwood y Levin, 1998; Winter, 1989, citado por Suárez, 2002). No obstante, tanto Greenwood y Levin (1988), como Picón (1986) exponen argumentos sólidos que demuestran el carácter científico de la investigación – acción, en tanto método que permite la construcción de nuevo conocimiento.

Desde el punto de vista metodológico, para la investigación – acción es muy importante la integración del grupo que participará en el proceso. Suárez (2002), citando a Kemmis y McTaggart, hace una serie de recomendaciones para asegurar un inicio adecuado, entre ellas las siguientes: que el grupo se organice primero para lograr objetivos modestos; que prepare el ambiente para poder llevar a cabo discusiones con libertad; que se lleve el registro de todo tipo de progresos,

por mínimos que parezcan; informar de los avances a otras personas relevantes para el grupo y para la situación que se está investigando; atraer a otras personal al grupo; perseverar en la recopilación de datos; buscar formas para legitimar el trabajo (por ejemplo, al invitar asesores externos o autoridades de la comunidad u organización), y no perder de vista que su participación en el proceso podrá cambiar no sólo prácticas, sino también ideas y contextos de trabajo.

El eje metodológico de la investigación – acción está constituido por una espiral de cinco fases propuesta originalmente por Lewin (ver Díaz y Guerrero, 2004, así como Suárez, 2002). La primera consiste en la identificación del tema que se investigará, el cual, deberá estar relacionado con un problema real que esté siendo enfrentado por el grupo de investigación.

En la segunda fase, identificada como de reconocimiento o de reflexión inicial o diagnóstica, el grupo debe esclarecer la importancia, origen y evolución del problema, así como las diferentes posturas en torno del mismo, tanto entre los miembros del grupo como entre otros grupos y personas significativas.

Continúa la fase de planificación, durante la cual el grupo establece, con un marco flexible, las acciones que llevará a cabo para tratar de solucionar el problema que está siendo analizado. Es muy importante que el plan sea realista y considere los riesgos y obstáculos que podrían enfrentarse durante su implementación.

La cuarta fase, de acción – observación, implica la realización de las primeras acciones del plan diseñado en la fase anterior, poniendo especial atención al surgimiento de situaciones o factores no previstos que pudieran representar la necesidad de modificar el planteamiento original. Durante esta fase el grupo de trabajo debe recopilar datos que serán utilizados en las fases posteriores.

Sigue la fase de reflexión, en la que los integrantes del grupo analizan e interpretan los resultados de las acciones realizadas y extraen las primeras conclusiones. En esta fase se tiene la oportunidad de rectificar, de aprender de los errores y de consolidar los aciertos para allanar el camino que aún falta por recorrer. Los resultados de esta fase aportan elementos para identificar nuevos problemas y construir las hipótesis de un nuevo ciclo de investigación.

La investigación – acción ha sido aplicada en diversos ámbitos y con intenciones variados, aunque siempre orientadas a dotar a los integrantes de los grupos participantes de mayor control sobre su situación. En cuanto a los ámbitos de aplicación de la investigación – acción destacan, en primer lugar, los ambientes educativos, las comunidades marginadas en países en vías de desarrollo, instituciones de gobierno y organizaciones empresariales. Los grandes temas que corresponden a estos ámbitos son el cambio de sistemas educacionales, el desarrollo comunitario y económico, y el cambio y desarrollo institucional y organizacional (Greenwood y Levin, 1998).

Las intenciones con que se ha realizado la investigación – acción se pueden

clasificar en tres categorías diferentes: la técnica, la práctica y la emancipatoria (Zuber-Skerritt, 1996, en Suárez, 2002).

“La i-a técnica tiene como propósitos generales diseñar y aplicar un plan de intervención que sea eficaz en la mejora de las habilidades profesionales y en la resolución de problemas. Se preocupa por el cambio de prácticas sociales (...), y no tanto por la mejora en la comprensión de los problemas y la transformación de los contextos en los que se sitúan. El papel de los agentes externos es el de experto responsable (sic) en grande medida de los procesos de investigación, que se relaciona con los prácticos implicados por cooptación (elección de los participantes)...”

“La i-a práctica, denominada así en cuanto que busca desarrollar el pensamiento práctico de los participantes, pretende, junto con la resolución de problemas, mejorar el desarrollo profesional a través de la reflexión y el diálogo, transformando ideas y ampliando la comprensión. Los agentes externos cumplen, sobre todo, un papel socrático, como consultores y asesores, ayudando a los participantes a articular sus preocupaciones e ideas, a diseñar propuestas articuladas de cambio, y a analizar las repercusiones de estos cambios. Los prácticos implicados tienen más protagonismo en el control de la investigación, decidiendo, por la vía de la deliberación, los problemas que deben ser resueltos, y las mejores vías de actuación dentro de las limitaciones contextuales existentes...”

“La i-a crítica o emancipatoria incorpora las finalidades de las otras modalidades, añadiendo la emancipación de los participantes de la tradición coercitiva y de las relaciones jerárquicas, a través de una transformación profunda, y no sólo periférica y superficial, de las organizaciones sociales. El papel de agente externo es el de compartir con los otros participantes la función de autorreflexión colaboradora del grupo de investigación.” (Suárez, 2002, págs.10-11).

En los proyectos realizados desde la perspectiva de la investigación – acción suelen combinarse técnicas tanto cualitativas como cuantitativas (Díaz y Guerrero, 2004; Greenwood y Levin, 1998; Picón, 1986; Suárez, 2002). Entre las técnicas cualitativas más utilizadas destacan los estudios de caso, las simulaciones, las observaciones participativas, las entrevistas a profundidad, la consulta a grupos de expertos, la lluvia de ideas, los grupos nominales y la revisión documental con análisis de contenido. Entre las técnicas cuantitativas sobresalen las encuestas en que se aplican cuestionarios cerrados, así como escalas de actitud y de opinión.

Las características, las fases y las técnicas de la investigación – acción son notoriamente compatibles con los principios de participación y mejora continua de la calidad que aplican organizaciones involucradas en el desarrollo de sistemas para la mejora de la calidad (Jiménez, 1991). En particular la investigación corresponde a las categorías técnica y práctica. De hecho, Greenwood y Levin (1998) llegan a equiparar la investigación – acción con el método para la mejora continua de la calidad que Deming (1989) y Juran (1990) promovieron en el Japón de la posguerra (Ishikawa, 1986; Walton, 1988). Baste comparar lo anterior con los pasos que componen el método para la mejora de la calidad:

1. **Definición del problema:** los integrantes de un equipo de trabajo constituido con el propósito de mejorar la calidad identifican un problema que afecte la calidad de los productos o servicios que producen.

2. **Dimensionamiento del problema:** se aplican técnicas y herramientas que permitan medir el problema y sus aspectos más relevantes. Esto otorga al equipo de trabajo una base firme para comparar los efectos de las acciones de mejora que se lleguen a poner en marcha.
3. **Análisis del problema / identificación de causas:** el equipo de trabajo trata de responder a la pregunta “Por qué” en relación con los resultados obtenidos en el paso anterior. La aplicación de herramientas de análisis como el diagrama causa – efecto y el diagrama de Pareto le permiten discernir las verdaderas causas de un problema y no confundirlas con los síntomas.
4. **Identificación y programación de soluciones:** los miembros del equipo, apoyados en herramientas como la lluvia de ideas, proponen soluciones para mitigar o eliminar las causas identificadas, identifican los respectivos responsables y programan su aplicación.
5. **Implementación de soluciones y seguimiento:** las soluciones y medidas identificadas en el paso anterior son ejecutadas de acuerdo con el programa establecido. Se realizan nuevas mediciones para identificar el posible efecto que las soluciones pudieran tener sobre las causas y sobre el problema abordado.
6. **Documentación:** en el equipo se nombra uno o más responsables de sistematizar la experiencia. A ellos corresponde la integración de un documento que dé cuenta del trabajo realizado por el equipo y rescate los resultados de los instrumentos y herramientas que se hayan aplicado.

Un aspecto muy importante de la Investigación – Acción es la forma en que se elaboran los informes sobre los resultados de la investigación. Puesto que con este enfoque se analiza una situación o problema a partir del punto de vista de los participantes, se debe realizar un informe descriptivo utilizando un lenguaje sencillo que no tiene por qué disminuir el rigor y la seriedad del análisis. En muchas ocasiones resulta de gran utilidad utilizar un formato histórico, en el que se narra el proceso de investigación tal y como ocurrió a través del tiempo, siendo preferible utilizar más una secuencia real o en curso, que una secuencia lógica o reconstruida. El contenido del informe debe ir más allá de las descripciones superficiales de hechos o procesos; es necesario incluir también sentimientos, actitudes y percepciones de los implicados. (Suárez, 2002)

5. MÉTODO

5.1. Problema de investigación

El problema que se aborda en esta investigación fue planteado a partir de la necesidad de contar con registros clínicos confiables en los expedientes de los usuarios atendidos en unidades de atención médica. Esta necesidad obedece a una serie de razones, todas ellas de la mayor importancia. En primer lugar, se trata de un instrumento vital para conocer y dar seguimiento al manejo de los pacientes. Las notas en el expediente pueden ahorrar tiempo al médico o al equipo que proporciona la atención al contener información que oriente sobre padecimientos previos, la forma en que han sido tratados, posibles alergias, etc. La falta de información en el expediente, su ilegibilidad o las imprecisiones y errores pueden ser factores que pongan en riesgo la salud o la vida de los pacientes.

En segundo lugar, es una de las formas directas para identificar errores, siempre y cuando las notas reflejen el manejo real que se hace de los pacientes, lo cual constituye el primer paso para corregirlos. Sin información clínica se reducen de manera importante las posibilidades de aprendizaje.

En tercer término, el expediente clínico es un instrumento legal. En caso de problemas de tipo jurídico, su integración y manejo adecuados pueden ser los mejores aliados de los equipos de salud. Por el contrario, los expedientes incompletos y mal manejados pueden ser un indicio de la mala atención que se brinda a los pacientes.

En cuarto lugar, aún es frecuente observar importantes deficiencias en el llenado y manejo de los expedientes clínicos tanto en unidades de instituciones públicas como del sector privado, lo cual ofrece la oportunidad de que las acciones que se emprendan para corregirlas tengan efectos favorables muy notorios en tiempos relativamente breves.

Por último, el carácter observable de los expedientes hace que su medición, control y mejora sean, hasta cierto punto, fáciles de conseguir.

Todo lo anterior llevó a plantear como problema de investigación la necesidad de contar con un método que permitiera garantizar que en las unidades de atención médica la integración y el manejo de los expedientes clínicos responden a los criterios establecidos en los instrumentos normativos que han emitido las autoridades mexicanas de salud. De este problema se derivaron las siguientes preguntas de investigación

1. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de la NT – 52 / NOM-168-SSA1-1998?
2. ¿Cuáles son las causas atribuidas por los profesionales de la salud al nivel de cumplimiento identificado?

3. ¿Qué acciones pueden plantearse para mejorar el nivel de cumplimiento de la NT – 52 / NOM-168-SSA1-1998?
4. ¿Cuál es el efecto de las acciones realizadas para mejorar el nivel de cumplimiento de la NT – 52 / NOM-168-SSA1-1998?

5.2. Objetivos de la investigación

5.2.1. Objetivo general

Desarrollar un modelo de intervención basado en la utilización de las herramientas para la mejora de la calidad que permita elevar el cumplimiento de los criterios establecidos en la “Norma Técnica 52 (NT 52) para la elaboración, integración y uso del expediente clínico” y en la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico”.

5.2.2. Objetivos específicos

Identificar el nivel de cumplimiento de la NT 52 y de la NOM-168-SSA1-1998 en unidades médicas de primero y segundo nivel de atención.

Identificar las causas atribuidas por los profesionales de la salud al nivel de cumplimiento de la NT 52 y de la NOM-168-SSA1-1998 observado.

Orientar a los profesionales de la salud en el diseño de acciones para mejorar el nivel de cumplimiento de la NT 52 y de la NOM-168-SSA1-1998.

Evaluar el efecto de las acciones propuestas en el nivel de cumplimiento de la NT 52 y de la NOM-168-SSA1-1998.

Sistematizar la experiencia obtenida en las unidades médicas participantes para integrar un modelo para la mejora de los expedientes clínicos.

5.3. Hipótesis

Dado el enfoque con que se realizó este estudio, se plantearon hipótesis de tipo descriptivo. La hipótesis central fue la siguiente:

- El uso sistemático de herramientas para la mejora de la calidad contribuye a mejorar el nivel de cumplimiento de la NT – 52 / NOM-168-SSA1-1998.

Otras hipótesis relevantes fueron:

- Los profesionales de la salud, sobre todo en el primer nivel de atención, no tienen clara conciencia de la importancia del registro adecuado de las notas en el expediente clínico en el manejo de los pacientes. Es común que consideren el llenado del expediente como una actividad rutinaria, que carece de sentido y

utilidad posterior.

- Por lo general, los profesionales de la salud involucrados en el llenado del expediente clínico desconocen la normatividad que se debe observar al respecto, lo que provoca que su cumplimiento sea deficiente.
- Ni las instituciones ni los directivos de las unidades médicas han desarrollado sistemas de evaluación y monitoreo para garantizar el adecuado llenado de los expedientes clínicos de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente. En la medida en que este tipo de sistemas sean desarrollados y aplicados, los profesionales de la salud comprenderán el carácter prioritario de esta actividad.

5.4. Unidades y actores participantes

El estudio se realizó como una intervención que el investigador (tesista) desarrolló siendo parte de un equipo de trabajo dedicado a la consultoría y capacitación en el campo de la evaluación y la mejora de la calidad de los servicios de salud. Al investigador le correspondió coordinar a dicho equipo en la implantación del modelo que se describirá más adelante. Este equipo estaba integrado por dos médicos, una odontóloga y el propio investigador, todos ellos capacitados en el uso de herramientas para la mejora de la calidad.

El estudio se llevó a cabo en dos ámbitos: unidades de salud del sector público y hospitales privados. Las unidades del sector público fueron 14 centros de salud y los servicios de urgencias de seis hospitales generales.¹ Cada una de estas unidades ubicada en un estado distinto de la República Mexicana que participaron en las fases III y IV del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica (PMCCAM) impulsado por la Dirección de Calidad de la Atención Médica de la Secretaría de Salud entre 1999 y 2000.²

Los estados de la República en que se localizan las unidades que participaron son:

De la fase III del PMCCAM:

- Baja California Sur
- Durango
- Guerrero
- Nuevo León
- Querétaro
- Quintana Roo

¹ Los servicios de urgencias fueron seleccionados en acuerdo con los directivos de la Secretaría de Salud bajo el criterio de que en este tipo de servicios era más probable obtener resultados en plazos cortos.

² En las fases I y II del PMCCAM no se desarrolló ninguna intervención para mejorar los expedientes clínicos.

- Sinaloa
- Tlaxcala

De la fase IV del PMCCAM:

- Coahuila
- Estado de México
- Hidalgo
- Morelos
- Veracruz
- Yucatán

Los hospitales generales que participaron pertenecen a los seis estados de la fase IV.

Sin que formarán parte del PMCCAM, participaron también tres hospitales privados ubicados en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México. En dos de ellos se consideraron servicios de hospitalización y en el tercero, al igual que en los hospitales públicos, el servicio de urgencias. La experiencia obtenida en uno de ellos se describe en el estudio de caso que se incluye en el capítulo 4 de esta tesis.

En cada unidad se formó un equipo de trabajo con médicos, enfermeras y personal del archivo clínico. Se procuró que en cada equipo de trabajo hubiera al menos una persona con posición de mando (jefes de servicio, jefes de oficina o supervisores). En las unidades públicas participó también personal de trabajo social.

5.5. Período del estudio

La investigación se realizó en tres etapas. La primera, entre septiembre de 1999 y abril de 2000, en la que se desarrolló el modelo de la Unidad Demostrativa de Calidad del expediente clínico (UDCEC) y se aplicó en ocho centros de salud participantes en la fase III del PMCCAM y en dos hospitales privados localizados en la Ciudad de México.

En la segunda etapa, septiembre a diciembre de 2000, se aplicó el modelo en seis centros de salud y seis hospitales generales ubicados en seis entidades federativas consideradas en la fase IV del PMCCAM.

La tercera etapa inicia en 2003 y abarca hasta marzo de 2006. La UDCEC que corresponde a esta etapa se desarrolló en un hospital privado del Estado de México y se describe en el estudio de caso (capítulo 4).

5.6. Instrumentos

Además de las herramientas descritas en el capítulo 1, en las unidades se

emplearon tres tipos de instrumentos para evaluar la integración de los expedientes clínicos. El primero se aplicó en las unidades que participaron en las fases III y IV del PMCCAM y estaba basado en la “Norma Técnica número 52 (NT 52) para la elaboración, integración y uso del expediente clínico”. El segundo se utilizó para evaluar el cumplimiento de la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico” en los dos hospitales privados ubicados en la Ciudad de México. El último instrumento, en realidad una versión electrónica del anterior, se utilizó en el hospital del cual se analiza el caso en el capítulo 4. La relación entre las unidades que participaron en la investigación y los instrumentos utilizados en ellas se ilustra en el cuadro 2.

Cuadro 2. Unidades participantes e instrumentos utilizados en los tres períodos comprendidos en la presente investigación.

UNIDADES PARTICIPANTES	INSTRUMENTO	PERÍODO
14 centros de salud y seis hospitales generales de los estados participantes en las fases III y IV del PMCCAM de la Secretaría de Salud	Lisa de verificación basada en la NT – 52 diseñada por la Dirección de Calidad de la Atención Médica de la Secretaría de Salud	De noviembre de 1999 a diciembre de 2000 (fase III del PMCCAM) y de noviembre a diciembre de 2000 (fase IV del PMCCAM)
Dos hospitales privados ubicados en la zona sur de la Ciudad de México	Lista de verificación basada en los criterios de la NOM – 168, diseñada por el tesista	De octubre de 1999 a abril de 2000
Hospital privado ubicado al norte de la Ciudad de México	Versión electrónica de la lista de verificación utilizada en la etapa anterior.	2003 – marzo de 2006

Tanto el instrumento empleado en las unidades del sector público como los procedimientos para seleccionar los expedientes que serían evaluados y los instructivos correspondientes fueron diseñados por un equipo de profesionales que pertenecían a la Dirección de Calidad de la Atención Médica de la Secretaría de Salud.

Este instrumento tiene un espacio para identificar la unidad en que se llevaría a cabo la evaluación de expediente: estado, jurisdicción sanitaria, municipio, localidad, número de núcleos básicos, tipo de unidad y clave de la unidad. Además era necesario registrar la fecha en que se realizaba la evaluación y el nombre del evaluador.

La evaluación del expediente se hacía a partir de una lista de 17 variables agrupadas en cuatro categorías. A continuación se listan las categorías y las variables correspondientes:

Categoría: expediente clínico

Variables:

Integración

Orden cronológico de las notas médicas

Pulcritud y legibilidad de historia clínica y notas médicas

Glosa de resultados de laboratorio y/o gabinete

Nombre y firma del médico

Categoría: historia clínica

Variables:

Existencia

Completa

Categoría: notas médicas

Variables:

Nota inicial o de ingreso

Nota de revisión

Notas de evolución

Nota de interconsulta

Informes de estudios de laboratorio y/o gabinete

Interpretación de resultados de laboratorio y/o gabinete

Categoría: resultado de la atención

Variables:

Impresión diagnóstica

Congruencia clínico-diagnóstica

Congruencia diagnóstico-terapéutica

Congruencia diagnóstica con exámenes de laboratorio y /o gabinete

Las variables podían ser calificadas con las opciones cumple, cumple parcialmente y no cumple. Las calificaciones respectivas para estas opciones eran 2, 1 y 0. Algunas variables podían además ser calificadas con la opción NN, que significa "No Necesario". Al final se obtenía un promedio de calificación para cada variable. El instrumento no consideraba la obtención de una calificación global por expediente. En los anexos I y II se podrán consultar los instrumentos, procedimientos e instructivos correspondientes a los expedientes de unidades del primer nivel y de hospitales.

En septiembre de 1999 se publicó la "Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico". Los criterios que la nueva Norma contenía eran tan numerosos y detallados que permitieron al tesista la elaboración de tres instrumentos: uno para evaluar los expedientes en unidades que otorgan consulta general; otro para evaluar expedientes o notas médicas en los servicios de urgencias, y un tercero para expedientes en servicios de hospitalización, que además contenía las notas correspondientes al servicio de cirugía. Cada uno de estos instrumentos era una lista de verificación de los criterios contenidos en la NOM 168 que admitía tres calificaciones "1" para los criterios que eran cumplidos; "0" para los criterios que no eran cumplidos y deberían cumplirse, y "N" para los criterios que no procedía calificar en un caso determinado.

Al final de cada instrumento se incluía una sección que facilitaba el cálculo del porcentaje de cumplimiento de los criterios de la NOM 168 para cada expediente evaluado. En el anexo III se incluye el instrumento diseñado para evaluar expedientes en servicios de consulta externa así como el instructivo correspondiente.

Estos instrumentos se utilizaron en las UDCEC que se aplicaron en los dos hospitales de la Ciudad de México entre octubre de 1999 y abril de 2000.

A finales de 2001 el tesista preparó versiones electrónicas de las listas de verificación descritas, que facilitaban la captura de los datos de los expedientes evaluados, así como el cálculo de los porcentajes de cumplimiento global y por tipo de nota. Los instrumentos electrónicos, elaborados en hojas de Excel, permitían la elaboración automática de gráficas de los resultados obtenidos. Estos instrumentos se utilizan aún en el hospital considerado en la tercera etapa y que se describe en el estudio de caso del capítulo 7.

5.7. Actividades realizadas

5.7.1. Diseño de las Unidades Demostrativas de Calidad

Desde 1997 el tesista se incorporó a un equipo de profesionales que constituyeron una empresa dedicada a la consultoría, evaluación y capacitación en torno del tema de la calidad de la atención médica. Como toda empresa, ésta debía encontrar la forma de allegarse de clientes dispuestos a comprar sus productos que, por lo general, consistían en el diseño y ejecución de proyectos de evaluación y en la impartición de cursos sobre el uso de herramientas para la mejora de la calidad aplicadas a los servicios de salud. Para 1999 las necesidades de crecimiento de la empresa y el contacto directo con diversos clientes (directivos de hospitales privados y de instituciones públicas) fueron dejando en claro que la empresa debía ofrecer productos que tuvieran ciertas características para ser atractivos a los ojos de los clientes.

De manera paulatina se fueron esclareciendo las principales características de uno de los productos que debían ser diseñados: un modelo de capacitación que, en un plazo considerablemente breve, y utilizando muy pocos recursos, permitiera generar evidencias que, con contundencia, demostraran que la capacitación en el uso de herramientas para la mejora de la calidad podía producir importantes beneficios a la organización que la llegara a implementar. Además, era indispensable que dicho modelo sentara las bases para la consolidación del valor de la calidad en la cultura de la organización y el desarrollo de un sistema de gestión orientada a la mejora continua de la calidad.

En ese tiempo se conjuntó una serie de factores para desarrollar el producto requerido: primero, el grupo de profesionistas tuvo la oportunidad de participar en las dos fases iniciales de un proyecto de gran envergadura que consistió por una parte, en coordinar una evaluación basal del nivel de calidad de los servicios en centros de salud y hospitales de las secretarías de salud de 14 estados de la república y, por otra, en implantar el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica (PMCCAM) en dichas dependencias. La experiencia obtenida en estas dos fases permitió que los integrantes del grupo consolidaran su conocimiento acerca de las condiciones y principales rasgos de la cultura organizacional de los servicios estatales de salud, de modo que en las fases posteriores del proyecto pisarían sobre terreno más firme.

En segundo lugar, ha sido determinante la importancia que desde hace tiempo dan las autoridades de salud al expediente clínico: la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico” fue publicada en septiembre de 1999 y en ese mismo año se lanzó el Programa Nacional de Certificación de Hospitales, en cuyos criterios ya quedaba clara la importancia de la documentación clínica.

En tercer lugar, y quizá el factor más determinante de todos, estaban los antecedentes de una de las integrantes del grupo de consultores en el terreno de la agronomía, lo cual la llevó a tener el tino de proponer el desarrollo de un modelo similar al que se utiliza para capacitar a los agricultores cuando se pretende que adopten una nueva tecnología o cambien el tipo de siembra, cultivo o cosecha. Esta técnica, llamada “parcelas demostrativas”, consiste a grandes rasgos en la selección de un terreno con características apropiadas para sembrar en él semillas cuidadosamente preparadas que serán cultivadas controlando, en la medida de lo posible, variables como el clima, el riego, la presencia de plagas y la forma de la cosecha (Ministerio de Agricultura y Ganadería de El Salvador, Proyecto de Desarrollo Rural en la Región Central PRODAP-II, 2003)

Un cuarto factor fue que el tesista estaba empezando a correr la investigación para su tesis en cinco centros de salud de la Jurisdicción Sanitaria Gustavo A. Madero precisamente con el tema de la mejora de la integración del expediente clínico a partir de la aplicación de un programa para el mejoramiento de la calidad. En otra sección se comentó ya que este primer intento se vio interrumpido cuando las personas que facilitaron el acceso al investigador a las unidades, y que de hecho estaban participando en las actividades de la investigación, se incorporaron a la empresa consultora de la cual formaba parte el tesista.

La conjunción de las circunstancias y factores descritos fueron el marco que permitió concebir la idea de la Unidad Demostrativa de Calidad (UDC) como la traducción de una técnica utilizada en Agronomía para capacitar a los agricultores en el manejo de ciertos cultivos al ámbito de los servicios de salud. Esta técnica, llamada “Parcelas Demostrativas”, en términos generales consiste en la identificación de un terreno de dimensiones reducidas, que presente condiciones ideales para la siembra, cultivo y cosecha de un vegetal determinado. Durante todo este proceso, dirigido por un experto, se controlan la mayor cantidad de variables que pudieran afectar el resultado esperado. De este modo, se demuestra a los agricultores, en la práctica, cómo el manejo adecuado de técnicas específicas conduce a la producción de una cosecha de mayor calidad que otras obtenidas en condiciones menos controladas.

Después de una serie de discusiones y reuniones de trabajo entre los miembros de la empresa consultora en la que laboraba el tesista, se llegó a definir una Unidad Demostrativa de Calidad como el trabajo de un grupo interdisciplinario e interfuncional, que utiliza el método y las herramientas para la mejora de la calidad para obtener, en el corto plazo, resultados evidentes de mejora en la eficiencia y

calidad de procesos específicos y cuya experiencia puede ser multiplicada con relativa facilidad.

Cada UDC debía responder a la intención específica de la mejora de la eficiencia y la calidad de un proceso determinado y en consecuencia se le debía otorgar el nombre correspondiente, por ejemplo: UDC del expediente clínico, UDC de manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI), UDC de integración de la cuenta del paciente, UDC de errores en la ministración de medicamentos, etc. En este estudio se describe la UDC del expediente clínico (UDCEC).

Los objetivos que originalmente se establecieron para las UDCEC fueron:

- Mostrar a los directivos la forma de aplicación de los métodos, técnicas e instrumentos para la mejora continua de la calidad.
- Proporcionarles una visión clara de un proceso de mejora en marcha.
- Contar, en un plazo breve, con evidencias que puedan ser utilizadas por los propios directivos como argumentos sólidos para promover la formación de equipos para la mejora continua de la calidad.

De manera general, el modelo consistió en lo siguiente:

- La institución interesada en desarrollar una UDC debe seleccionar una unidad que sobresalga por el interés de su personal en desempeñar sus funciones de manera adecuada, lo cual puede ser expresado por el cumplimiento de los objetivos y las metas que les corresponden. En especial, es muy importante que el responsable de la misma muestre cualidades de liderazgo. Si la UDC va a ser implementada en un hospital, los directivos del mismo deben seleccionar un área o servicio con las características comentadas.
- Habiendo seleccionado la unidad, se acuerda una sesión de trabajo para que un consultor presente el modelo de la UDC, así como para identificar a las personas que formarán parte del equipo que la desarrollará (lo cual dependerá del tema o problema que sea abordado) y programar una serie de reuniones de trabajo. Es muy importante que en el equipo de trabajo participe el responsable de la unidad o servicio y un directivo de nivel jerárquico superior que respalde las decisiones que se lleguen a tomar.
- Las actividades que posteriormente se realizarán en las reuniones de trabajo en cada UDC corresponden a la aplicación de los pasos para la mejora de la calidad comentados en el capítulo 1 y siempre deberá participar un consultor:
 1. **Definición del problema:** en las UDC este paso deberá acotarse a los temas para los cuales ya se cuente con la posibilidad de realizar mediciones. De lo contrario, se corre el riesgo de que el tiempo que transcurra entre la definición del problema y el diseño de instrumentos y procedimientos para su medición sea tan prolongado que se pierda el

interés de los integrantes del equipo. En el modelo de UDC se considera de la mayor importancia ofrecer evidencias sobre la necesidad de mejorar los procesos prácticamente en el momento en que se integra un equipo de trabajo. Aunque el problema sea propuesto por el consultor, en acuerdo con los directivos de la institución o unidad, la actividad en este paso deberá consistir en la discusión sobre su importancia, tanto para los usuarios como para la organización. Dependiendo del tema de la UDC, el consultor solicita a los integrantes del equipo la documentación pertinente para estar en condiciones de realizar una medición.

2. **Dimensionamiento del problema.** Según el tema de la UDC, el consultor presenta a los miembros del equipo los instrumentos de medición y explica el procedimiento para aplicarlos utilizando la documentación que los miembros del equipo aportan. Así, por ejemplo, en la UDC del expediente clínico se mide qué tanto cumplen con los criterios oficiales establecidos en la normatividad vigente. En la UDC de la integración de la cuenta se evalúan los errores que aparecen en los documentos contables (notas y facturas) y los montos que representan. En la UDC del manejo de RPBI se organiza la revisión del contenido de las bolsas negras y rojas para dar cuenta de los hallazgos que representen errores en el manejo de estos materiales. Esta actividad concluye con el cálculo del resultado específico de la primera medición realizada.
3. **Análisis del problema / identificación de causas.** Los integrantes de los equipos son capacitados en la utilización de herramientas de análisis, como el diagrama causa – efecto, y el diagrama de Pareto con el propósito de identificar las causas básicas que determinan los resultados obtenidos en la medición realizada.
4. **Identificación y programación de soluciones.** Los participantes utilizan la lluvia de ideas y elaboran un plan de acción, apoyándose en una cédula de programación provista por el consultor, para proponer las soluciones para mitigar o eliminar las causas identificadas. Entre las acciones que se programan, el consultor los orienta para aplicar el análisis de procesos y mejorar el proceso que corresponda al tema abordado (por ejemplo, integración y manejo del expediente, integración de la cuenta del paciente, manejo de RPBI).
5. **Implementación de soluciones y seguimiento.** Los participantes aplican las soluciones propuestas, realizan mediciones subsecuentes, analizan los resultados y ajustan el programa de trabajo según los avances y obstáculos enfrentados.
6. **Documentación (preparación del informe de mejora).** Los equipos utilizan una guía, propuesta por el consultor, para documentar las acciones realizadas y los resultados obtenidos.

La sencillez del modelo facilitó su adaptación a las diversas condiciones presentes en las unidades que participaron en las tres etapas que comprende la presente investigación.

5.7.2. Acciones realizadas en la primera etapa: septiembre de 1999 a diciembre de 2000

Como ya se comentó, las dos últimas fases del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica (PMCCAM) en 1999 y 2000 ofrecieron las condiciones para probar el modelo de Unidades Demostrativas de Calidad en unidades médicas de las entidades federativas que participaron. De este modo la primera versión del modelo se diseñó considerando las restricciones temporales y de recursos que planteaba el propio PMCCAM. En la tercera fase (1999) se aplicó en ocho centros de salud, uno por cada uno de los siguientes estados: Baja California Sur, Durango, Guerrero, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, Tlaxcala y Sinaloa. Para la cuarta fase, se implantó el modelo en centros de salud y los servicios de urgencias de los hospitales generales ubicados en los estados de Coahuila, Hidalgo, México, Morelos, Veracruz y Yucatán.

En ambas fases el tiempo disponible fue muy limitado, de noviembre a diciembre de 1999 (fase III) y de noviembre a diciembre del 2000 (fase IV). El documento que orientó el desarrollo de las UDCEC en esta fase se incluye en el Anexo IV.

De acuerdo con el modelo, los directivos de los servicios de salud de las entidades participantes en la fase III del PMCCAM seleccionaron un centro de salud con base en los siguientes criterios:

- Debía ser un centro de salud, sin hospitalización, ubicado en la capital del estado.
- El centro de salud debía contar con un mínimo de tres médicos (Núcleos Básicos de Salud)
- Cada médico debía otorgar un mínimo de cinco consultas diarias
- El director de la unidad debía ser reconocido por ejercer un estilo de liderazgo que estimulara la participación del personal en actividades donde esto representaba un factor clave para la obtención de buenos resultados.
- El director de debía destacar por su iniciativa y creatividad al abordar los retos que representaba el adecuado funcionamiento de la unidad.

Para los estados participantes en la fase IV del PMCCAM se incluyó el servicio de urgencias del hospital general ubicado en la capital de cada entidad.

Después de que los directivos estatales seleccionaron las unidades en que se desarrollarían las UDCEC, se realizó una primera sesión de trabajo de aproximadamente cuatro o cinco horas de duración en la que, además de la presencia del director de la unidad o del responsable del servicio, se solicitó la participación de los médicos y enfermeras, así como del personal responsable del archivo clínico. En esa reunión se ofreció una breve explicación a los asistentes sobre el carácter de la UDCEC y el programa de trabajo. Enseguida se explicó el procedimiento para seleccionar la muestra de los expedientes que serían

sometidos a evaluación y se organizó su recolección.* En tanto los expedientes seleccionados eran localizados, se describió a los participantes la forma de utilizar el instrumento diseñado por la Dirección de Calidad de la Atención Médica para evaluar los expedientes clínicos. Ya con los expedientes de la muestra a la mano, se organizó a los integrantes del equipo para que realizaran la evaluación en forma cruzada, ya que se estableció como una condición indispensable que ningún médico evaluara sus propias notas. Al concluir la revisión de expediente, se concentraron los datos y se obtuvo la calificación promedio para cada expediente y para las categorías de variables. Al final de la sesión, se programaron cinco sesiones subsecuentes, de aproximadamente cuatro horas de duración cada una, con una periodicidad que varió de tres semanas para las unidades participantes en la fase III del PMCCAM, y de a una o dos semanas para las participantes en la fase IV.

En la segunda sesión, se realizó el diagrama causa – efecto y se programaron acciones para eliminar las causas que el equipo identificó como fundamentales. En esta misma sesión se organizó a los integrantes del equipo para hacer mediciones subsecuentes de la integración de los expedientes clínicos en los lapsos comprendidos entre las sesiones subsecuentes. Las unidades de la fase III tuvieron oportunidad de realizar tres mediciones más, mientras que las unidades de la fase IV sólo realizaron dos mediciones subsecuentes.

Las siguientes sesiones, tuvieron la misma estructura. Primero, se daba seguimiento a los avances en la ejecución del plan de acción; posteriormente, cuando se efectuaba una nueva medición del cumplimiento de la NT – 52, se revisaba el procedimiento seguido y se comentaban los resultados obtenidos. Continuaba la revisión de temas y herramientas específicos para la mejora de la calidad, siempre sobre la base del problema que estaba siendo analizado por el equipo. Por último, se establecían compromisos entre los integrantes del equipo (incluidos los consultores).

Los temas que se revisaron en las sesiones de las UDCEC fueron los siguientes:

Sesión 2:

Diagrama causa efecto

Plan de acción para la mejora de la calidad

Sesión 3:

Construcción de indicadores

Herramientas gráficas para la presentación de datos

Sesión 4:

* Cabe mencionar que el tamaño de la muestra varió según la fase en que participaron las unidades. La cuota establecida en la fase III fue de 100 expedientes por cada medición, mientras que en la fase IV fue de 30. La diferencia obedeció, en primer lugar, a las dificultades que se observaron para cumplir con la cuota de 100 expedientes en varias unidades y, en segundo término, a que en un estudio que realizó la empresa consultora se observó que una muestra de 15 expedientes resultaba ser representativa, independientemente del tipo de unidad y de la cantidad de pacientes atendidos. Lo más importante era garantizar que los expedientes correspondieran al período que se pretendía evaluar y que fueran seleccionados de manera aleatoria.

- Diagrama de flujo
- Sesión 5:
 - Carta de proceso
 - Informes de mejora
- Sesión 6:
 - Problemas de calidad
 - Asignación de prioridades

La decisión de revisar los temas “problemas de calidad” y “asignación de prioridades” en la sesión final de las UDCEC obedeció a la idea de que los equipos formados se quedaran con un nuevo reto que pudiera ser abordado a través del método que se utilizó para mejorar el cumplimiento de la NT – 52 al registrar información en los expedientes clínicos y consolidar así el aprendizaje del uso sistemático de las herramientas para la mejora de la calidad.

En el anexo V se presenta un ejemplo de informe detallado de las acciones realizadas en una UDCEC para cada una de las dos últimas fases del PMCCAM.

5.7.3. Acciones realizadas en dos hospitales privados de la Ciudad de México

Para la aplicación de la UDCEC en los hospitales privados, entre octubre de 1999 y abril del año 2000, se llevaron a cabo varias modificaciones al modelo. La más importante fue que los instrumentos empleados para evaluar la integración de los expedientes clínicos ya se basaban en la recién publicada NOM – 168.

Para ese momento ya se contaba con una “Guía para la implantación de Unidades Demostrativas de Calidad”, en la que se definían con claridad diversos aspectos clave para el funcionamiento de la UDCEC. Por ejemplo, se establecía el programa de trabajo para el desarrollo de la UDCEC alrededor de 16 módulos de dos horas cada uno, que se podían cubrir en un número variable de sesiones y en un período mínimo de tres meses y máximo de seis según la conveniencia del hospital.

En el cuadro 3 se detallan los temas que se abordaron en cada módulo.

Cuadro 3. Descripción de las actividades y contenidos de la propuesta modular para desarrollar la Unidad Demostrativa de Calidad del expediente clínico.

MÓDULOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN	CONTENIDO
	Selección de un tema (proceso o problema)		Criterios para definición del tema (en este caso, integración del expediente clínico)
	Selección de área e integrantes del equipo		Requisitos
1	Sesión introductoria	2 horas	Modelo de UDQ. Importancia de la mejora del expediente clínico para la organización. Programa de trabajo.
2	Evaluación inicial de la calidad	2 horas	Procedimiento para la selección de expedientes. Lista de verificación para la evaluación de la integración del expediente clínico. Revisión de expedientes. Obtención

MÓDULOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN	CONTENIDO
			de porcentaje de cumplimiento de los criterios establecidos en la NOM 168 del expediente clínico.
3	Validación de la evaluación inicial	2 horas	Procedimiento de validación. Evaluación de expedientes seleccionados para la validación. Discusión.
4	Identificación de causas que determinan el resultado observado	2 horas	Diagrama causa – efecto: utilidad. Lluvia de ideas para identificación e causas. Categorización de causas. Elaboración del diagrama causa – efecto del resultado observado.
5 y 6	Inicia preparación de propuesta de mejora	4 horas	Guía Qualimed para la elaboración de propuestas de mejora. Establecimiento de objetivos y metas de mejora. Elaboración del Plan de Acción.
7	Identificación de características de calidad del proceso	2 horas	Enfoque de procesos. Niveles de análisis. Presentación de la Carta de Requisitos de Calidad CRC. Elaboración de la CRC del expediente clínico.
8	Análisis del proceso / Elaboración del diagrama de flujo	2 horas	Utilidad del diagrama de flujo. Símbolos. Errores más frecuentes. Ejemplos. Elaboración del diagrama de flujo del manejo del expediente en el área.
9	Análisis del proceso / Elaboración de la Carta de Proceso	2 horas	Carta de Proceso, utilidad, forma de elaboración y ejemplos. Elaboración de la Carta de Proceso del manejo del expediente clínico en el área.
10	Análisis del proceso / Análisis de actividades críticas	2 horas	Actividades críticas: concepto e importancia. Presentación de instrumento y ejemplos. Identificación y análisis de actividades críticas del manejo del expediente en el área.
11 a 15	Desarrollo del sistema de monitoría:	10 horas	Procedimiento para el desarrollo de indicadores:
16	Integración del informe de mejora	2 horas	Informe de mejora. Elaboración del informe de mejora de la integración del expediente clínico.

Tres cambios específicos, también relevantes, fueron los siguientes:

- El primer módulo se dedicó a la revisión del modelo y al análisis y adaptación del instrumento. Este cambio obedeció a la iniciativa de los propios equipos hospitalarios, quienes identificaban algunos elementos que, desde su punto de vista, no estaban incluidos en la Norma. Después de acordar las modificaciones a los instrumentos propuestos por el consultor (por lo general eran adiciones de criterios), el último punto que se abordaba al final de este módulo era la organización de la primera medición, que se realizaría en presencia del consultor durante el módulo siguiente.
- La medición inicial se realizaba en el módulo 2.
- Se incluyó un módulo (el 3) exclusivamente para validar la primera medición.

En la Guía además se precisaban políticas para la implantación de la UDCEC que se referían, entre otros aspectos, al contenido y secuencia de los módulos y a

normas de conducta básicas para los participantes (por ejemplo, en cuanto a la confidencialidad y a la asistencia).

La Guía también precisaba los requisitos, no sólo para la selección del área en la que se podría desarrollar la UDCEC, sino también para la selección de los participantes.

Los anexos de la Guía incluían algunos documentos que orientaban a los participantes para el desarrollo de las actividades de la UDCEC. De este modo, se facilitaba a los participantes la localización del instructivo para la utilización de los instrumentos de medición, o la comprensión de los procedimientos para obtener la muestra de expedientes y para realizar validaciones.

En el anexo VI se presentan las primeras siete páginas de la Guía.

6. RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos apartados. En el primero, se muestran los resultados en los centros de salud y hospitales participantes en las fases III y IV del PMCCAM. En el segundo se ilustran los resultados en dos hospitales privados del Distrito Federal. Dado el enfoque del estudio, en el que se pretende propiciar la reflexión al momento en que se obtienen los resultados, éstos se irán comentando y explicando conforme se presentan.

6.1. Resultados en los centros de salud participantes en las fases III y IV del PMCCAM

En cada uno de los 14 estados participantes en las fases III y IV del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica se seleccionó un centro de salud que sirvió de sede para aplicar el modelo de Unidad Demostrativa de Calidad.

En todos los equipos formados en los centros de salud participó el director de la unidad, personal de la jurisdicción sanitaria a la que pertenece la unidad y al menos un directivo del nivel estatal. Tanto el número de médicos como de enfermeras adscritos al centro de salud que se integraron al equipo varió de uno a cinco. Las funciones de los directivos estatales y jurisdiccionales que se integraron a los equipos, por lo general, estaban relacionadas con la enseñanza, la capacitación y, en algunos casos, la atención médica.

Todos los equipos siguieron los pasos propuestos: una medición inicial; el análisis de los resultados y la identificación de problemas y sus causas; elaboración de una propuesta de plan de acción para mejorar los resultados observados; programación y realización de dos o tres mediciones subsiguientes (cada dos semanas para las unidades que participaron en la fase III y cada tres semanas para las unidades de fase IV); análisis de los principales procesos relacionados con el manejo y la integración de los expedientes clínicos, y elaboración del informe de mejora.

En términos generales, las medidas que se aplicaron para mejorar el nivel de cumplimiento de la NT – 52 fueron:

- Revisión y, en algunos casos, rediseño de las actividades y responsabilidades de los procesos relacionados con la integración, seguridad, oportunidad, accesibilidad y eficiencia en el manejo de los expedientes por parte de archivo clínico.
- Reorganización del archivo clínico.
- Integración de los formatos al expediente por parte del personal del archivo.
- Simplificación de los formatos de historia clínica.
- Determinación de mecanismos para asegurar dotación permanente de la papelería requerida para la integración del expediente clínico.
- Sensibilización del personal médico acerca de las consecuencias legales de no contar con expedientes clínicos bien integrados.

- Sesiones de revisión de la NT – 52 y de la NOM 168.

Los equipos de todos los centros de salud concluyeron el informe de mejora correspondiente y lo entregaron a los directivos de sus respectivas entidades federativas. En varios casos el modelo fue adoptado como estrategia de capacitación estatal.

En la tabla 1 se presentan los resultados de las cuatro mediciones realizadas según el estado al que pertenecen las unidades que participaron en la fase III. La figura 8 muestra los resultados promediados y la figura 9 ilustra los resultados obtenidos por cada unidad. La tabla 2 y las figuras 10 y 11 muestran la misma información para los centros de salud que participaron en la fase IV.

Tabla 1. Nivel de cumplimiento en la NT – 52 en los centros de salud participantes en la fase III del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica (1999)

Mediciones (cada dos semanas)	Tlaxcala	Sinaloa	Guerrero	Durango	Q. Roo	BCS	Querétaro	Nuevo León	Promedio
1	56%	40%	0%	50%	40%	82%	67%	34%	46%
2	75%	73%	34%	72%	66%	84%	74%	47%	66%
3	80%	72%	28%	76%	87%	83%	78%	68%	71%
4	96%	64%	79%	94%	92%	84%	89%	94%	87%

Fuente: Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Informe final de la fase III.

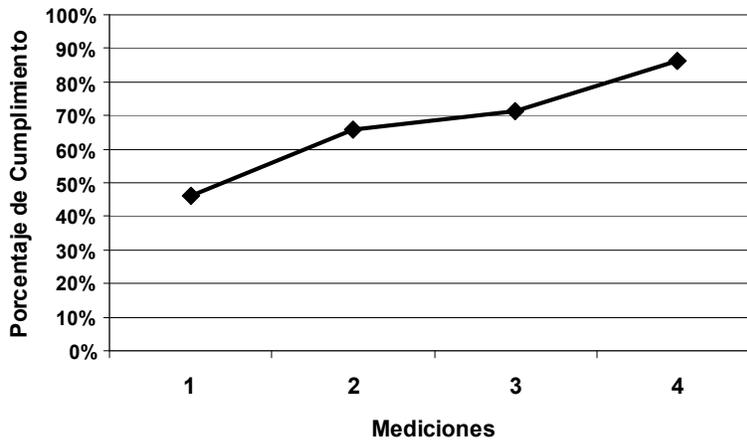


Figura 8. Porcentaje global de cumplimiento de la NT – 52 en la Integración y manejo del expediente clínico. Promedio de centros de salud de ocho estados participantes en la Fase III del PMCCAM. Periodicidad de las mediciones: cada dos semanas (noviembre a diciembre de 1999).

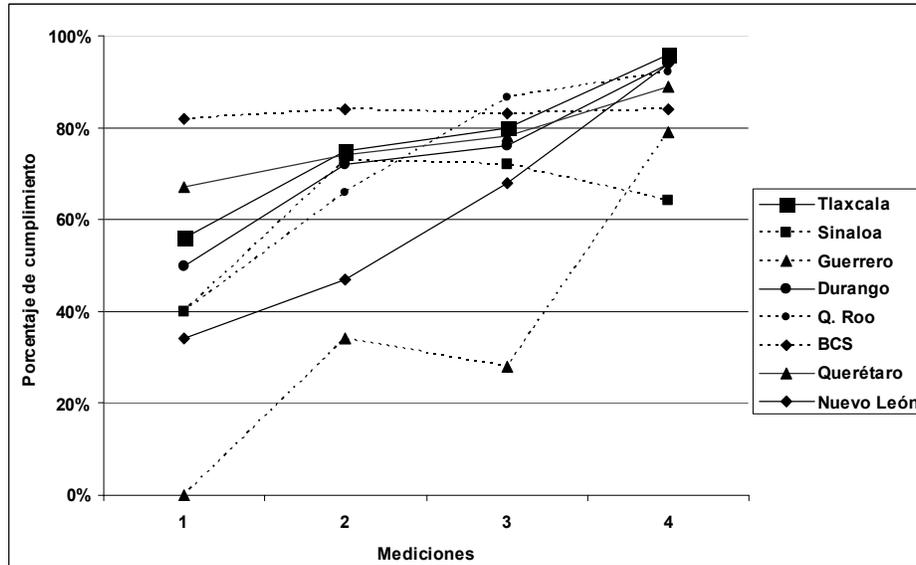


Figura 9. Porcentaje global de cumplimiento de la NT – 52 en la Integración y manejo del expediente clínico. Resultados de centros de salud que participaron en la Fase III del PMCCAM según el estado al que pertenecen Periodicidad de las mediciones: cada dos semanas (noviembre a diciembre de 1999).

Tabla 2. Nivel de cumplimiento en la NT – 52 en los centros de salud participantes en la fase IV del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica (2000)

Medición (cada tres semanas)	Coahuila	Hidalgo	México	Morelos	Veracruz	Yucatán	Promedio
1	45%	62%	69%	44%	48%	66%	56%
2	43%	76%	81%	68%	85%	90%	74%
3	52%	88%	87%	75%	90%	93%	81%

Fuente: Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Informe final de la fase IV.

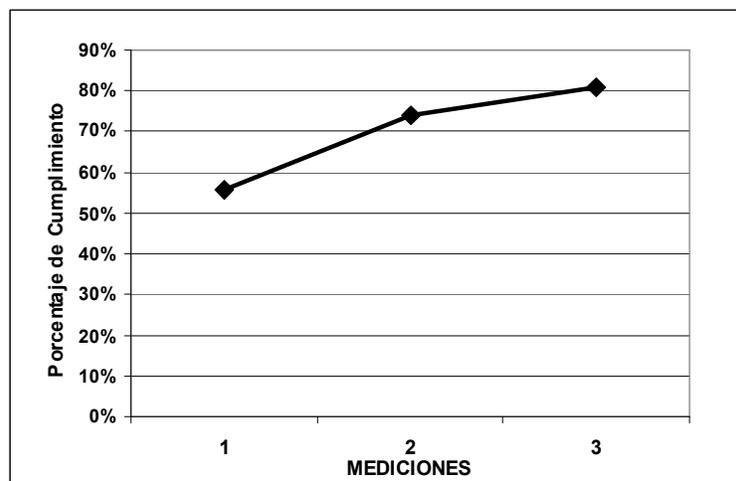


Figura 10. Porcentaje global de cumplimiento de la NT – 52 en la Integración y manejo del expediente clínico. Promedio de centros de salud de seis estados participantes en la Fase IV del PMCCAM. Periodicidad de las mediciones: cada tres semanas (noviembre a diciembre de 2000).

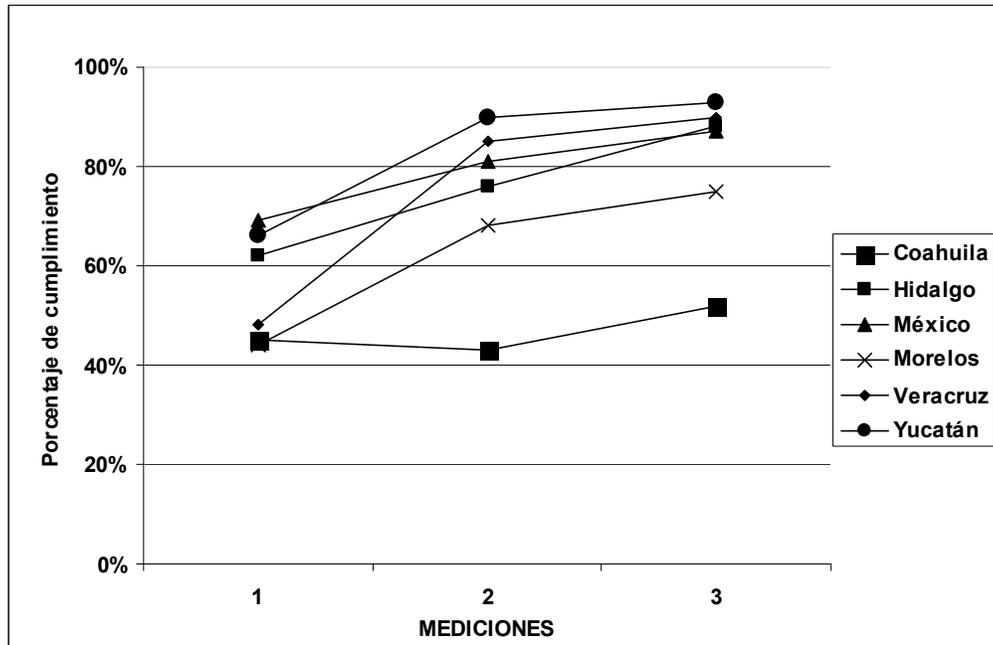


Figura 11. Porcentaje global de cumplimiento de la NT – 52 en la Integración y manejo del expediente clínico. Resultados de centros de salud que participaron en la Fase IV del PMCCAM según el estado al que pertenecen. Periodicidad de las mediciones: cada tres semanas (noviembre a diciembre de 2000).

Como se puede observar tanto en las tablas 1 y 2 como en las figuras 8 y 10, hubo una considerable mejora en el cumplimiento de la NT – 52 en la integración de los expedientes clínicos. Los resultados de las primeras evaluaciones promediaron 46% de para los centros de salud participantes en la fase III, y de 56% para los de la fase IV, mientras que los resultados promedio de las últimas mediciones realizadas fueron 87% para las unidades en la fase III y 81% para las de la fase IV. El efecto de las acciones realizadas por los integrantes de los equipos formados en las UDCEC es sobresaliente ya desde la segunda medición, donde se observó un incremento promedio de 46 a 66% en los centros de salud de la fase III, y de 56% a 75% en los de la fase IV.

No obstante, algunos resultados específicos merecen comentarios aparte. Por ejemplo, en la tabla 1 y en la figura 9 se puede observar que en la primera medición el centro de salud de Baja California Sur ya mostró un nivel alto de cumplimiento de la NT – 52 y que el centro de salud de Guerrero obtuvo 0%. Los resultados del primer caso se explican por el sesgo y la manipulación del director de la unidad. Al consultor que coordinó el desarrollo de la UDCEC en ese centro de salud se le comentó, de manera confidencial y ya habiendo sido entregado el informe final del proyecto, que el director de la unidad se había enterado con anticipación del procedimiento que se seguiría para la obtención de la muestra de expedientes y que había tenido tiempo suficiente para indicar a los médicos que ahí laboraban que corrigieran (incluso que rehicieran) todas las notas médicas elaboradas durante el mes previo. Si bien esto anularía los resultados de la

primera medición, no lo hace con los de las tres mediciones posteriores, ya que ellas reflejan el cumplimiento de la NT – 52 en las notas que los médicos escribieron de primera intención. En otras palabras, la manipulación que se hizo para la primera medición, dejó de ser necesaria en las siguientes. Una consecuencia es que en la UDCEC de Baja California Sur, si bien se logró un resultado aceptable en el cumplimiento de la NT – 52, no fue posible poner en evidencia la mejora.

El caso del centro de salud de Guerrero también resulta interesante. El 0% en la primera medición se debió a que, el día en que ésta se realizó, el encargado del archivo no estuvo presente y fue imposible obtener la muestra de expedientes. El argumento que terminó por convencer al director de la unidad, quien solicitaba que se repitiera la primera medición, fue que la NT – 52 hacía referencia tanto a la integración del expediente como a su manejo, a lo cual correspondía la imposibilidad de obtenerlos con oportunidad. Destaca la forma en que esta unidad logró aproximarse al nivel de las otras en la última medición, donde obtuvo un 79%

Otro caso que amerita un comentario especial es el del centro de salud de Sinaloa, donde se observa un descenso en el nivel de cumplimiento de la NT- 52 en la última medición con respecto al nivel observado en las mediciones 2 y 3. El factor que aquí pareció ser determinante fue la fatiga del personal, pues cuando inició la implantación de la UDCEC los servicios de salud estatales recién habían pasado por el proceso de certificación de jurisdicciones sanitarias, lo cual determinó que en las últimas semanas una parte importante del personal asistiera de manera muy irregular a sus labores, incluidos los médicos que trabajaban en el centro de salud. Esto no fue obstáculo para que, tanto el personal de la unidad como algunos directivos estatales, valoraran la experiencia y mostraran interés y disposición para aplicar el modelo en otras unidades, tanto de primero como de segundo nivel.

Entre los estados de la fase IV llaman la atención los resultados del centro de salud ubicado en Coahuila. Si bien se observa una mejora en la integración de los expedientes, de 45% en la primera medición a 52% en la tercera, ésta no es tan importante como la que mostraron los otros centros de salud participantes, los cuales muestran, en promedio, una diferencia de 29 puntos entre ambas mediciones. Dos probables explicaciones de lo anterior son, por un lado, la falta de interés y disposición de los directivos estatales para impulsar la propuesta y, por otro, el hecho de que la unidad en que se decidió desarrollar la UDCEC resultó ser una especie de “reservorio de exfuncionarios”, los cuales mostraron, en comparación con los integrantes de los equipos de otras UDCEC, muy poco interés en participar.

6.2. Resultados en los hospitales participantes en la fase IV del PMCCAM

En los seis estados de la fase IV se eligió, además de un centro de salud, el servicio de urgencias del hospital general localizado en la capital estatal. En cada uno de los equipos que se integraron para desarrollar el modelo de la UDCEC en hospitales generales participó el jefe del servicio, dos médicos y dos o tres enfermeras. También asistieron directivos del nivel estatal de las áreas responsables del segundo nivel, de enseñanza y capacitación.

En los equipos correspondientes a los hospitales de Coahuila e Hidalgo se presentó una serie de dificultades que impidieron el desarrollo adecuado de la UDCEC. En ambos casos el obstáculo más importante fue la falta de disposición de directivos con gran influencia para apoyar el ejercicio. Siendo ellos los responsables de dar seguimiento a los acuerdos y tareas establecidos en las reuniones de trabajo, daban indicaciones a sus colaboradores que impedían su cumplimiento.

Los equipos de los hospitales de los estados de México, Morelos, Veracruz y Yucatán aplicaron los pasos propuestos para desarrollar la UDCEC. Las acciones implementadas para mejorar los registros clínicos fueron muy similares a las que se aplicaron en los centros de salud.

En la tabla 3 y las figuras 12 y 13 se muestran los resultados correspondientes,

Tabla 3. Nivel de cumplimiento en la NT – 52 en los servicios de urgencias de los hospitales generales participantes en la fase IV del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica (2000)

Medición	Coahuila	Hidalgo	México	Morelos	Veracruz	Yucatán	Promedio
1	78%	76%	85%	55%	44%	60%	66%
2	76%	74%	85%	78%	57%	76%	74%
3	45%	56%	86%		81%	85%	71%

Fuente: Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Informe final de la fase IV.

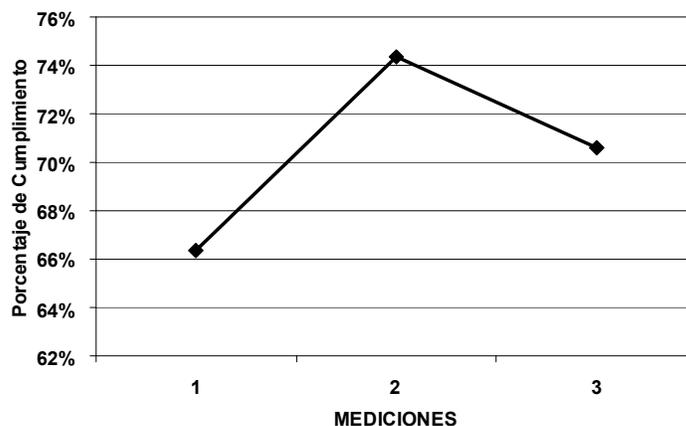


Figura 12. Porcentaje global de cumplimiento de la NT – 52 en la Integración y manejo del expediente clínico. Promedio de los servicios de urgencia de seis estados participantes en la Fase IV del PMCCAM noviembre a diciembre de 2000.

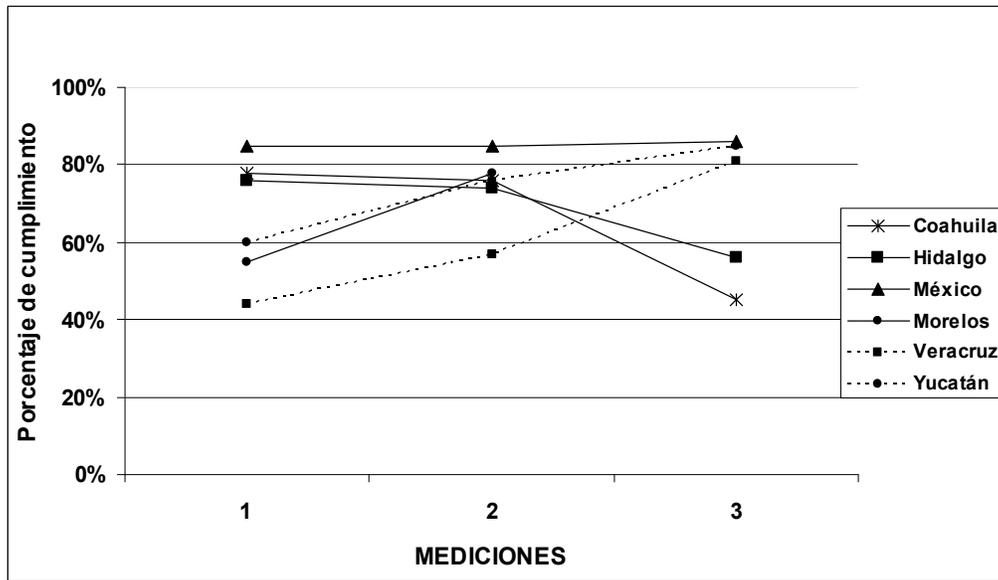


Figura 13. Porcentaje global de cumplimiento de la NT – 52 en la Integración y manejo del expediente clínico. Resultados de servicios de urgencias de los hospitales generales que participaron en la Fase IV del PMCCAM según el estado al que pertenecen (Noviembre a diciembre de 2000).

También en el caso de estos resultados es necesario hacer algunos comentarios particulares. El primero de ellos es que, a diferencia de los resultados para el primer nivel, la mejora que en promedio se observó en las UDCEC de los servicios de urgencias fue mínima, apenas de 5 puntos. Incluso, es notoria la reducción entre las mediciones 2 y 3. Esos resultados fueron determinados por los resultados específicos de los hospitales de Coahuila e Hidalgo. Ya se comentó que en estas dos unidades no se dieron las condiciones para el desarrollo de la UDCEC (es decir, no se aplicó el modelo tal como estaba diseñado). Si sólo se consideran los promedios de los otros cuatro estados, en los que sí se siguió el modelo, los resultados cambian de manera notoria: para la primera medición el porcentaje promedio de cumplimiento de la NT – 52 fue de 61%; para la segunda, de 74%, y para la tercera, 84%, lo cual da una diferencia promedio de 23 puntos entre la primera y la última medición.

Como se puede notar con mayor claridad en la tabla 3, para el hospital de Morelos sólo se presentan los resultados de las primeras dos mediciones. Esto se debió a que en el momento en que se estaba llevando a cabo el proyecto, los hospitales de la capital del estado atravesaban por fuertes conflictos de carácter laboral que impidieron la continuidad de las actividades.

Por último, los resultados que se muestran para el hospital del Estado de México, donde la primera medición arrojó un porcentaje de cumplimiento de la NT-52 ya elevado (85%), reflejan una situación similar a la del centro de salud de Baja California Sur. Es decir, tanto el director de la unidad como el jefe del servicio buscaron la forma de asegurar que la muestra de expedientes cumpliera con los

criterios que se consideran en la NT- 52. También en este caso se decidió, junto con el equipo de trabajo del hospital, conservar los resultados pues estos, por un lado, permiten demostrar que es más fácil observar mejoras en los procesos que muestran importantes deficiencias. Es decir, es más difícil mejorar algo que ya está bien en comparación con el esfuerzo y los resultados que se obtienen al tratar de mejorar algo que está evidentemente mal. Por otro lado, las dos mediciones posteriores fueron realizadas ya sin que mediara ningún sesgo ni manipulación por los integrantes del equipo, de modo que reflejan el esfuerzo verdadero de los médicos del servicio para cumplir con la NT – 52 al elaborar las notas que registraban en los expedientes.

6.3. Resultados en dos hospitales privados de la Ciudad de México

Como ya se había comentado, el desarrollo de la UDCEC coincidió con la puesta en marcha de la primera versión del Programa de Certificación de Hospitales impulsada por el Consejo de Salubridad General (CSG) entre 1999 y 2000. Ya desde entonces se incluía en los criterios propuestos por el CSG el manejo de la información clínica y, en ese sentido, la integración del expediente ocupaba un lugar central. Esta fue una de las principales razones que llevaron a los directivos de dos importantes hospitales privados ubicados en la Ciudad de México a interesarse por la UDC del expediente clínico. De aquí en adelante serán identificados como hospital A y hospital B.

En el hospital A la UDCEC se desarrolló en uno de los pisos del Servicio de Hospitalización, en particular, en el ala en que eran atendidos los pacientes con padecimientos cardiacos. En el equipo participaron 12 personas del hospital, más dos consultores. Los integrantes por parte del hospital eran los responsables de las direcciones Médica y de Administración, la responsable del área de calidad de todo el hospital, la responsable del área de relaciones públicas, el Jefe del Servicio de cardiología, cinco médicos, y dos enfermeras.

El modelo se aplicó de manera íntegra y prácticamente sin contratiempos. El nivel de interés, compromiso y participación de los integrantes del grupo permitió obtener productos que fueron considerados de gran utilidad. Una iniciativa propuesta por el jefe del servicio de cardiología, fue la de incluir en la evaluación expedientes que pertenecieran a pacientes no atendidos por este servicio.

El número de expedientes evaluados, tanto del servicio de cardiología, como de otros servicios, para cada una de las cuatro mediciones se presenta en la tabla 4. La cantidad de expedientes revisados estuvo determinada por el número de pacientes atendidos en el período que era evaluado cada vez.

**Tabla 4. Número de expedientes evaluados en el Hospital A.
De octubre de 1999 a abril de 2000**

Medición	Servicio		
	Cardio	No Cardio	Total
Octubre 1999	9	28	37
Noviembre 1999	13	17	30
Diciembre 1999	8	12	20
Abril 2000	9	6	15

Fuente: Informe de mejora de la UDC en el hospital A.

Los resultados se muestran en la tabla 5 y en la figura 14.

**Tabla 5. Porcentaje de cumplimiento en la NOM – 168 en el hospital A
De octubre de 1999 a abril de 2000**

	Oct	Nov	Dic	Abr
Cardio	71.76	75.45	78.15	78.92
No Cardio	59.56	67.93	64.55	73.88
Ambos	62.31	72.29	69.54	76.91

Fuente: Informe de mejora de la UDC en el hospital A.

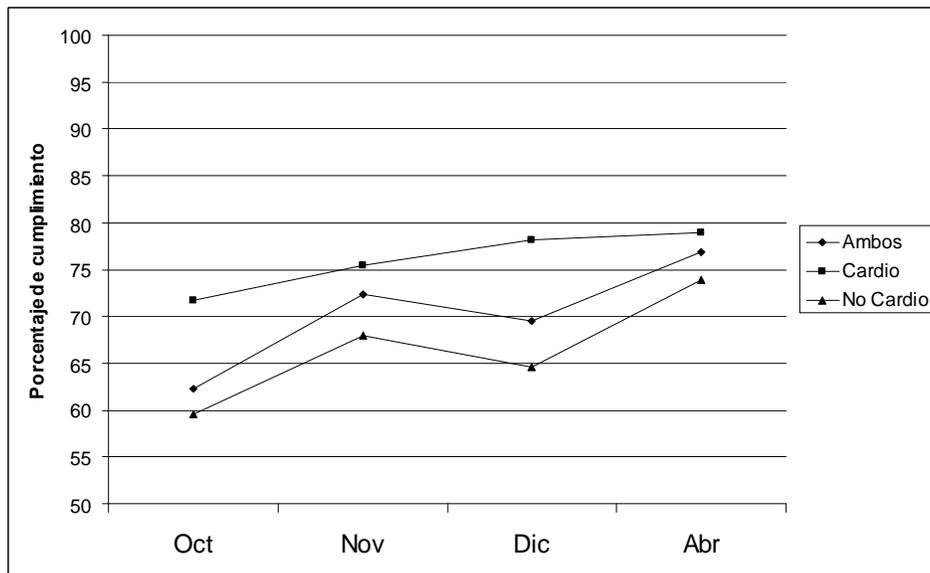


Figura 14. Porcentaje global de cumplimiento de la NOM – 168 en la integración del expediente clínico. Resultados en el Hospital A (octubre de 1999 a abril de 2000).

Como se puede apreciar, la diferencia entre el porcentaje de cumplimiento obtenido en las mediciones de octubre de 1999 (71.76%) y abril de 2000 (78.92%) fue de 7.16%. Estos resultados contrastan con la diferencia observada en los servicios de urgencias de los hospitales generales que participaron en la fase IV del PMCCAM, cuando no se consideran los casos de Coahuila e Hidalgo (23%). Las explicaciones que los integrantes del equipo dieron al avance que ellos mismos calificaron como “lento, pero consistente”, es que las notas a pacientes

atendidos en el servicio de Cardiología suelen ser más complejas y exigen más tiempo. Por otro lado, el porcentaje de la primera medición, relativamente alto, fue un factor que determinó que el avance no fuera tan notorio como en otras unidades. Es de interés comentar que, antes de realizar la cuarta medición, en abril de 2000, los integrantes del equipo tenían serias dudas acerca de haber logrado mantener el nivel alcanzado en diciembre de 1999. Cuando por fin se conocieron los resultados, los participantes se sintieron sumamente complacidos y mostraron un interés renovado por continuar mejorando los registros clínicos.

Otro aspecto que es interesante notar consiste en la manera en que el esfuerzo por mejorar los registros en los expedientes clínicos de los pacientes atendidos por el servicio de Cardiología “contagiaron” (así lo explicaron los miembros del equipo) el llenado de los expedientes de pacientes atendidos por otros servicios. Incluso, es claro cómo los resultados observados en los expedientes “no Cardio” en las mediciones de diciembre de 1999 y de abril de 2000 muestran una mayor diferencia (14.32%) que la que muestran los resultados de la UDCEC (7.16%). El efecto del método de la UDCEC se puede observar con mayor claridad en la tercera medición (diciembre de 1999), ya que el ingreso de nuevos residentes no representó un retroceso en el nivel alcanzado, como sí ocurrió en el caso de los expedientes “no Cardio”, los cuales descendieron del 67.93% al 64.55%. Sin embargo, la recuperación observada en la cuarta medición para los expedientes que no pertenecían a pacientes atendidos en el servicio de Cardiología (9.33%) fue más notoria que la mejora en los expedientes que sí eran de pacientes de ese servicio (0.77%). Esta desaceleración de la mejora fue explicada por los miembros del equipo como un reflejo de cubrir toda la información de las notas quirúrgicas, que suelen ser muy complejas para los pacientes cardiopatas.

Los datos también ilustran la forma en que los resultados de la UDCEC “jalaron” los resultados generales (Cardio y no Cardio) hacia una mejora, donde se observa un avance del 62.31% en la primera medición, al 76.91% en la cuarta.

Este efecto de “contagio” obedeció, según los integrantes de la UDCEC, a la participación de internos y residentes, que podían rotar por diversos servicios, y, sobre todo, a la participación de personajes como la jefa de enfermería, quien indicó a todas las supervisoras que pusieran atención en la forma en que las notas de enfermería eran llenadas por el personal bajo su responsabilidad.

La UDCEC en el hospital B se desarrolló en el servicio de Urgencias. Los integrantes del equipo fueron la Directora Médica, el Jefe del Servicio, la Jefa de Enfermeras de todo el hospital, la supervisora de enfermería, dos médicos adscritos, tres residentes, tres enfermeras adscritas al servicio y el consultor. En esta UDCEC se llevaron a cabo sólo tres mediciones. Desde la primera medición llamó la atención de los miembros del equipo el alto porcentaje de cumplimiento observado en la hoja de enfermería, por lo que decidieron calcular el porcentaje de cumplimiento de las notas médicas (sin considerar el resultado en las hojas de enfermería). Las fechas de las mediciones, el número de expedientes evaluados en cada una y los respectivos resultados tanto generales como sin tomar en

cuenta las hojas de enfermería se muestran en la tabla 6.

**Tabla 6. Número de expedientes evaluados en el Hospital B.
De octubre de 1999 a marzo de 2000**

Medición	Núm. de Exp.	Resultado general	Resultado sin considerar la hoja de enfermería
Octubre 1999	136	81.06	68.78
Diciembre 1999	96	81.27	71.3
Marzo 2000	69	89.3	85

Fuente: Informe de mejora de la UDC en el hospital B.

Los resultados de las tres mediciones se ilustran también en la figura 15.

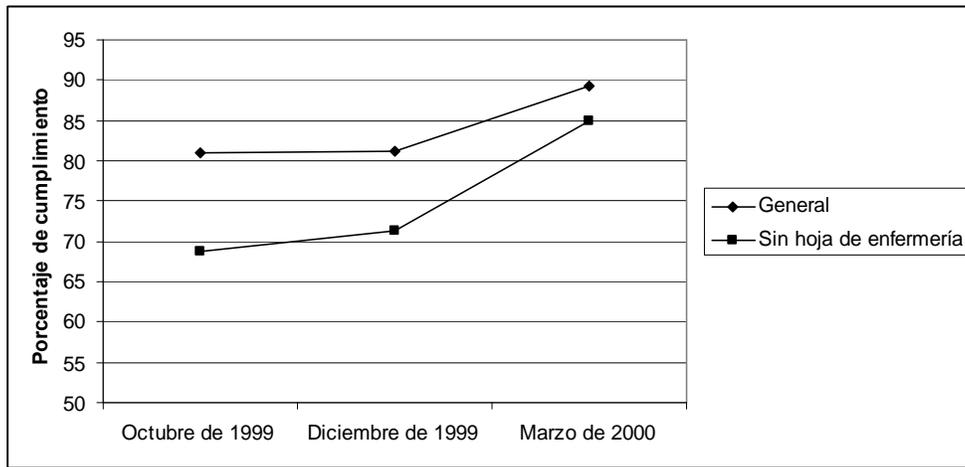


Figura 15. Porcentaje global de cumplimiento de la NOM – 168 en la integración del expediente clínico. Resultados en el Hospital B (octubre de 1999 a marzo de 2000).

Al observar los resultados salta a la vista el efecto que tiene en el resultado general el elevado nivel de cumplimiento de la NOM – 168 en las hojas de enfermería. En este caso, el beneficio de la UDCEC se observa, por un lado, en la ligera mejoría del resultado general entre las mediciones de octubre de 1999 y marzo de 2000 (8.24%), y por otro, en la reducción de la brecha entre los resultados generales y los resultados sin considerar las hojas de enfermería. De hecho, entre las mediciones dos y tres es más claro el avance en el llenado de las notas médicas (equivalente al 13.7%) que el avance general (8.03%).

Entre las acciones emprendidas por los equipos de trabajo para desarrollar la UDCEC en ambos hospitales merece mención especial el esfuerzo para sistematizar el proceso de integración y manejo del expediente clínico en el hospital A. El diagrama de flujo que se muestra en el anexo VII fue elaborado por los integrantes de este equipo al analizar la relación entre el manejo de los pacientes atendidos en el servicio de Cardiología y la integración de sus respectivos expedientes.

En los dos hospitales se llevó a cabo la difusión de la NOM – 168 por parte de los jefes de los servicios participantes. En el hospital B los resultados de la UDCEC fueron incluso motivo de varios mensajes del Director General. Al igual que en las UDCEC de las unidades que participaron en el PMCCAM, los equipos de los dos hospitales privados realizaron modificaciones a los formatos que integran el expediente clínico con el fin de facilitar el registro de los datos por parte de los médicos. Sin embargo, a decir de los integrantes de ambos equipos, lo que en verdad fue determinante para lograr los avances mostrados fue la iniciativa de medir con una periodicidad determinada y la decisión de involucrar al personal participante

Los dos equipos concluyeron el informe de mejora en el tiempo previsto y fue presentado a la dirección del hospital.

6.4. Primeras conclusiones sobre las UDC del expediente clínico

Por lo que se alcanza a ver a partir de la experiencia de las UDCEC desarrolladas en centros de salud y hospitales de las secretarías de salud en 14 estados de la República, así como en dos hospitales privados de la Ciudad de México, la aplicación de un método y de las herramientas para mejorar la calidad es una vía corta para lograr una mejor integración de los expedientes clínicos.

Llama la atención que el promedio de mejora observado en los centros de salud entre la primera medición y la última, es considerablemente mayor (34%) que el mismo dato para los hospitales, sean públicos (23%) o privados (7.16% para el hospital A y 16.22% para el hospital B). Las diferencias entre centros de salud y hospitales quizá puedan explicarse por la complejidad de las notas en las unidades de segundo nivel, lo cual exige mayor dedicación por parte de los médicos tratantes. La diferencia entre los hospitales públicos y privados se puede explicar porque el porcentaje logrado en la primera medición en los hospitales públicos (61% en promedio) fue más bajo que el porcentaje logrado en la primera medición en los hospitales privados (71.76% en el A y 81.06 en el B), de modo que la mejora fue más notoria en los primeros.

La participación del personal directamente involucrado en el llenado y manejo de los expedientes clínicos en las actividades para medir la aplicación de la normatividad vigente (sea la Norma Técnica 52 o la Norma Oficial Mexicana 168), parece ser en sí misma una forma muy efectiva de sensibilización y capacitación sobre la importancia de llenar de manera adecuada los expedientes.

El riesgo de que la mejora en los porcentajes de cumplimiento de la norma se deba a una actitud autocomplaciente al momento de las evaluaciones se reduce por el hecho de que éstas son cruzadas (ningún médico ni enfermera califica sus propias notas). Sin embargo, es importante asegurar que estos resultados se mantengan cuando los evaluadores sean externos. Es importante recordar que la

UDCEC se creó en parte porque los criterios para la certificación de hospitales incluían contar con registros clínicos completos y correctos.

Otro aspecto de gran importancia que no se manifiesta en las experiencias descritas es el sostenimiento del nivel de cumplimiento de la norma en períodos prolongados. Por su propia definición, las UDC deben ser realizadas en plazos muy cortos (tres o cuatro meses). Aunque el modelo incluye el esbozo de un plan de trabajo para el futuro, en el que se considere el seguimiento del problema tratado y el planteamiento de nuevos problemas susceptibles de ser abordados con el método propuesto, no se cuenta con alguna forma para asegurar que esto suceda.

En el capítulo siguiente se presenta el caso de otro hospital privado cuyos directivos se mostraron dispuestos a proporcionar información sobre el desarrollo de la UDC del expediente clínico durante los dos años siguientes a su realización.

7. ESTUDIO DE CASO: LA UDCEC EN EL CORPORATIVO HOSPITAL SATÉLITE

El Corporativo Hospital Satélite es un hospital fue fundado hace casi 20 años en una zona residencial del municipio de Naucalpan, Estado de México, muy próximo al límite con el Distrito Federal. Actualmente cuenta con 44 camas censables, seis camas en la Unidad de Terapia Intensiva, 12 cunas y seis camas para adultos y dos pediátricas en el servicio de urgencias. La unidad tiene capacidad para ofrecer atención en 35 especialidades médicas.

Aproximadamente la mitad de los casi 170 médicos que laboran en el hospital son médicos militares. Cada año admite a un grupo de seis internos provenientes de dos universidades privadas. El personal de enfermería está integrado por 93 enfermeras generales, 25 especialistas, seis auxiliares y ocho pasantes. El personal administrativo ha crecido en número en los últimos años, sobre todo por la necesidad de fortalecer áreas como sistemas, calidad y relaciones públicas.

Sus instalaciones son modernas y confortables en las áreas en que se atiende al público. Sin embargo, el crecimiento de la nómina ha hecho que los espacios disponibles para el trabajo administrativo sean cada vez más reducidos, aunque es evidente en ellos el orden y la pulcritud. Destaca el trato amable y respetuoso que el personal de todas las áreas proporciona a todos los visitantes al hospital.

La Dirección General se ha comprometido con el propósito de mejorar la calidad de la atención y ha puesto al centro de sus decisiones la satisfacción de las necesidades de los pacientes y sus familiares. De ahí que se tomara la decisión de crear una Gerencia de Sistemas y Calidad Total que se encargó de preparar a las áreas del hospital para lograr la certificación en 2001 y la recertificación en 2005 por el Consejo de Salubridad General.

La implantación de la UDC del expediente clínico inició en julio de 2003 como parte de un contrato que la Dirección del hospital firmó con una agencia consultora especializada en el desarrollo de sistemas de gestión para la mejora de la calidad de la atención médica. Después de que la consultora presentó la propuesta de trabajo (basada en el plan modular descrito en 3.7.3) al equipo de dirección del hospital, el entonces Director Médico promovió entre los responsables de los diversos servicios, por cierto de manera muy intensa, la formación de la UDCEC argumentando la importancia jurídica del expediente clínico. Como resultado, en poco tiempo se integró un equipo con las siguientes 15 personas: el Director del Área Clínica (quien en poco tiempo sería nombrado Director Médico), la Gerente de Enfermería, la Jefa del Departamento de Calidad, cuatro médicos, siete enfermeras especialistas y una enfermera general. Posteriormente se designaría como líder al responsable del área de Estadística. Al constituir el equipo, se estableció que sus avances serían supervisados por el entonces Director Médico (en su calidad del Presidente del Comité del Expediente Clínico) y la Gerente de Sistemas y Calidad Total.

Tal como se sugiere en la “Guía para la implantación de Unidades Demostrativas de Calidad” la primera tarea del equipo fue organizar una primera medición del cumplimiento de la NOM 168 Del expediente clínico, lo cual ocurrió en julio de 2003. En esta actividad varios de los integrantes del equipo participaron con poco entusiasmo pues consideraban un tanto “ocioso” dedicarse a revisar expedientes cuando tenían cosas más importantes por realizar. Sin embargo, cuando se les mostró el resultado (55.3% de cumplimiento promedio), y analizaron los apartados que mostraban menores porcentajes de cumplimiento, así como las causas que lo determinaban, su actitud hacia la tarea cambió y participaron con un interés creciente conforme constataban en los resultados el efecto de las acciones emprendidas.

Como se puede observar en la tabla 7, los criterios que representaban mayor problema correspondían a las notas médicas.

Tabla 7. Criterios con menores porcentajes de cumplimiento de la NOM 168 Del expediente clínico en la evaluación realizada en julio de 2003. Corporativo Hospital Satélite.

Criterio	% de cumplimiento
Nota de egreso	20 %
Nota preoperatorio	29 %
Nota de evolución	40 %
Nota postoperatoria	44 %
Notas de interconsulta	48 %
Nota de ingreso	50 %

Fuente: Propuesta de mejora del expediente clínico. Corporativo Hospital Satélite (2004).

Al realizar el análisis de causas para estos resultados, los integrantes del equipo entraron en una serie de discusiones sobre su validez y la importancia de acatar los criterios establecidos en la NOM 168. El manejo de las sesiones por parte del líder del equipo y de la responsable de calidad del hospital, con el apoyo de un consultor externo, permitió que los integrantes del equipo fueran acordando estableciendo una serie de acuerdos centrales, de modo que para la cuarta sesión de trabajo ya todos estaban convencidos de la validez de la medición realizada y de la importancia de llenar correctamente los expedientes clínicos. Entre las causas del nivel de cumplimiento que el equipo identificó destacan las siguientes:

- Desconocimiento de la NOM-168 del Expediente Clínico por parte del personal médico.
- Carencia de políticas institucionales relacionadas con el manejo e integración del expediente clínico.
- Algunos de los formatos que se utilizaban de manera oficial para integrar los expedientes clínicos no cumplían con los requisitos establecidos por la NOM 168.
- Faltaba conciencia en todos los niveles directivos y operativos acerca de la importancia del llenado correcto de los expedientes clínicos.

- Faltaba capacitación en el manejo e integración de los expedientes clínicos de acuerdo con la NOM 168.
- Había problemas de actitud del personal involucrado en el proceso de la integración del expediente clínico. Estos problemas se traducían en falta de interés y disposición para registrar información en el expediente tal como lo solicita la NOM 168.

En medio de un ambiente caracterizado por la cordialidad y el entusiasmo por proponer medidas para mejorar los registros médicos, los participantes propusieron las siguientes acciones:

- Revisión y definición de políticas institucionales sobre el manejo e integración del expediente clínico.
- Validación y aprobación de dichas políticas por la Dirección General del hospital.
- Recolección y análisis de los formatos que se emplean para integrar los expedientes clínicos.
- Modificación o nuevo diseño de los formatos ya existentes con base en la NOM – 168. Los formatos que se propusieron rediseñar están:
 - Hoja de Ingreso
 - Hoja Preoperatoria
 - Hoja Postoperatoria
 - Hoja de Egreso
 - Hoja de Traslado
- Cada nuevo formato o cada formato que sea modificado deberá probarse por espacio de 15 días.
- Después de cada formato hubiera sido probado se debería de elaborar una versión definitiva.
- Impresión de las versiones definitivas de los formatos del expediente clínico.
- Reunión con los coordinadores de todas las especialidades médicas, con el fin de explicarles la problemática y entregarles ejemplares de la NOM –168 así como de las políticas institucionales relacionadas con el manejo e integración del expediente clínico.

En tanto se echaban a andar las acciones propuestas, el equipo de trabajo, tal como lo plantea el modelo de la UDCEC, realizaría evaluaciones periódicas del cumplimiento de la NOM 168. Cada una de las evaluaciones posteriores fue evidenciando el efecto de las acciones realizadas, que, aun siendo mínimo, siempre fue constante y sirvió como aliciente a los integrantes del equipo. Las versiones definitivas de los formatos se empezaron a utilizar el 1° de diciembre de 2003 y con ello concluyó la implantación de la UDCEC.

Los resultados de la evaluación del cumplimiento de la NOM 168 en el período que correspondió al desarrollo de la UDCEC se muestran en la tabla 8.

Tabla 8. Resultados de las evaluaciones del cumplimiento de la NOM 168 en expedientes clínicos de julio a diciembre de 2003. Corporativo Hospital Satélite.

CAPITULO	2003					
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1 Generalidades	71	78	77	75	74	79
2 Datos generales	88	88	88	88	88	88
4 Nota de ingreso	50	55	49	53	53	75
5 Historia clínica	61	73	74	79	80	82
6 Nota de evolución	40	42	50	49	46	60
8 Nota de interconsulta	48	56	57	55	50	70
10 Nota preoperatoria	29	22	28	25	23	72
11 Nota postoperatoria	44	50	53	54	56	73
12 Hoja de enfermería	70	71	80	80	80	85
13 De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	63	65	67	69	68	71
14 Hojas de consentimiento bajo información	80	75	79	79	80	86
15 Nota de egreso	20	22	23	25	24	73
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	55.3	58.1	60.4	60.9	60.2	76.2

Fuente: Propuesta de mejora del expediente clínico. Corporativo Hospital Satélite (2004).

Como se puede observar en los resultados de la tabla 8, hay dos clases de efectos de las acciones en el cumplimiento de la NOM 168. El primero de ellos, mínimo pero constante, ocurrió entre julio y noviembre y representó una diferencia de 4.9%. El segundo, de mayor magnitud, fue muy claro desde diciembre, cuando el porcentaje global de cumplimiento de la NOM alcanzó 76.2% representando una diferencia de 6 puntos con respecto a la medición anterior, y de 20.9 puntos en relación con el resultado obtenido en julio. Este “salto” se explica porque los nuevos formatos ya orientaban mejor a los médicos para registrar los datos que exige la Norma y su efecto es muy claro, precisamente, en las notas médicas.

El ejemplo más claro de lo anterior lo proporcionan las notas de egreso y preoperatorias, las cuales, desde el principio, fueron identificadas como las que menor porcentaje de cumplimiento alcanzaban y cuyo resultado se mantuvo constante hasta noviembre (incluso el resultado de la nota preoperatorio empeoró). En el momento en que se empiezan a utilizar los nuevos formatos, son estos dos tipos de notas los que muestran porcentajes de mejora más elevados: 53% para las notas de egreso y 43% para las preoperatorias.

La mejora en la integración del expediente no se detuvo al concluir la UDCEC. Por el contrario, los integrantes del equipo consideraron que 76% no era suficiente y decidieron continuar con la medición periódica del cumplimiento de la NOM 168 y con la búsqueda de nuevas ideas para mejorarlo. Por ejemplo, se acordó que la Dirección Médica debía entregar a los médicos de nuevo ingreso una carpeta con las políticas Institucionales y copia de la NOM-168. También se implementó que al ingreso de cada paciente, el personal de enfermería integrara un juego con todos los formatos que se utilizan en el expediente clínico para entregarlos al médico tratante. Otra medida consistió en formalizar el apoyo de los internos en la integración de las notas médicas al solicitar datos faltantes a los médicos

tratantes.

Quizá la medida más importante haya sido la decisión de convertir al equipo de la UDCEC en proveedor de información oficial para tres instancias clave: el Comité del expediente clínico, la Sociedad Médica del hospital y la Reunión Anual de los Coordinadores de las diferentes especialidades médicas.

El esfuerzo del equipo y la respuesta de médicos y enfermeras se vieron reflejados en niveles cada vez más altos de cumplimiento de la NOM 168. Fue así que, en abril de 2004, alcanzaron un porcentaje global de cumplimiento de 90%, llegando, en febrero de 2005, a 92.2%.

No obstante, estos avances no fueron ajenos a la aparición de altibajos en el nivel de interés y participación de algunos integrantes del equipo, en especial de los médicos. Estos vaivenes fueron subsanados con la disciplina de las enfermeras, las cuales, durante los momentos más difíciles (es decir, de menor participación de los médicos), se dieron a la tarea de localizar y buscar a los tratantes para solicitarles el registro de la información faltante.

Si acaso el equipo había logrado mantener durante más de año y medio un nivel muy alto de cumplimiento de los criterios de la Norma del expediente clínico, aún faltaba por someter estos resultados a la consideración de ojos externos especializados en la materia. Esta oportunidad se presentó cuando el hospital solicitó la recertificación ante el Consejo de Salubridad General y recibió la visita del equipo evaluador durante 2005. Según comentarios de los propios protagonistas, no se habían dado cabal cuenta de los logros obtenidos, sino hasta que los evaluadores reconocieron y elogiaron el estado que guardaba la información registrada en los expedientes, al cual calificaron de “incomparable”.

La recertificación y las felicitaciones que en particular recibió el hospital por la información que aparecía en los expedientes clínicos, inyectaron nuevo entusiasmo al equipo que, a la fecha, continúa evaluando periódicamente el cumplimiento de la NOM 168 y aplicando medidas para que éste se mantenga por arriba del 90%.

La Gerente de Enfermería se muestra convencida del poder del modelo para mejorar la calidad del trabajo y ha sugerido buscar la forma de generalizar el aprendizaje adquirido durante el desarrollo de la UDCEC.

En la figura 16 se presenta una gráfica que ilustra los porcentajes de cumplimiento de la NOM 168 desde julio de 2003 hasta diciembre de 2004. El anexo VIII es el informe de mejora preparado por el propio equipo que participó en el desarrollo de la UDCEC.

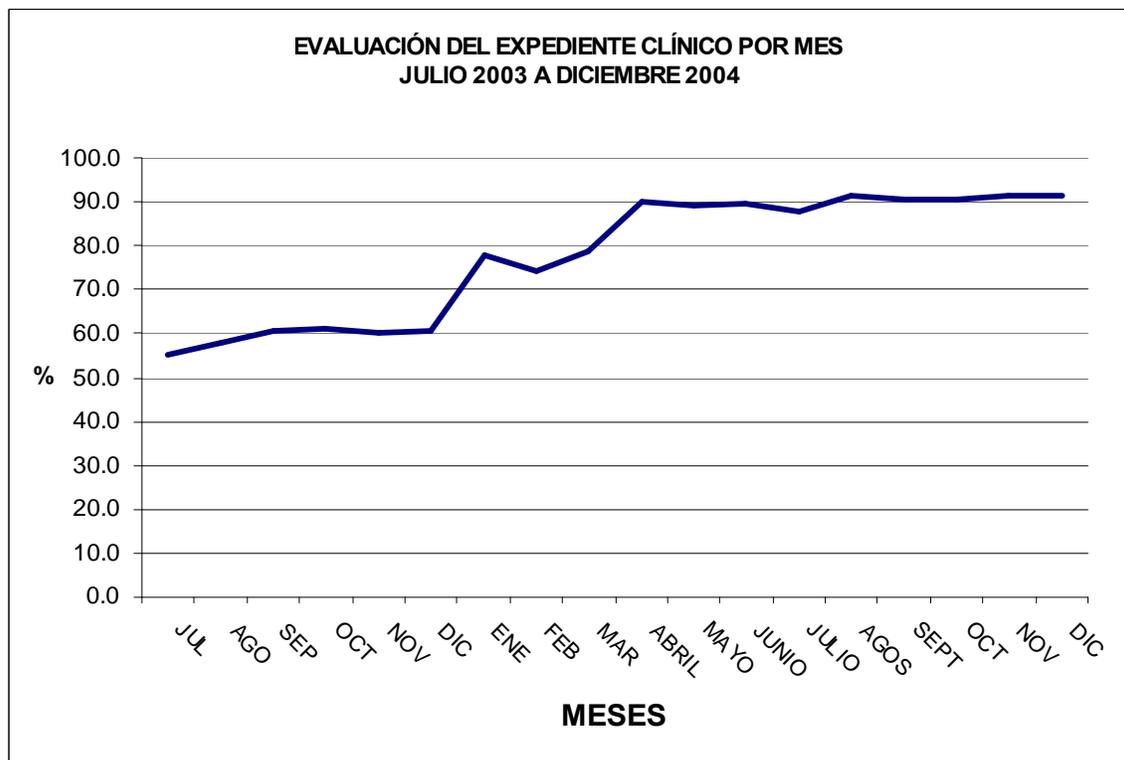


Figura 16. Porcentaje global de cumplimiento de la NOM – 168 en la integración del expediente clínico. Resultados en el Corporativo Hospital Satélite (de julio de 2003 a diciembre de 2004).

8. CONCLUSIONES GENERALES Y DISCUSIÓN

En este apartado se presentan dos tipos de conclusiones. En primer lugar se comentan dos conclusiones relacionadas con la importancia de contar con registros clínicos que den cuenta fiel de la atención que se brinda a las personas que acuden a las unidades de salud. El segundo tipo de conclusiones gira en torno de la aplicación y resultados de la Unidad Demostrativa de Calidad para abordar el problema de la deficiente integración de los expedientes clínicos en las unidades médicas que participaron en el estudio.

Una propiedad clave de la prestación de servicios de salud que determina su nivel de calidad es la existencia de registros clínicos confiables. En la medida en dichos registros permitan conocer con precisión cuál ha sido el manejo hecho de los problemas de salud de los pacientes, se estará en mayores posibilidades de evaluar los verdaderos efectos de la atención y reconocer situaciones derivadas de la misma que pongan en riesgo de daño, o incluso dañen, a las personas que la reciben (Garrido y Quezada, 2005; Institute of Medicine, 2001). Además de los riesgos y daños a la salud que podrían prevenirse al identificar los errores atribuibles a la atención brindada, los sistemas de salud pueden obtener importantes beneficios al evitar los costos que implica tratar de corregir las consecuencias de dichos errores (Institute of Medicine, 2001; OMS, 2005). Garantizar la seguridad de los pacientes sólo es posible cuando se desarrollan los sistemas para tal efecto lo cual, a su vez, exige que se cuente con expedientes clínicos que contienen información completa y veraz.

Se han creado distintos instrumentos normativos sobre la información que debe ser registrada en los expedientes clínicos y la forma en que dicha información debería estar organizada. De dichos instrumentos, los más importantes han sido la “Norma Técnica número 52 (NT 52) para la elaboración, integración y uso del expediente clínico”, la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico” y, de publicación reciente, la “Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.” Si bien la observancia (cumplimiento) de estas normas es obligatoria, lo cierto es que a la fecha no se cuenta con un mecanismo que lo garantice.

Los resultados que se obtuvieron en las primeras evaluaciones de expedientes clínicos en 13 de los 14 centros de salud, así como en ocho de los nueve hospitales que participaron en este estudio ponen en evidencia un bajo nivel de cumplimiento de la NT 52 y de la NOM 168. Conviene recordar que los expedientes evaluados en las dos unidades que mostraron un nivel de cumplimiento relativamente alto desde la primera evaluación fueron manipulados por el personal.

Entre las causas que se identificaron como determinantes para el bajo nivel de cumplimiento de las normas para el llenado de los expedientes clínicos destacan el desconocimiento de dichas normas, que los formatos disponibles no permiten

un registro más completo de los registros médicos y la falta de un mecanismo de supervisión y seguimiento orientado a garantizar un mejor cumplimiento de los criterios establecidos en los instrumentos normativos vigentes.

Con excepción de las unidades que manipularon los expedientes para obtener resultados favorables en la primera medición, y de dos hospitales públicos en los que no hubo condiciones para aplicar el modelo de la Unidad Demostrativa de Calidad del Expediente Clínico (UDCEC), en el resto de las unidades (19 de 23) se pudo observar una mejora importante en el nivel de cumplimiento de las normas.

De este modo, se puede concluir que, en las unidades participantes, la UDCEC, en la que se utilizan métodos y herramientas para la mejora de la calidad propuestos por expertos en el ámbito industrial como Deming (1989), Juran (1990), Imai (1990) e Ishikawa (1985, 1986 y 1989), y en el ámbito específico de los servicios de salud por Donabedian (1984 y 1990), Ruelas (1990 y 1992) y Ruelas y cols. (1990), fue útil para mejorar los registros clínicos en función de los criterios establecidos en la Norma Técnica 52 o en la Norma Oficial Mexicana 168 Del expediente clínico.

Un factor determinante para el éxito en la aplicación de la UDCEC parece ser, tal como lo señala Saturno (1995), el haber capacitado a los equipos en el uso de herramientas para la mejora en torno de un problema concreto y relevante para los participantes. Esto aplica incluso en aquellas unidades que manipularon la situación para que, en la primera medición tuvieran resultados favorables, lo cual se confirma por el hecho de que en las evaluaciones posteriores se mantuvo el nivel de cumplimiento alcanzado sin que hubiera habido oportunidad para una nueva manipulación.

Tal como lo muestra el caso del Corporativo Hospital Satélite, la evaluación y seguimiento continuos del llenado de los expedientes clínicos y el análisis de los resultados observados contribuyen a garantizar un nivel elevado en el cumplimiento de la NOM 168 lo cual puede ser incluso avalado por expertos externos como los evaluadores que participan en el Programa Nacional de Certificación de establecimientos de Atención Médica.

Es necesario buscar la forma de generalizar el aprendizaje obtenido al aplicar la UDC. En las unidades que participaron en este estudio sólo se tuvo oportunidad de aplicar la UDC del expediente clínico. No obstante, es de conocimiento del tesista que en algunos hospitales privados el equipo que continuó formando parte de la empresa consultora ha podido desarrollar otras UDC para abordar temas como el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, la ministración de medicamentos o la integración de las cuentas de los pacientes.

No se debe perder de vista que el enfoque adoptado en este estudio (Investigación – Acción) sólo permite que las conclusiones sean aplicables a las unidades médicas que en él participaron.

Para finalizar, se presentan de nuevo las condiciones propuestas por Crowther (1999), con un breve comentario sobre la forma en que se expresaron en esta investigación (las recomendaciones aparecen en *itálicas*):

1. *Se debe asegurar la aplicación de los resultados concretos en el menor tiempo posible, antes de que el diagnóstico o las recomendaciones se vuelvan obsoletos.* En las unidades médicas incluidas en este estudio se aplicaron medidas para mejorar los registros en el expediente clínico, con base en la NT-52/NOM-168-SSA1-1998, observándose resultados en un plazo no mayor de tres a cuatro semanas.
2. *Es necesario asegurar la viabilidad política, financiera y sociocultural de la intervención.* En todos los casos se solicitó el apoyo de funcionarios y directivos para que autorizaran a los profesionales de la salud participar en las sesiones de análisis y mejora. Desde el punto de vista financiero, la intervención no requirió de la inversión de importantes sumas de dinero. En este caso el recurso que más se empleó fue el tiempo de los participantes. La viabilidad sociocultural estuvo determinada por la participación de médicos que ocupaban posiciones de responsabilidad en las unidades participantes.
3. *El investigador no es un observador pasivo; por el contrario, desempeña un papel activo en el desarrollo de la intervención.* El tesista fungió como responsable de un equipo de facilitadores/expertos en la aplicación de herramientas para la mejora de la calidad ante equipos de médicos y directivos de las unidades participantes. El tesista, además, diseñó un modelo para elevar el nivel de cumplimiento de la NT – 52 / NOM-168-SSA1-1998.
4. *El investigador debe estar consciente de las repercusiones de la intervención en la cultura organizacional y en el comportamiento de los participantes.* El modelo de intervención provocó un cambio en la forma de ver el llenado del expediente clínico por parte de los profesionales de la salud participantes quienes, a su vez, comprendieron la importancia del cumplimiento de la normatividad y su relación con el aseguramiento de un nivel adecuado en la atención proporcionada.
5. *Es necesario que el investigador fomente la participación de las personas involucradas en el estudio y evite imponer su propia visión al problema.* El alto nivel de participación observado se debió en buena medida a que las técnicas para la mejora de la calidad que fueron aplicadas están basadas en la identificación y análisis de problemas, el esclarecimiento de causas, el diseño de soluciones, su evaluación y su seguimiento, por parte del personal que produce el bien o servicio objeto de la mejora.
6. *Los resultados concretos son de gran importancia pues constituyen el insumo para que los participantes aprendan en la práctica.* El modelo propuesto para mejorar el cumplimiento de la NT – 52 / NOM-168-SSA1-1998 se diseñó pensando en la obtención de evidencias de mejora producto del trabajo realizado por los propios participantes.

9. CONTRIBUCIÓN DE LA TESIS

Se identifican dos aportes principales de este trabajo. En primer lugar, el haber desarrollado un modelo que, si se aplica correctamente, ofrece la posibilidad de garantizar que los registros clínicos en los expedientes respondan a los criterios establecidos en la NOM 168. Ello, a su vez, puede contribuir a crear las condiciones para que dichos registros sean utilizados como insumo para evaluar la calidad de la atención, desde el punto de vista técnico, que se brinda en las unidades médicas. Esta evaluación podría considerar la identificación de errores atribuibles a la propia atención, así como los efectos adversos que estos errores pudieran acarrear tanto en la salud de los pacientes como en el consumo de recursos para corregirlos. El propósito debe ser prevenirlos y desarrollar un sistema de atención centrado en la seguridad para los pacientes. En este mismo sentido el estudio también aporta evidencias sobre los resultados que se pueden obtener al aplicar los métodos y las herramientas para la mejora de la calidad en un ambiente clínico.

La segunda contribución importante se relaciona con el enfoque de Investigación – Acción con que se condujo el estudio y su conveniencia para el campo de la investigación en sistemas y servicios de salud. Es común que los programas de posgrado relacionados con la salud pública, la administración de servicios de salud, o la investigación en salud, exijan la realización de investigaciones de tipo experimental o cuasi experimental, o bien tipo encuesta, para la elaboración de los trabajos de tesis que permitan a los egresados la obtención del grado académico correspondiente. Sin negar la utilidad de los trabajos realizados con tal enfoque, habría que reconocer que con frecuencia sus resultados también son limitados en cuanto a su generalización, sobre todo debido a las limitaciones de recursos que suelen enfrentar los tesisistas, lo cual determina la selección de muestras pequeñas y poco representativas. Otra limitación importante se relaciona con las dificultades para devolver los resultados a las unidades o personas que participaron en estos estudios.

Las investigaciones realizadas con el enfoque de Investigación – Acción, en cambio, promueven la profundización del trabajo en un número reducido de campos (organizaciones, comunidades, servicios) y alientan la participación activa tanto de los investigadores como de las personas que forman parte de los grupos “estudiados” para solucionar problemas concretos y relevantes que éstos enfrentan. El conocimiento colectivo que de esta manera se construye, si bien no se puede generalizar, es seguro que se queda en la experiencia de los participantes.

La mayor parte de las personas que participaron en el desarrollo de las Unidades Demostrativas de Calidad del Expediente Clínico que se incluyeron en este estudio, aprendieron cómo mejorar los registros médicos aplicando de manera ordenada un conjunto de herramientas y técnicas, y se quedaron con una vivencia

8. CONCLUSIONES GENERALES Y DISCUSIÓN

En este apartado se presentan dos tipos de conclusiones. En primer lugar se comentan dos conclusiones relacionadas con la importancia de contar con registros clínicos que den cuenta fiel de la atención que se brinda a las personas que acuden a las unidades de salud. El segundo tipo de conclusiones gira en torno de la aplicación y resultados de la Unidad Demostrativa de Calidad para abordar el problema de la deficiente integración de los expedientes clínicos en las unidades médicas que participaron en el estudio.

Una propiedad clave de la prestación de servicios de salud que determina su nivel de calidad es la existencia de registros clínicos confiables. En la medida en dichos registros permitan conocer con precisión cuál ha sido el manejo hecho de los problemas de salud de los pacientes, se estará en mayores posibilidades de evaluar los verdaderos efectos de la atención y reconocer situaciones derivadas de la misma que pongan en riesgo de daño, o incluso dañen, a las personas que la reciben (Garrido y Quezada, 2005; Institute of Medicine, 2001). Además de los riesgos y daños a la salud que podrían prevenirse al identificar los errores atribuibles a la atención brindada, los sistemas de salud pueden obtener importantes beneficios al evitar los costos que implica tratar de corregir las consecuencias de dichos errores (Institute of Medicine, 2001; OMS, 2005). Garantizar la seguridad de los pacientes sólo es posible cuando se desarrollan los sistemas para tal efecto lo cual, a su vez, exige que se cuente con expedientes clínicos que contienen información completa y veraz.

Se han creado distintos instrumentos normativos sobre la información que debe ser registrada en los expedientes clínicos y la forma en que dicha información debería estar organizada. De dichos instrumentos, los más importantes han sido la “Norma Técnica número 52 (NT 52) para la elaboración, integración y uso del expediente clínico”, la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico” y, de publicación reciente, la “Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, en materia de información en salud.” Si bien la observancia (cumplimiento) de estas normas es obligatoria, lo cierto es que a la fecha no se cuenta con un mecanismo que lo garantice.

Los resultados que se obtuvieron en las primeras evaluaciones de expedientes clínicos en 13 de los 14 centros de salud, así como en ocho de los nueve hospitales que participaron en este estudio ponen en evidencia un bajo nivel de cumplimiento de la NT 52 y de la NOM 168. Conviene recordar que los expedientes evaluados en las dos unidades que mostraron un nivel de cumplimiento relativamente alto desde la primera evaluación fueron manipulados por el personal.

Entre las causas que se identificaron como determinantes para el bajo nivel de cumplimiento de las normas para el llenado de los expedientes clínicos destacan el desconocimiento de dichas normas, que los formatos disponibles no permiten

un registro más completo de los registros médicos y la falta de un mecanismo de supervisión y seguimiento orientado a garantizar un mejor cumplimiento de los criterios establecidos en los instrumentos normativos vigentes.

Con excepción de las unidades que manipularon los expedientes para obtener resultados favorables en la primera medición, y de dos hospitales públicos en los que no hubo condiciones para aplicar el modelo de la Unidad Demostrativa de Calidad del Expediente Clínico (UDCEC), en el resto de las unidades (19 de 23) se pudo observar una mejora importante en el nivel de cumplimiento de las normas.

De este modo, se puede concluir que, en las unidades participantes, la UDCEC, en la que se utilizan métodos y herramientas para la mejora de la calidad propuestos por expertos en el ámbito industrial como Deming (1989), Juran (1990), Imai (1990) e Ishikawa (1985, 1986 y 1989), y en el ámbito específico de los servicios de salud por Donabedian (1984 y 1990), Ruelas (1990 y 1992) y Ruelas y cols. (1990), fue útil para mejorar los registros clínicos en función de los criterios establecidos en la Norma Técnica 52 o en la Norma Oficial Mexicana 168 Del expediente clínico.

Un factor determinante para el éxito en la aplicación de la UDCEC parece ser, tal como lo señala Saturno (1995), el haber capacitado a los equipos en el uso de herramientas para la mejora en torno de un problema concreto y relevante para los participantes. Esto aplica incluso en aquellas unidades que manipularon la situación para que, en la primera medición tuvieran resultados favorables, lo cual se confirma por el hecho de que en las evaluaciones posteriores se mantuvo el nivel de cumplimiento alcanzado sin que hubiera habido oportunidad para una nueva manipulación.

Tal como lo muestra el caso del Corporativo Hospital Satélite, la evaluación y seguimiento continuos del llenado de los expedientes clínicos y el análisis de los resultados observados contribuyen a garantizar un nivel elevado en el cumplimiento de la NOM 168 lo cual puede ser incluso avalado por expertos externos como los evaluadores que participan en el Programa Nacional de Certificación de establecimientos de Atención Médica.

Es necesario buscar la forma de generalizar el aprendizaje obtenido al aplicar la UDC. En las unidades que participaron en este estudio sólo se tuvo oportunidad de aplicar la UDC del expediente clínico. No obstante, es de conocimiento del tesista que en algunos hospitales privados el equipo que continuó formando parte de la empresa consultora ha podido desarrollar otras UDC para abordar temas como el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, la ministración de medicamentos o la integración de las cuentas de los pacientes.

No se debe perder de vista que el enfoque adoptado en este estudio (Investigación – Acción) sólo permite que las conclusiones sean aplicables a las unidades médicas que en él participaron.

Para finalizar, se presentan de nuevo las condiciones propuestas por Crowther (1999), con un breve comentario sobre la forma en que se expresaron en esta investigación (las recomendaciones aparecen en *itálicas*):

1. *Se debe asegurar la aplicación de los resultados concretos en el menor tiempo posible, antes de que el diagnóstico o las recomendaciones se vuelvan obsoletos.* En las unidades médicas incluidas en este estudio se aplicaron medidas para mejorar los registros en el expediente clínico, con base en la NT-52/NOM-168-SSA1-1998, observándose resultados en un plazo no mayor de tres a cuatro semanas.
2. *Es necesario asegurar la viabilidad política, financiera y sociocultural de la intervención.* En todos los casos se solicitó el apoyo de funcionarios y directivos para que autorizaran a los profesionales de la salud participar en las sesiones de análisis y mejora. Desde el punto de vista financiero, la intervención no requirió de la inversión de importantes sumas de dinero. En este caso el recurso que más se empleó fue el tiempo de los participantes. La viabilidad sociocultural estuvo determinada por la participación de médicos que ocupaban posiciones de responsabilidad en las unidades participantes.
3. *El investigador no es un observador pasivo; por el contrario, desempeña un papel activo en el desarrollo de la intervención.* El tesista fungió como responsable de un equipo de facilitadores/expertos en la aplicación de herramientas para la mejora de la calidad ante equipos de médicos y directivos de las unidades participantes. El tesista, además, diseñó un modelo para elevar el nivel de cumplimiento de la NT – 52 / NOM-168-SSA1-1998.
4. *El investigador debe estar consciente de las repercusiones de la intervención en la cultura organizacional y en el comportamiento de los participantes.* El modelo de intervención provocó un cambio en la forma de ver el llenado del expediente clínico por parte de los profesionales de la salud participantes quienes, a su vez, comprendieron la importancia del cumplimiento de la normatividad y su relación con el aseguramiento de un nivel adecuado en la atención proporcionada.
5. *Es necesario que el investigador fomente la participación de las personas involucradas en el estudio y evite imponer su propia visión al problema.* El alto nivel de participación observado se debió en buena medida a que las técnicas para la mejora de la calidad que fueron aplicadas están basadas en la identificación y análisis de problemas, el esclarecimiento de causas, el diseño de soluciones, su evaluación y su seguimiento, por parte del personal que produce el bien o servicio objeto de la mejora.
6. *Los resultados concretos son de gran importancia pues constituyen el insumo para que los participantes aprendan en la práctica.* El modelo propuesto para mejorar el cumplimiento de la NT – 52 / NOM-168-SSA1-1998 se diseñó pensando en la obtención de evidencias de mejora producto del trabajo realizado por los propios participantes.

9. CONTRIBUCIÓN DE LA TESIS

Se identifican dos aportes principales de este trabajo. En primer lugar, el haber desarrollado un modelo que, si se aplica correctamente, ofrece la posibilidad de garantizar que los registros clínicos en los expedientes respondan a los criterios establecidos en la NOM 168. Ello, a su vez, puede contribuir a crear las condiciones para que dichos registros sean utilizados como insumo para evaluar la calidad de la atención, desde el punto de vista técnico, que se brinda en las unidades médicas. Esta evaluación podría considerar la identificación de errores atribuibles a la propia atención, así como los efectos adversos que estos errores pudieran acarrear tanto en la salud de los pacientes como en el consumo de recursos para corregirlos. El propósito debe ser prevenirlos y desarrollar un sistema de atención centrado en la seguridad para los pacientes. En este mismo sentido el estudio también aporta evidencias sobre los resultados que se pueden obtener al aplicar los métodos y las herramientas para la mejora de la calidad en un ambiente clínico.

La segunda contribución importante se relaciona con el enfoque de Investigación – Acción con que se condujo el estudio y su conveniencia para el campo de la investigación en sistemas y servicios de salud. Es común que los programas de posgrado relacionados con la salud pública, la administración de servicios de salud, o la investigación en salud, exijan la realización de investigaciones de tipo experimental o cuasi experimental, o bien tipo encuesta, para la elaboración de los trabajos de tesis que permitan a los egresados la obtención del grado académico correspondiente. Sin negar la utilidad de los trabajos realizados con tal enfoque, habría que reconocer que con frecuencia sus resultados también son limitados en cuanto a su generalización, sobre todo debido a las limitaciones de recursos que suelen enfrentar los tesisistas, lo cual determina la selección de muestras pequeñas y poco representativas. Otra limitación importante se relaciona con las dificultades para devolver los resultados a las unidades o personas que participaron en estos estudios.

Las investigaciones realizadas con el enfoque de Investigación – Acción, en cambio, promueven la profundización del trabajo en un número reducido de campos (organizaciones, comunidades, servicios) y alientan la participación activa tanto de los investigadores como de las personas que forman parte de los grupos “estudiados” para solucionar problemas concretos y relevantes que éstos enfrentan. El conocimiento colectivo que de esta manera se construye, si bien no se puede generalizar, es seguro que se queda en la experiencia de los participantes.

La mayor parte de las personas que participaron en el desarrollo de las Unidades Demostrativas de Calidad del Expediente Clínico que se incluyeron en este estudio, aprendieron cómo mejorar los registros médicos aplicando de manera ordenada un conjunto de herramientas y técnicas, y se quedaron con una vivencia que difícilmente van a olvidar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar y cols. *Tendencias de investigación en servicios de salud en México, 1984-1991*. **Salud Pública de México** 35, 6
2. Aguirre, Héctor. *Administración de la calidad de la atención médica*. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, vol 35, núm. 4, 1997,
3. Almeida, Celia. (2000). *Delimitación del campo de la investigación en sistemas y servicios de salud: desarrollo histórico y tendencias. Texto base para discusión*. **Investigación en sistemas y servicios de salud - cuadernos para discusión** (1): 11-35
4. Balcázar, H. y Lagunas, P. (2003). *Importancia del análisis de los procesos de una organización para el cumplimiento de los requisitos de ISO 9001:2000 y para la mejora de su desempeño*. **Boletín IIE**. Julio septiembre: 98 – 102
5. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (1997). *El expediente clínico: documento de gran valor en la práctica médica*. **Revista CONAMED** 2 24-27
6. Consejo de Salubridad General / Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (s/a). **Criterios de evaluación. Capítulo de estructura. Lista de cotejo para autoevaluación**. Consultado en <http://www.csg.gob.mx/> el 15 de enero de 2006
7. Cortés, Manuel A. (2003). **Proceso de mejora del expediente clínico de hospitalización**. Trabajo presentado en el Primer Foro Nacional por la Calidad en Salud. Consultado en <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/foro/> el 7 de enero de 2006
8. Crowther, Warren. (1999). **Manual de investigación – acción para la evaluación científica en el ámbito administrativo**. San José, C. R.: Editorial Universidad Estatal a Distancia.
9. Deming, W. E. (1989). **Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis**. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.
10. Diario Oficial de la Federación. **Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del Expediente Clínico**. 30 de septiembre de 1999.
11. --- **Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico**. 11 de agosto de 2003.
12. Díaz, F. y Tinoco, B. (2005). *Proyecto de intervención para la mejora de la calidad en el cumplimiento de la norma del expediente clínico (NOM-168-SSA1-1998)*. **Revista Salud Pública y Nutrición**. Edición Especial No. 7. Consultado en <http://www.respyn.uanl.mx/especiales/2005/> el 7 de enero de 2006
13. Díaz, J. R. y Guerrero, D. R. (2004). *La investigación acción en función del mejoramiento empresarial*. Consultado en <http://www.calidad.org/public/articles/> el 28 de marzo de 2006
14. Donabedian, A. (1984). **La calidad de la atención médica**. México: La Prensa Médica Mexicana.
15. --- (1990). **Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Perspectivas en Salud Pública Núm. 10**
16. --- (1992a). *Evaluación de la calidad de la atención médica*. En Frenk, J.

- Investigación en servicios de salud: una antología.** Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Págs. 382-404.
17. --- (1992b). *Defining and measuring the quality of health care.* En Wenzel, R.P. **Assessing quality health care. Perspective for clinicians.** Baltimore, USA: Williams & Wilkins. Págs. 41-64.
 18. --- (1993). *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad.* **Salud Pública de México** **38** 238-247
 19. Doyle, V. y Haran, D. (2000). **Garantía de calidad en la atención a la salud. Reportes de política para la reforma del sector salud.** Programa de Investigación de la Reforma del Sector Salud. Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (mimeo)
 20. Escalante, E. (1992). **Manual de control estadístico de procesos.** Monterrey, N. L.: Editorial Font
 21. Escuela Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. República de Cuba. **Programa Ramal “Investigación en sistemas y Servicios de Salud” Documento Rector 2003 – 06.**
 22. Garrido, F. y Quezada, S. **Síntesis Ejecutiva 13. Seguridad del paciente.** México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad; Dirección General de Evaluación del Desempeño. Consultado en www.salud.gob.mx el 17 de agosto de 2005.
 23. Imai, M. (1990). **Kaizen. La clave de la ventaja competitiva japonesa.** México: C. E. C. S. A.
 24. Institute of Medicine. (2001). **To err is human. Building a safer health system.** National Academy Press. Washington, D. C.
 25. Ishikawa, K. (1985). **Guía de Control de Calidad.** E.U.A.: UNIPUB.
 26. --- (1986). **¿Qué es el control total de calidad?** Bogotá: Norma.
 27. --- (1989). **Introducción al control de calidad.** Madrid: Díaz de Santos.
 28. Jerant, A. F., Hill D. B. *Does the Use of Electronic Medical Records Improve Surrogate Patient Outcomes in Outpatient Settings?* **Journal of Family Practice**, April, 2000
 29. Jiménez, J. (editor). (1991). **Organización y sistemas. Participación, calidad, competitividad en fabricantes de clase mundial.** México: Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, Universidad Nacional Autónoma de México.
 30. Juran, J.M. (1990). **Juran y el liderazgo para la calidad: un manual para directivos.** Madrid: Díaz de Santos.
 31. Kerlinger, F. (1975). **Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología.** México: Ed. Interamericana
 32. Marshall, M. A., y Rouse, A. (2004). *Ensayo aleatorio controlado sobre la utilización de las tablas de clasificación y los gráficos de control como ayuda a la toma de decisiones.* **International Journal for Quality in Health Care** **16:** 309-315
 33. McAdams, S. A. *Beyond Electronic Health Records: quality outcomes management.* **Physician Executive**, July-August, 2005.
 34. Ministerio de Agricultura y Ganadería de El Salvador, Proyecto de Desarrollo Rural en la Región Central PRODAP-II. (2003). **Proceso de**

- establecimiento y manejo de la parcela demostrativa para la transferencia de tecnología de cultivo hortícola bajo riego, entre pequeños/as productores/as de ARLA.**
35. Núñez, E., Soberanes, C. y Méndez, M. A. (2004). *Implementación de una hoja analítica para asegurar el cumplimiento de la NOM 168 sobre expediente clínico*. Trabajo presentado en el **Segundo Foro Nacional por la Calidad en Salud**. Consultado en www.salud.gob.mx/unidades/dgces/foro_2004/ el 7 de enero de 2006.
 36. OCDE. (2004). **OECD Health technical papers no. 18. Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries**. Consultado en <http://www.oecd.org/dataoecd/53/26/33878001.pdf> el 1° de abril de 2006.
 37. Ogliastri, E. (1988). **Gerencia japonesa y círculos de participación**. Bogotá: Norma.
 38. OMS. (2005). **Iniciativa mundial en pro de la seguridad del paciente**. Consultado en <http://www.who.int/mediacentre/news/> el 1° de abril de 2006.
 39. Organización Panamericana de la Salud. (1984) **Estudio de las tendencias de las investigaciones de servicios de salud en algunos países de Latinoamérica y el Caribe 1974-1983**. OPS; Washington, D. C.
 40. Picón, César (Coord.) (1986). Investigación participativa. Algunos aspectos teóricos y problemáticos. Programa Regional de Desarrollo Educativo de la Organización de Estados Americanos (PREDE) y Centro Regional de Educación de Adultos en Alfabetización Funcional para América Latina (CREFAL).
 41. Polit, D. F. y Hungler B. P. (1995). **Investigación científica en ciencias de la salud**. México: McGraw-Hill Interamericana.
 42. Qualimed, s.a. de c.v. / Centro Latinoamericano de Impulso a la Calidad en Servicios. S. C. (CLICS) (2000). **Calidad total para directivos de organizaciones de salud. Apuntes**. Mimeo
 43. Ruelas, E. (1990). *De la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía*. **Salud Pública de México 32** 108-109
 44. --- (1992). *Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones*. **Salud Pública de México 34** 29-45
 45. --- (1993). *Calidad, productividad y costos*. **Salud Pública de México 35** 298-304
 46. Ruelas y cols. (1990). *Círculos de calidad como estrategia de un programa de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología*. **Salud Pública de México 32** 207 - 220
 47. Ruelas, E. y Querol, J. (1994). **Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud**. México: Fundación Mexicana para la Salud.
 48. Ruffin, Marshall .A. *physician sees electronic medical record as key to better public health - Profile - electronic medical records in national database would cut costs*. **Physician Executive**, Sept-Oct, 2002
 49. Saturno, Pedro. (1995). *Training health professionals to implement quality improvement activities. Results of a randomized controlled trial alter one year of follow-up*. **International Journal for Quality in Health Care 7**, 2: 119-126

50. Schwappach, D. L. B., y Koeck, C. M. (2004). *¿Qué hace que un error sea inaceptable? Estudio factorial sobre información al público sobre los errores.* **International Journal for Quality in Health Care** 16, 4: 317–326
51. Secretaría de Salud. (1997). **Expediente clínico.**
52. Secretaría de Salud (1997a) **Comités técnico médicos hospitalarios. Lineamientos para la organización y funcionamiento.**
53. Secretaría de Salud (2003). **Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad.** México.
54. Secretaría de Salud. (2004). **Observatorio del desempeño hospitalario 2003.** México.
55. Secretaría de Salud (2005). **Observatorio del desempeño hospitalario 2004.** México
56. Secretaría de Salud, Coordinación de Planeación Estratégica, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. (2002) **Programa de acción: sistema nacional de información en salud 2001-2006.** México.
57. Secretaría de Salud, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (2004). **Sistema automático de egresos hospitalarios. Manual del Usuario.**
58. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. (2002). **Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.** México
59. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2005) **Guía para la gestión y mejora de la calidad de los servicios de salud.** México
60. Senge, Peter. (1992). **La quinta disciplina.** Granica.
61. Sociedad Latinoamericana para la Calidad. (2000). **Diagrama causa-efecto.** Disponible en <http://www.calidad.org/index.htm>
62. ---(2000a). **Gráfica de Pareto.** Disponible en <http://www.calidad.org/index.htm>
63. ---(2000b). **Lluvia de ideas.** Disponible en <http://www.calidad.org/index.htm>
64. Stryer, D. y Clancy, C. (2005). *Patient's safety.* **British Medical Journal**;330;553-554
65. Suárez, Mercedes. (2002). *Algunas reflexiones sobre la investigación-acción colaboradora en la educación.* **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias** Vol. 1 N° 1.
66. Thompson, Philip C. (1984). **Círculos de calidad. Cómo hacer que funcionen.** Bogotá: Norma.
67. Uehara, N. e Hirata R. (2003). **Siete herramientas básicas para el control de calidad.** Apuntes preparados para el Seminario SENDAI 2003 de la Universidad de Tohoku, Japón.
68. Waegemann, C. P. *Closer to reality: personal health records represent a step in the right direction for interoperability of healthcare IT systems and accessibility of patient data.* **Health Management Technology**, May, 2005. Consultado en <http://www.findarticles.com/> el 13 de marzo de 2006
69. Walton, M. (1988). **Cómo administrar con el método Deming.** Bogotá: Norma.
70. Weber, David. *Charting a course toward legible medical records: Perfect*

paperwork can mean financial savings, better patient care - Medical Records. Physician Executive, Jan-Feb, 2002

71. Weingart, S.N., Wilson, R. W. G., Harrison, B. **Epidemiology of medical error. British Medical Journal. 320**; 18 March 2000
72. Williams, Linda. *The case of the missing medical records: a crucial order was lost in the shuffle - Feature Article. Nursing Homes, April, 2003*

ANEXO I

**INSTRUMENTOS, INSTRUCTIVO Y
PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR EXPEDIENTES
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

**PROGRAMA DE MEJORÍA CONTINUA DE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**



CATEGORÍA Y
Nº PROGRESIVO

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y
ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO

REACTIVO

Elaboración del Expediente Clínico:

IMPORTANTE: Para dar respuesta a los reactivos N° 54 a 70, primeramente deberá efectuarse la selección y la revisión de los expedientes clínicos y seguir las indicaciones de los instructivos correspondientes para el requisitado del "Formato de Concentración de Expedientes Clínicos"; dichos documentos se encuentran al final de la presente sección (páginas N° 27 a 30). Tanto los reactivos del citado formato como los reactivos que se enlistan a continuación, coinciden en su numeración y el valor "PROMEDIO" obtenido de cada reactivo incluido en el mencionado formato, se utilizará para dar respuesta al reactivo del mismo número enlistado a continuación.

Expediente clínico

- | | |
|--|--|
| <p>41. Integración.- Es la acción que permite asegurar la presencia conjunta de la documentación necesaria en el expediente clínico, para registrar todos los actos médicos relacionados con la atención proporcionada al paciente (notas iniciales, historia clínica, hoja frontal, notas médicas, informe de estudios de laboratorio y gabinete y otros). Es indispensable que en el expediente exista la documentación que ha sido elaborada, debidamente ordenada, correspondiente a las acciones médicas realizadas.</p> | <p>54. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?</p> <ul style="list-style-type: none">1) 1.50 ó más2) 1.00 - 1.493) 0.50 - 0.994) 0.49 ó menos |
| <p>42. Orden cronológico de las notas médicas.- Es el ordenamiento por fecha y hora de elaboración que deben guardar las notas médicas en el expediente, colocadas la más antigua al final y la más reciente al frente. Es indispensable que la totalidad de las notas médicas conserven este acomodo.</p> | <p>55. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?</p> <ul style="list-style-type: none">1) 1.50 ó más2) 1.00 - 1.493) 0.50 - 0.994) 0.49 ó menos |
| <p>43. Pulcritud y legibilidad de la historia clínica y notas médicas.- Es la elaboración de estos documentos con limpieza, buena presentación, legibles y evitando el uso de abreviaturas. Es deseable que la totalidad de dichos documentos cumplan con estas características.</p> | <p>56. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?</p> <ul style="list-style-type: none">1) 1.50 ó más2) 1.00 - 1.493) 0.50 - 0.994) 0.49 ó menos |
| <p>44. Glosa de resultados de laboratorio y/o gabinete.- Es la colocación en el expediente clínico de los reportes de resultados, en formatos oficiales, de los exámenes de laboratorio y/o gabinete, practicados al paciente. Es necesario que la totalidad de estos resultados se hayan anexado al expediente clínico, debidamente ordenados el más antiguo al final y el más reciente al frente.</p> | <p>57. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?</p> <ul style="list-style-type: none">1) 1.50 ó más2) 1.00 - 1.493) 0.50 - 0.994) 0.49 ó menos5) No Necesario |



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORÍA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

CATEGORÍA Y N° PROGRESIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO	REACTIVO
45.	Nombre y firma del médico.- Se refiere a la necesidad de escribir, al final de las notas médicas y en las solicitudes de estudios paraclínicos, el nombre completo y legible del médico que las elabora así como su firma. Es obligatorio que la historia clínica y la totalidad de las notas y órdenes médicas cumplan con esta indicación.	58. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
	Historia clínica	
46.	Existencia.- Su presencia será con base en lo establecido en el Capítulo III, Artículo 8, de la Norma Técnica N° 52: "La historia clínica la elabora el médico al usuario que lo amerita, de acuerdo con los diagnósticos o problemas clínicos....". Es obligatorio que la totalidad de los expedientes se apeguen a esta disposición (en el caso de padecimientos transmisibles de notificación obligatoria, notificación inmediata, crónico-degenerativos, embarazadas y pacientes hospitalizados, es imperativo efectuar historia clínica).	59. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
47.	Completa.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo III, Artículo 9, de la Norma Técnica N° 52: "La historia clínica consta de interrogatorio y exploración física y se elabora en el orden siguiente..."(Ver Artículo indicado). Es obligatorio que la totalidad de las historias clínicas cumplan con esta disposición.	60. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
	Notas médicas	
48.	Nota inicial.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 13, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico del servicio que recibe al enfermo y tiene las características siguientes: procedencia del enfermo, enumeración de diagnósticos y problemas clínicos con su fundamento, plan de estudio y tratamiento inicial." Es obligatorio que la totalidad de las notas iniciales o de ingreso cumplan con esta disposición.	61. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
49.	Nota de revisión.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 14, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico responsable de la atención del paciente y tiene las características siguientes: corrobora los datos de la historia clínica y de la nota de ingreso, define el plan de estudio, establece los criterios diagnóstico y terapéutico del servicio y señala el pronóstico." Es obligatorio que la totalidad de las notas de revisión cumplan con esta disposición.	62. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORÍA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

CATEGORÍA Y N° PROGRESIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO	REACTIVO
50.	Notas de evolución.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 15, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico del servicio, en el paciente ambulatorio cada vez que asiste a consulta, y en el hospitalizado una vez al día o cuantas veces sea necesario, de acuerdo con el estado clínico del paciente y tiene las características siguientes: evolución y actualización del cuadro clínico, interpretación de los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete, solicitud y fundamento de interconsultas, comentarios y opinión de las interconsultas; y modificaciones al tratamiento." Es obligatorio que la totalidad de las notas de evolución cumplan con esta disposición.	63. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
51.	Nota de interconsulta.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 16, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico consultado y tiene las características siguientes: servicio que otorga la interconsulta, criterio diagnóstico, sugerencias del plan de estudios, y sugerencias terapéuticas." Es obligatorio que la totalidad de las notas de interconsulta cumplan con esta disposición.	64. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
52.	Informes de estudios de laboratorio y/o gabinete.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo VI, Artículo 22, de la Norma Técnica N° 52: "Los informes de estudios de laboratorio y gabinete comprenden los incisos siguientes: identificación del paciente; identificación del solicitante; estudio solicitado; problema clínico en estudio; identificación del laboratorio o gabinete que realiza el estudio; resultado del estudio; valores normales; interpretación diagnóstica en su caso, y fecha en que se realiza el estudio." Es obligatorio que la elaboración de los informes de estudios de laboratorio y gabinete cumplan con las características antes señaladas.	65. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
53.	Interpretación de los resultados de laboratorio y/o gabinete.- Es la constancia escrita en la nota médica, mediante la cual se comentan los hallazgos de laboratorio y gabinete y su relación con el diagnóstico o la evolución del paciente. Es necesario que la totalidad de estos resultados sean comentados oportunamente en las notas médicas por el médico tratante.	66. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario



CATEGORÍA Y N° PROGRESIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO	REACTIVO
	Resultado de la atención	
54.	Diagnóstico inicial o impresión diagnóstica.- Es la integración de la entidad nosológica que se establece con fundamento en el interrogatorio, exploración física y, si lo amerita, en los resultados de laboratorio y gabinete a todo paciente que recibe consulta de primera vez, por un nuevo motivo de atención. Es obligatorio que en la totalidad de estos pacientes se establezca dicho diagnóstico y se consigne en el expediente.	67. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
55.	Congruencia clínico-diagnóstica.- Es la relación que existe entre los datos obtenidos por interrogatorio y exploración física y el (los) diagnóstico(s) establecido(s). Es imperativo que, en la totalidad de los casos, exista una correlación estrecha entre los datos clínicos y el (los) diagnóstico(s) formulado(s).	68. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
56.	Congruencia diagnóstico-terapéutica.- Es la relación que existe entre el (los) diagnóstico(s) formulado(s) al paciente durante la última atención y los medicamentos y medidas generales indicadas. Es imperativo que, en la totalidad de los casos, el tratamiento prescrito esté acorde con el (los) diagnóstico(s) efectuado(s).	69. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
57.	Congruencia diagnóstica con exámenes de laboratorio y/o gabinete.- Es la relación que existe entre el(los) diagnóstico(s) formulado(s) con los exámenes de laboratorio y/o gabinete solicitados y sus resultados. Es imperativo que, con base en la presunción diagnóstica, la totalidad de exámenes solicitados se justifiquen y que sus resultados confirmen el diagnóstico clínico.	70. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario



INSTRUCTIVO PARA LA SELECCIÓN DE EXPEDIENTES DE CONSULTA GENERAL

CRITERIOS GENERALES:

Se deben aplicar los siguientes criterios:

- Para la selección de expedientes participan todos los Núcleos Básicos (NB) que operan normalmente en la Unidad, en ambos turnos.
- De cada NB se obtienen 2 expedientes para su revisión.
- Únicamente se incluyen los expedientes de pacientes subsecuentes, excluyendo todos los expedientes de consulta a sanos y de Planificación Familiar.
- De la Hoja Diaria de Consulta Externa de cada NB (SISPA-SS-01-P) del día hábil inmediato anterior, se seleccionan los dos primeros expedientes marcados como subsecuentes en la columna respectiva.
- De no obtenerse los dos expedientes, se recurre a la Hoja del día previo y se aplica el mismo criterio.
- Una vez obtenidos los expedientes, se procede a su revisión.
- En los expedientes seleccionados que contengan notas de Consulta General y de Especialidades (Centros de Salud con Hospital), únicamente se califican las notas que corresponden a Consulta General.

PROCEDIMIENTO:

El procedimiento de selección se lleva a cabo en la siguiente forma:



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE CONCENTRACION DE EXPEDIENTES CLINICOS (CONSULTA GENERAL)

Instrucciones para el llenado:

Al finalizar este instructivo se encuentra el formato que debe utilizarse para registrar los resultados de la revisión de expedientes; su requisitado debe ser con lápiz, letra clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras. Este formato consta de cuatro secciones:

Sección I.- Datos de identificación:

- **Hoja N°:** Anotar el número(s) de hoja(s) utilizada(s) en la revisión de los expedientes (p. ejem. 1/1, 1/2, 2/2).
- **Entidad Federativa:** Anotar el nombre correspondiente.
- **Jurisdicción:** Anotar el nombre correspondiente.
- **Municipio:** Anotar el nombre del Municipio o Delegación Política (en el caso del D.F.).
- **Localidad:** Anotar el nombre de la localidad en la que se ubica la Unidad Médica.
- **N° de Núcleos Básicos:** Anotar el número de Núcleos Básicos que operan en la Unidad; deben utilizarse los dos recuadros (p. ejem. 01, 08, 12).
- **Tipo de Unidad Médica:** Marcar con una "X" el cuadro correspondiente al tipo de Unidad, conforme al **Cuadro N° 1** de la Sección IV.
Clave de la Unidad: Anotar claramente la clave asignada a la Unidad por el Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS), sin omitir ninguno de los 18 caracteres que la integran.
- **Fecha de elaboración:** Anotar el año, mes y día en que se efectúa la revisión de los expedientes.
- **Responsable del requisitado del Formato:** Anotar el nombre completo de la persona encargada de llenar el Formato de Concentración.

Sección II.- Datos del Expediente Clínico:

Esta sección está conformada por un cuadro con 15 columnas:

- En la primera columna se enlista el nombre de los 17 conceptos o variables a calificar, tal como se enuncian en el "Cuestionario para Directivos". Cada grupo de reactivos se encuentra encabezado por subtítulos (p. ejem. Expediente clínico, Historia clínica, Notas médicas... etc.).
- En la segunda columna aparece el número del reactivo, que explora el concepto o variable. Dicha numeración coincide con la asignada a su correspondiente reactivo en el "Cuestionario para Directivos".
- Las siguientes columnas, numeradas del 1-12, sirven para anotar la calificación que obtiene cada expediente, de acuerdo al siguiente criterio:

- ◇ **Cumple:** Significa que el concepto revisado reúne las características establecidas en el estándar de desempeño y se califica con 2.
- ◇ **Cumple parcialmente:** Significa que el concepto revisado reúne alguna(s) de las características establecidas en el estándar de desempeño y se califica con 1.
- ◇ **No cumple:** Significa que el concepto revisado no reúne ninguna de las características establecidas en el estándar de desempeño o que dicho concepto no existe; también aplica cuando el expediente seleccionado no se localiza. Se califica con 0.
- ◇ **No necesario:** Significa que, por las características de la atención proporcionada, el concepto no se requiere y se califica con "NN" (p. ejem. Nota de interconsulta en control de embarazo normal).

El **Cuadro N° 2** de la Sección IV, presenta las opciones de respuesta que son válidas para cada uno de los reactivos a resolver.

- En la columna trece se registra el promedio (Prom) para cada concepto o variable (máximo 2, mínimo 0; p. ejem. 1.7, 0.75), que se obtiene de la suma de las calificaciones dadas a los expedientes revisados (numerador), dividida entre el total de expedientes revisados (denominador). Cuando un concepto o variable se califica en algún expediente como "No Necesaria" ("NN"), dicho expediente se excluye para obtener el promedio; en tal caso, el denominador es inferior al total de expedientes revisados.

El promedio (Prom) obtenido en cada concepto o variable, se ubica en la opción de respuesta correspondiente en el "Cuestionario para Directivos". Finalmente, la opción seleccionada en el "Cuestionario para Directivos", se marca con "X" en la "Hoja de opciones de respuesta".

Sección III.- Nombre y/o número de expediente;

Núcleo Básico de procedencia: Para anotar dentro del recuadro correspondiente, los datos de identificación del expediente clínico revisado y el NB del que procede.

Sección IV.- Cuadros de códigos: Incluye 2 cuadros de códigos para el requisitado de este formato: Cuadro N° 1, Tipo de Unidad Médica; Cuadro N° 2, Opciones de respuesta para cada reactivo.



SECRETARIA DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
 DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORÍA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
 CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
 UNIDADES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Sección III.- Nombre y/o número de expediente; Núcleo Básico de procedencia

Nombre y/o número de expediente	N.B.	Nombre y/o número de expediente	N.B.
1)		13)	
2)		14)	
3)		15)	
4)		16)	
5)		17)	
6)		18)	
7)		19)	
8)		20)	
9)		21)	
10)		22)	
11)		23)	
12)		24)	

Sección IV.- Cuadros de códigos

Cuadro N° 1

Tipo de Unidad Médica
1. Centro de Salud
2. Centro de Salud con Hospital

Cuadro N° 2

Opciones de respuesta para cada reactivo											
54	2	1	0		63	2	1	0			
55	2	1	0		64	2	1	0	NN		
56	2	1	0		65	2	1	0	NN		
57	2	1	0	NN	66	2	1	0	NN		
58	2	1	0		67	2		0			
59	2		0	NN	68	2	1	0			
60	2	1	0	NN	69	2	1	0			
61	2	1	0		70	2	1	0	NN		
62	2	1	0	NN							

ANEXO II

**INSTRUMENTOS, INSTRUCTIVO Y
PROCEDIMIENTO PARA EVALUAR EXPEDIENTES
EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

**PROGRAMA DE MEJORÍA CONTINUA DE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**



CATEGORÍA Y
N° PROGRESIVO

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y
ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO

REACTIVO

Elaboración del Expediente Clínico:

IMPORTANTE: Para dar respuesta a los reactivos N° 80 a 105, primeramente deberá efectuarse la selección y la revisión de los expedientes clínicos y seguir las indicaciones de los instructivos correspondientes para el requisitado del "Formato de Concentración de Expedientes Clínicos"; dichos documentos se encuentran al final de la presente sección (páginas N° 35 a 39). Tanto los reactivos del citado formato como los reactivos que se enlistan a continuación, coinciden en su numeración y el valor "PROMEDIO" obtenido de cada reactivo incluido en el mencionado formato, se utilizará para dar respuesta al reactivo del mismo número enlistado a continuación.

Expediente clínico

- | | |
|--|--|
| <p>58. Integración.- Es la acción que permite asegurar la presencia conjunta de la documentación necesaria en el expediente clínico, para registrar todos los actos médicos relacionados con la atención proporcionada al paciente (notas iniciales, historia clínica, hoja frontal, notas médicas, informe de estudios de laboratorio y gabinete y otros). Es indispensable que en el expediente exista la documentación que ha sido elaborada, debidamente ordenada, correspondiente a las acciones médicas realizadas.</p> | <p>80. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?</p> <ol style="list-style-type: none">1) 1.50 ó más2) 1.00 - 1.493) 0.50 - 0.994) 0.49 ó menos |
| <p>59. Orden cronológico de las notas médicas.- Es el ordenamiento por fecha y hora de elaboración que deben guardar las notas médicas en el expediente, colocadas la más antigua al final y la más reciente al frente. Es indispensable que la totalidad de las notas médicas conserven este acomodo.</p> | <p>81. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?</p> <ol style="list-style-type: none">1) 1.50 ó más2) 1.00 - 1.493) 0.50 - 0.994) 0.49 ó menos |
| <p>60. Pulcritud y legibilidad de la historia clínica y notas médicas.- Es la elaboración de estos documentos con limpieza, buena presentación, legibles y evitando el uso de abreviaturas. Es deseable que la totalidad de dichos documentos cumplan con estas características.</p> | <p>82. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?</p> <ol style="list-style-type: none">1) 1.50 ó más2) 1.00 - 1.493) 0.50 - 0.994) 0.49 ó menos |
| <p>61. Glosa de resultados de laboratorio y/o gabinete.- Es la colocación en el expediente clínico de los reportes de resultados, en formatos oficiales, de los exámenes de laboratorio y/o gabinete practicados al paciente. Es necesario que la totalidad de estos resultados se hayan anexado al expediente clínico, debidamente ordenados, el más antiguo al final y el más reciente al frente.</p> | <p>83. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?</p> <ol style="list-style-type: none">1) 1.50 ó más2) 1.00 - 1.493) 0.50 - 0.994) 0.49 ó menos |



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CATEGORÍA Y N° PROGRESIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO	REACTIVO
---------------------------	---	----------

5) No Necesario

62. Nombre y firma del médico.- Se refiere a la necesidad de escribir, al final de las notas médicas y en las solicitudes de estudios paraclínicos, el nombre completo y legible del médico que las elabora, así como su firma. Es obligatorio que la historia clínica y la totalidad de las notas y órdenes médicas cumplan con esta indicación.

84. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?

- 1) 1.50 ó más
- 2) 1.00 - 1.49
- 3) 0.50 - 0.99
- 4) 0.49 ó menos

Historia clínica

63. Existencia.- Su presencia será con base en lo establecido en el Capítulo III, Artículo 8, de la Norma Técnica N° 52: "La historia clínica la elabora el médico al usuario que lo amerita, de acuerdo con los diagnósticos o problemas clínicos....". Es obligatorio que la totalidad de los expedientes se apeguen a esta disposición (en el caso de padecimientos transmisibles de notificación obligatoria, notificación inmediata, crónico-degenerativos, embarazadas y pacientes hospitalizados, es imperativo efectuar historia clínica).

85. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?

- 1) 1.50 ó más
- 2) 1.00 - 1.49
- 3) 0.50 - 0.99
- 4) 0.49 ó menos
- 5) No Necesario

64. Completa.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo III, Artículo 9, de la Norma Técnica N° 52: "La historia clínica consta de interrogatorio y exploración física y se elabora en el orden siguiente..." (ver Artículo indicado). Es obligatorio que la totalidad de las historias clínicas cumplan con esta disposición.

86. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?

- 1) 1.50 ó más
- 2) 1.00 - 1.49
- 3) 0.50 - 0.99
- 4) 0.49 ó menos
- 5) No Necesario

Notas médicas

65. Nota inicial o de ingreso.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 13, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico del servicio que recibe al enfermo y tiene las características siguientes: procedencia del enfermo, enumeración de diagnósticos y problemas clínicos con su fundamento, plan de estudio y tratamiento inicial." Es obligatorio que la totalidad de las notas iniciales o de ingreso cumplan con esta disposición.

87. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?

- 1) 1.50 ó más
- 2) 1.00 - 1.49
- 3) 0.50 - 0.99
- 4) 0.49 ó menos

66. Nota de revisión.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 14, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico responsable de la atención del paciente y tiene las características siguientes: corrobora los datos de la historia clínica y de la nota de ingreso, define el plan de estudio, establece los criterios diagnóstico y terapéutico

88. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración?

- 1) 1.50 ó más
- 2) 1.00 - 1.49
- 3) 0.50 - 0.99



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CATEGORÍA Y N° PROGRESIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO	REACTIVO
	del servicio y señala el pronóstico." Es obligatorio que la totalidad de las notas de revisión cumplan con esta disposición.	4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
67.	Notas de evolución.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 15, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico del servicio, en el paciente ambulatorio cada vez que asiste a consulta, y en el hospitalizado una vez al día o cuantas veces sea necesario, de acuerdo con el estado clínico del paciente y tiene las características siguientes: evolución y actualización del cuadro clínico, interpretación de los resultados de los estudios de laboratorio y gabinete, solicitud y fundamento de interconsultas, comentarios y opinión de las interconsultas; y modificaciones al tratamiento." Es obligatorio que la totalidad de las notas de evolución cumplan con esta disposición.	89. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
68.	Nota de interconsulta.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 16, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico consultado y tiene las características siguientes: servicio que otorga la interconsulta, criterio diagnóstico, sugerencias del plan de estudios, y sugerencias terapéuticas." Es obligatorio que la totalidad de las notas de interconsulta cumplan con esta disposición.	90. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
69.	Nota preoperatoria.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 17, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el cirujano que va a intervenir al enfermo, y tiene las características siguientes: diagnóstico, intervención quirúrgica y pronóstico; cuidados y plan terapéutico preoperatorio." Es obligatorio que la totalidad de las notas preoperatorias cumplan con esta disposición.	91. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
70.	Nota preanestésica.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 18, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico del servicio de Anestesiología y tiene las características siguientes: estudio clínico del paciente en relación a la anestesia, tipo de anestesia de acuerdo a las condiciones del paciente y a la intervención quirúrgica planeada; riesgo anestésico y medicación preanestésica." Es obligatorio que la totalidad de las notas preanestésicas cumplan con esta disposición.	92. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
71.	Nota postoperatoria.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V,	93. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CATEGORÍA Y N° PROGRESIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO	REACTIVO
	Artículo 19, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el cirujano y tiene las características siguientes: diagnóstico preoperatorio; operación proyectada; técnica quirúrgica; operación realizada; hallazgos; estudios de laboratorio y gabinete transoperatorios; incidentes y accidentes; diagnóstico postoperatorio; estado post-quirúrgico inmediato del paciente; pronóstico y plan de manejo y tratamiento inmediato." Es obligatorio que la totalidad de las notas postoperatorias cumplan con esta disposición.	Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
72.	Hoja de anestesia.- Es el documento en el que se registran gráficamente los signos vitales y otros eventos relevantes relacionados con el acto anestésico; fuera del gráfico se anotan medicamentos y líquidos administrados, la valoración neurológica y el estado clínico al término del procedimiento. Es necesario que la elaboración de la hoja de anestesia cumpla con las características antes señaladas.	94. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
73.	Nota postanestésica.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 20, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico o técnico que administró la anestesia y tiene las características siguientes: tipo de anestesia; medicamentos utilizados; duración de la anestesia; incidentes y accidentes atribuibles a la anestesia; cantidad de sangre y soluciones aplicadas; estado clínico del enfermo a su egreso del quirófano; plan de manejo y tratamiento inmediato." Es obligatorio que la elaboración de la nota postanestésica cumpla con las características antes señaladas.	95. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
74.	Nota de egreso.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo V, Artículo 21, de la Norma Técnica N° 52: "...la elabora el médico responsable del enfermo y tiene las características siguientes: motivo del egreso; diagnósticos finales y su fundamento; resumen de la evolución y estado actual; resumen del tratamiento; problemas clínicos pendientes y plan terapéutico. En caso de defunción, las causas probables de la muerte y si se solicitó y obtuvo estudio necrópsico." Es obligatorio que la elaboración de la nota de egreso cumpla con las características antes señaladas.	96. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
75.	Informes de estudios de laboratorio y/o gabinete.- Su contenido y elaboración deben cumplir con lo establecido en el Capítulo VI, Artículo 22, de la Norma Técnica N° 52: "Los informes de estudios de laboratorio y gabinete comprenden los incisos siguientes: identificación del paciente; identificación del solicitante;	97. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CATEGORÍA Y N° PROGRESIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO	REACTIVO
	estudio solicitado; problema clínico en estudio; identificación del laboratorio o gabinete que realiza el estudio; resultado del estudio; valores normales; interpretación diagnóstica en su caso, y fecha en que se realiza el estudio." Es obligatorio que la elaboración de los informes de estudios de laboratorio y gabinete cumplan con las características antes señaladas.	3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
76.	Interpretación de los resultados de laboratorio y/o gabinete.- Es la constancia escrita en la nota médica, mediante la cual se comentan los hallazgos de laboratorio y gabinete y su relación con el diagnóstico o la evolución del paciente. Es necesario que la totalidad de estos resultados sean comentados oportunamente en las notas médicas por el médico tratante.	98. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
	Resultado de la atención	
77.	Diagnóstico de ingreso o impresión diagnóstica.- Es la integración de la entidad nosológica que se establece con fundamento en el interrogatorio, exploración física y, si lo amerita, en los resultados de laboratorio y gabinete a todo paciente que se hospitaliza o que recibe consulta de primera vez por un nuevo motivo de atención. Es obligatorio que en la totalidad de estos pacientes se establezca dicho diagnóstico y se consigne en el expediente.	99. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
78.	Diagnóstico de egreso o final.- Es la integración de la entidad nosológica principal que se establece con fundamento en el interrogatorio, exploración física, evolución del caso y, si lo amerita, en los resultados de laboratorio y gabinete, en todos los pacientes que fueron hospitalizados. Es imperativo que en la totalidad de los pacientes se haya establecido dicho diagnóstico y consignado en el expediente al momento de su alta.	100. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
79.	Congruencia clínico-diagnóstica.- Es la relación que existe entre los datos obtenidos por interrogatorio y exploración física y el (los) diagnóstico(s) establecido(s). Es imperativo que, en la totalidad de los casos, exista una correlación estrecha entre los datos clínicos y el (los) diagnóstico(s) formulado(s).	101. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
80.	Congruencia diagnóstico-terapéutica.- Es la relación que existe entre el (los) diagnóstico(s) formulado(s) al paciente durante la última atención y los medicamentos y medidas generales indicadas. Es imperativo que, en la totalidad de los casos, el tratamiento prescrito esté acorde con el (los) diagnóstico(s) efectuado(s).	102. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

CATEGORÍA Y N° PROGRESIVO	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y ESTÁNDARES DE DESEMPEÑO	REACTIVO
		3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos
81.	Congruencia diagnóstica con exámenes de laboratorio y/o gabinete.- Es la relación que existe entre el(los) diagnóstico(s) formulado(s) con los exámenes de laboratorio y/o gabinete solicitados y sus resultados. Es imperativo que, con base en la presunción diagnóstica, la totalidad de exámenes solicitados se justifiquen y que sus resultados confirmen el diagnóstico clínico.	103. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
82.	Congruencia del diagnóstico de ingreso con el diagnóstico de egreso.- Es la relación que existe entre la impresión diagnóstica formulada al inicio de la hospitalización con el diagnóstico definitivo, una vez concluido el estudio integral y proceda el alta del paciente. Es necesario que exista una correlación entre ambos.	104. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario
83.	Congruencia del diagnóstico preoperatorio con el diagnóstico histopatológico.- Es la relación que existe entre el diagnóstico presuncional preoperatorio y el reportado por el estudio histopatológico. Es indispensable que dichos diagnósticos sean coincidentes.	105. ¿En cuál de los siguientes rangos se ubica el valor promedio obtenido en este reactivo del Formato de Concentración? 1) 1.50 ó más 2) 1.00 - 1.49 3) 0.50 - 0.99 4) 0.49 ó menos 5) No Necesario



INSTRUCTIVO PARA LA SELECCIÓN DE EXPEDIENTES DE CONSULTA DE ESPECIALIDADES

CRITERIOS GENERALES:

Se deben aplicar los siguientes criterios:

- Para la selección de expedientes participan las cuatro Especialidades básicas y aquellas que presentan mayor demanda de consulta, considerando ambos turnos, hasta totalizar un máximo de 12 Expedientes.
- De cada Especialidad se obtienen dos expedientes para su revisión.
- Únicamente se incluyen los expedientes de pacientes subsecuentes, excluyendo todos los expedientes de consulta a sanos y de Planificación Familiar.

PROCEDIMIENTO:

El procedimiento de selección se lleva a cabo en la siguiente forma:

- De la Hoja Diaria de Consulta Externa de la Especialidad participante (SISPA-SS-01-P, antes SEIB) del día hábil inmediato anterior, se seleccionan los dos primeros expedientes marcados como subsecuentes en la columna respectiva.
- De no obtenerse los dos expedientes, se recurre a la Hoja del día previo y se aplica el mismo criterio.
- Una vez obtenidos los expedientes, se procede a su revisión.
- En los expedientes seleccionados que contengan notas de Consulta General y de Especialidades (Centros de Salud con Hospital), únicamente se califican las notas que corresponden a Consulta de Especialidad.

INSTRUCTIVO PARA LA SELECCIÓN DE EXPEDIENTES DE HOSPITALIZACIÓN

CRITERIOS GENERALES:

Se deben aplicar los siguientes criterios:

- Para la selección de expedientes participan todos aquéllos correspondientes a los pacientes que fueron egresados en la fecha seleccionada.
- Para efectuar la revisión, se obtiene un total de 12 expedientes, independientemente de la Especialidad tratante.

PROCEDIMIENTO:

El procedimiento de selección se lleva a cabo en la siguiente forma:

De la Relación de Egresos del Archivo Clínico correspondiente al día inmediato anterior, se seleccionan los expedientes que se encuentran en los

renglones con número par, hasta completar 12 expedientes.

- De no obtenerse los 12 expedientes, recurrir a la Relación de Egresos del día inmediato anterior y aplicar el mismo criterio (renglón 2, 4, 6...) y así sucesivamente, hasta completar el total de expedientes a revisar.
- En los expedientes seleccionados que contengan notas de hospitalizaciones o de consultas previas, la revisión de los conceptos correspondientes a los enunciados "Notas médicas" y "Resultado de la atención", únicamente considera lo referente al egreso actual; para el resto de conceptos correspondientes a los enunciados "Expediente Clínico" e "Historia Clínica", se toma en cuenta el expediente completo.



INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL FORMATO DE CONCENTRACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS (CONSULTA DE ESPECIALIDADES Y HOSPITALIZACIÓN)

Instrucciones para el llenado:

Al finalizar este instructivo se encuentran los formatos que deben utilizarse para registrar los resultados de la revisión de expedientes (uno para Consulta de Especialidad y uno para Hospitalización); su requisitado debe ser con lápiz, letra clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras. Estos formatos constan de cuatro secciones:

Sección I.- Datos de identificación:

- **Hoja N°:** Anotar el número(s) de hoja(s) utilizada(s) en la revisión de los expedientes (p. ejem. 1/1, 1/2, 2/2).
- **Entidad Federativa:** Anotar el nombre correspondiente.
- **Jurisdicción:** Anotar el nombre correspondiente.
- **Municipio:** Anotar el nombre del Municipio o Delegación Política (en el caso del D.F.).
- **Localidad:** Anotar el nombre de la localidad en la que se ubica la Unidad Médica.
- **Tipo de Unidad Médica:** Marcar con una "X" el cuadro correspondiente al tipo de Unidad, conforme al **Cuadro N° 1** de la Sección IV.
- **Clave de la Unidad:** Anotar claramente la clave asignada a la Unidad por el Registro Nacional de Infraestructura en Salud (RENIS), sin omitir ninguno de los 18 caracteres que la integran.
- **Fecha de elaboración:** Anotar el año, mes y día en que se efectúa la revisión de los expedientes.
- **Responsable del requisitado del Formato:** Anotar el nombre completo de la persona encargada de llenar el Formato de Concentración.

Sección II.- Datos del Expediente Clínico:

Esta sección está conformada por un cuadro con 15 columnas:

- En la primera columna se enlista el nombre de los 26 conceptos o variables a calificar, tal como se enuncian en el "Cuestionario para Directivos". Cada grupo de reactivos se encuentra encabezado por subtítulos (p. ejem. Expediente clínico, Historia clínica...etc.).
- En la segunda columna aparece el número del reactivo que explora el concepto o variable. Dicha numeración coincide con la asignada a su correspondiente reactivo en el "Cuestionario para Directivos".
- Las siguientes columnas, numeradas del 1-12, sirven para anotar la calificación que obtiene cada expediente, de acuerdo al siguiente criterio:

- ◇ **Cumple:** Significa que el concepto revisado reúne las características establecidas en el estándar de desempeño y se califica con 2.

- ◇ **Cumple parcialmente:** Significa que el concepto revisado reúne alguna(s) de las características establecidas en el estándar de desempeño y se califica con 1.

- ◇ **No cumple:** Significa que el concepto revisado no reúne ninguna de las características establecidas en el estándar de desempeño o que dicho concepto no existe; también aplica cuando el expediente seleccionado no se localiza. Se califica con 0.

- ◇ **No necesaria:** Significa que, por las características de la atención proporcionada, el concepto no se requiere y se califica con "NN" (p. ejem. Nota de interconsulta en control de embarazo normal).

El **Cuadro N° 2** de la Sección IV, presenta las opciones de respuesta que son válidas para cada uno de los reactivos a resolver.

- En la columna trece se registra el promedio (Prom) para cada concepto o variable (máximo 2, mínimo 0; p. ejem. 1.7, 0.75), que se obtiene de la suma de las calificaciones dadas a los expedientes revisados (numerador), dividida entre el total de expedientes revisados (denominador).
- Cuando un concepto o variable se califica en algún expediente como "No Necesaria (NN)", dicho expediente se excluye para obtener el promedio; en tal caso, el denominador es inferior al total de expedientes revisados.
- El promedio (Prom) obtenido en cada concepto o variable, se ubica en la opción de respuesta correspondiente en el "Cuestionario para Directivos". Finalmente, la opción seleccionada en el "Cuestionario para Directivos", se marca con "X" en la "Hoja de opciones de respuesta".

Sección III.- Nombre y/o número de expediente; Especialidad de procedencia:

Para anotar dentro del recuadro correspondiente, los datos de identificación del expediente clínico revisado y el código de la Especialidad de la que procede, según el **Cuadro N° 3** de la Sección IV.

Sección IV.- Cuadros de códigos:

Incluye tres cuadros de códigos para el requisitado de este formato: Cuadro N° 1, Tipo de Unidad Médica; Cuadro N° 2, Opciones de respuesta para cada reactivo y Cuadro N° 3, Especialidades de procedencia.



SECRETARÍA DE SALUD
 SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
 DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
 CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
 UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Sección III.- Nombre y/o número de expediente; Especialidad de procedencia

Nombre y/o número de expediente	Esp.	Nombre y/o número de expediente	Esp.
1)		13)	
2)		14)	
3)		15)	
4)		16)	
5)		17)	
6)		18)	
7)		19)	
8)		20)	
9)		21)	
10)		22)	
11)		23)	
12)		24)	

Sección IV.- Cuadros de códigos

Cuadro N° 1

Tipo de Unidad Médica
1. Centro de Salud con Hospital
2. Hospital General

Cuadro N° 2

Opciones de respuesta para cada reactivo									
80.	2	1	0		93.	2	1	0	NN
81.	2	1	0		94.	2	1	0	NN
82.	2	1	0		95.	2	1	0	NN
83.	2	1	0	NN	96.	2	1	0	NN
84.	2	1	0		97.	2	1	0	NN
85.	2		0	NN	98.	2	1	0	NN
86.	2	1	0	NN	99.	2		0	
87.	2	1	0		100.	2		0	NN
88.	2	1	0	NN	101.	2	1	0	
89.	2	1	0		102.	2	1	0	
90.	2	1	0	NN	103.	2	1	0	NN
91.	2	1	0	NN	104.	2	1	0	NN
92.	2	1	0	NN	105.	2	1	0	NN

Cuadro N° 3

Especialidades de procedencia			
01. Alergología	10. Cirugía Reconstruct.	19. Nefrología	28. Psiquiatría
02. Angiología	11. Dermatología	20. Neonatología	29. Rehabilitación
03. Audio-Foniatría	12. Endocrinología	21. Neumología	30. Reumatología
04. Cardiocirugía	13. Gastroenterología	22. Neurocirugía	31. Traumatología y Ortopedia
05. Cardiología	14. Genética	23. Neurología	32. Urología
06. Cirugía General	15. Gineco-Obstetricia	24. Oftalmología	33. Otras
07. Cirugía Max. Facial	16. Hematología	25. Otorrinolaringología	
08. Cirugía Oncológica	17. Infectología	26. Pediatría	
09. Cirugía Pediátrica	18. Medicina Interna	27. Psicología Clínica	



SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REGULACIÓN Y FOMENTO SANITARIO
DIRECCIÓN GENERAL DE REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
PROGRAMA DE MEJORÍA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
CUESTIONARIO PARA DIRECTIVOS
UNIDADES DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

ANEXO III

**INSTRUMENTO E INSTRUCTIVO PARA EVALUAR
PARA EVALUAR EL CUMPLIMIENTO
DE LA NOM 168 EN CONSULTA EXTERNA**

UNIDAD DEMOSTRATIVA QUALIMED
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EVALUAR LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
CONSULTA EXTERNA

UNIDAD: _____ **FECHA DE LA EVALUACIÓN:** _____

ÁREA: _____

INICIALES DEL EVALUADOR O DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO: _____

Las secciones con sombreado claro correspondan a las notas que deberían ser evaluadas preferentemente por médicos.
 Códigos para la calificación: 1 = característica presente; 0 = característica ausente; N = no procede

1	REF NOM 168	Identificación del caso / número de expediente:						1
2	5.1.	¿Existe expediente?						2
3	8.2.	Historia clínica						3
4	5.9.	Fecha						4
5	5.9.	Hora						5
6	5.8.	Nombre completo del paciente						6
7	5.8.	Edad del paciente						7
8	5.8.	Sexo del paciente						8
9	5.8.	Número de cama o expediente (si es el caso)						9
10	6.1.1.	Interrogatori/antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido exfumador, exalcohólico y exadicto) y no patológicos						10
11	6.1.1.	Interrogatorio/padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)						11
12	6.1.1.	Interrogatorio por aparatos y sistemas						12
13	6.1.2.	Exploración física/habitus exterior						13
14	6.1.2.	Exploración física/signos vitales/ pulso						14
15	6.1.2.	Exploración física/signos vitales/ temperatura						15
16	6.1.2.	Exploración física/signos vitales/ tensión arterial						16
17	6.1.2.	Exploración física/signos vitales/frecuencia cardiaca						17
18	6.1.2.	Exploración física/signos vitales/frecuencia respiratoria						18
19	6.1.2.	Exploración física/datos de cabeza						19
20	6.1.2.	Exploración física/datos de cuello						20
21	6.1.2.	Exploración física/datos de tórax						21
22	6.1.2.	Exploración física/datos de abdomen						22
23	6.1.2.	Exploración física/datos de miembros						23
24	6.1.2.	Exploración física/datos de genitales						24
25	6.1.3.	Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros						25
26	6.1.4.	Terapéutica empleada y resultados obtenidos						26
27	6.1.5.	Diagnósticos o problemas clínicos						27
28	5.9.	Nombre completo de quien la elabora						28
29	5.9.	Firma de quien la elabora						29
30	6.2	Nota de evolución						30
31	5.9.	Fecha						31
32	5.9.	Hora						32
33	5.8.	Nombre completo del paciente						33
34	5.8.	Edad del paciente						34
35	5.8.	Sexo del paciente						35
36	6.2.1.	Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones)						36
37	6.2.2.	Signos vitales						37
38	6.2.3.	Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento						38
39	6.2.4.	Diagnósticos						39
40	6.2.5.	Tratamiento e indicaciones médicas						40
41	6.2.5.	Medicamentos: nombre del medicamento						41
42	6.2.5.	Medicamentos: vía de administración						42
43	6.2.5.	Medicamentos: dosis						43
44	6.2.5.	Medicamentos: periodicidad						44
45	6.2.5.	Medicamentos: duración						45
46	6.2.5.	Soluciones: nombre del medicamento						46
47	6.2.5.	Soluciones: dosis						47
48	6.2.5.	Soluciones: periodicidad						48
49	6.2.5.	Cuidados generales del paciente: descripción						49
50	6.2.5.	Cuidados generales del paciente: periodicidad						50
51	6.2.5.	Cuidados generales del paciente: duración						51
52	6.2.5.	Estudios						52
53	5.9.	Nombre completo de quien la elabora						53
54	5.9.	Firma de quien la elabora						54
55	7.2.1.	Solicitud de interconsulta (si es el caso)						55
56	6.4.	De referencia/traslado (si es el caso)						56
57	7.1.1.	Fecha						57
58	7.1.1.	Hora						58

59	5.8.	Nombre completo del paciente						59
60	5.8.	Edad del paciente						60
61	5.8.	Sexo del paciente						61
62	5.8.	Número de cama o expediente (si es el caso)						62
63	6.4.1.	Establecimiento que envía						63
64	6.4.2.	Establecimiento receptor						64
65	6.4.3.	Motivo de envío						65
66	6.4.3.	Impresión diagnóstica						66
67	6.4.3.	Terapéutica empleada (si la hubo)						67
68	5.9.	Nombre completo de quien la elabora						68
69	5.9.	Firma de quien la elabora						69
70	5.	GENERALIDADES						70
71	5.10	Expresadas en lenguaje técnico médico						71
72	5.10	Sin abreviaturas						72
73	5.10	Con letra legible						73
74	5.10	Sin enmendaduras ni tachaduras						74
75	5.10	En buen estado						75
76	5.17	Copia del contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica (sólo cuando proceda)						76
77		TOTAL DE "UNOS" A						77
78		TOTAL DE "CEROS" B						78
79		TOTAL DE "UNOS" MÁS TOTAL DE "CEROS" (A+B) = C						79
80		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (A/C) X 100						80

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EVALUAR LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO INSTRUCTIVO

El instrumento diseñado por Qualimed para evaluar la integración del expediente clínico es la “Lista de verificación para evaluar la elaboración e integración del expediente clínico”. Con el fin de facilitar la evaluación, se prepararon listas de verificación específicas para expedientes de hospitalización (udqexlvhos) consulta externa (udqexlvce) y urgencias (udqexlvurg). En ellas se incluyeron los criterios de la Norma Oficial Mexicana 168, del expediente clínico, que deben aparecer prácticamente en todos los expedientes. Por otra parte, se omitieron algunos criterios que se aplican con demasiada poca frecuencia (como la hoja de egreso voluntario y el resumen clínico, por ejemplo) que harían los instrumentos más extensos en forma innecesaria. Se recomienda que estos instrumentos sean aplicados por equipos de dos o más personas para evaluar los expedientes que resulten seleccionados dentro de la muestra. Es indispensable que en cada equipo participe por lo menos un médico. Las instrucciones que se presentan a continuación corresponden a la lista de verificación para evaluar expedientes de hospitalización; no obstante, son aplicables para las listas de verificación de consulta externa y urgencias.

La “Lista de verificación” tiene tres secciones distribuidas en cuatro páginas. En la primera, al principio de la página 1, se incluyen el título del instrumento y los espacios para registrar datos de ubicación de la UDQ e identificación de los casos evaluados. La segunda sección, que ocupa la mayor parte, contiene el listado de características que debe presentar un expediente bien integrado. La tercera sección, al final del instrumento, en la página 4, sirve para calcular el porcentaje de cumplimiento para cada expediente revisado. A continuación se describen en las tres secciones.

Título, datos de identificación y encabezados de filas y columnas

En la primera parte del instrumento (ver figura 1), inmediatamente después del título, se deben registrar los datos que permiten identificar el hospital, el área en que se está llevando a cabo la UDQ (por ejemplo, 5° piso, Terapia Intensiva), la fecha de la evaluación y las iniciales de los integrantes del equipo evaluador. **EI registro de esta información es indispensable.**

Con el fin de facilitar el manejo del instrumento, tanto durante su aplicación como en el momento de la captura, cada una de las filas (renglones) está identificada con un número progresivo, mismo que aparece en dos columnas con sombreado oscuro en los extremos derecho e izquierdo.

En las celdas de la fila 1 se deberán registrar los datos para identificar cada uno de los casos evaluados; por lo general se anotan los números de los expedientes asignados al equipo. En caso de que los expedientes no cuenten con un número,

será necesario escribir algún dato que permita identificar el caso (como las iniciales del paciente o el número de contrato). **Se deberán registrar datos de todos los casos asignados a un equipo, independientemente de que el expediente haya sido localizado o no. El registro de esta información es indispensable.** En cada instrumento hay espacio para calificar hasta cinco expedientes. Cuando el equipo evaluador revise menos de cinco casos, deberá dejar en blanco las celdas de las columnas que no se ocuparon (ver figura 1).

A partir de la fila 2, y hasta la 190, aparecen listadas las características que deben presentar los expedientes y los documentos en ellos contenidos. Esta lista de características es un desglose de los criterios y subcriterios que se definen en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1, 1998, Del expediente clínico.

En la fila 1 aparece como encabezado de la segunda columna el texto “**REF NOM 168**” (referencia a la NOM 168). Los números de las celdas de esa columna representan los criterios y subcriterios que aparecen en la NOM 168, a los cuales se refieren las características listadas en el instrumento. De este modo, se pretende facilitar la consulta de la Norma en caso de que surgiera alguna duda. Es frecuente encontrar que la referencia a un criterio de la NOM 168 se repita en varias filas. Esto se debe, por un lado, a que la forma en que está redactado el criterio en la NOM integra dos o más características, mismas que se presentan por separado en el instrumento. Por ejemplo, el criterio 5.2.3. de la NOM 168 dice que todo expediente clínico deberá tener los siguientes datos generales: nombre, sexo, edad y domicilio del usuario. En el instrumento, cada uno de estos datos se considera una característica que debe ser cotejada por el equipo evaluador (ver figura 1).

Por otra parte, un criterio puede citarse en varias filas a lo largo de todo el instrumento debido a que dicho criterio describe una o más características que comparten diferentes tipos de notas y reportes. Tal es el caso de los criterios 5.8 y 5.9, que textualmente dicen:

“5.8. Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.”

“5.9. Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.”

De este modo, en cada reporte y nota médica el equipo evaluador debe verificar que estén presentes dichas características (ver figura 1).

Cuando en una celda de la segunda columna aparece “S/R” deberá entenderse que en la Norma no existe la referencia correspondiente, no obstante, la característica es de gran importancia. Tales son los casos de las características que aparecen en las filas 15, 16 y 17, que se refieren, respectivamente, a los comentarios del médico, al plan de diagnóstico y a la impresión diagnóstica.

UNIDAD DEMOSTRATIVA QUALIMED
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EVALUAR LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO DE HOSPITALIZACIÓN

HOSPITALIZACIÓN: GENERAL DE TODO FECHA DE LA EVALUACIÓN: 10 DE JUNIO DE 2000
 ÁREA: QUINTO PISO
 DEL EVALUADOR O DE LOS INTEGRANTES DEL EQUIPO: EQUIPO 2: FJM, GAA, ECCh

Las secciones con sombreado claro correspondan a las notas que deberían ser evaluadas preferentemente por médicos.
 Códigos para la calificación: 1 = característica presente; 0 = característica ausente; N = no procede

1	REF NOM 168	Identificación del caso / número de expediente:	259-07	568-12	085-28	492-03		1
2	5.1.	¿Existe expediente?	1	1	0	1		2
3	8.	DE LAS NOTAS MÉDICAS DE HOSPITALIZACIÓN						3
4	8.1.	De ingreso						4
5	5.9.	Fecha						5
6	5.8.	Nombre completo del paciente						6
7	5.8.	Edad del paciente						7
8	5.8.	Sexo del paciente						8
9	5.8.	Número de cama o expediente (si es el caso)						9
10	8.1.1.	Signos vitales	1	0			0	10
11	8.1.2.	Resumen del interrogatorio	1	1			0	11
12	8.1.2.	Resumen de la exploración física	1	1			0	12
13	8.1.2.	Resumen del estado mental (si es el caso)	1	N			0	13
14	8.1.3.	Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	1	N			0	14
15	S/R	Comentarios					0	15
16	S/R	Plan de manejo					0	16
17	S/R	Impresión diagnóstica					0	17
18	8.1.4.	Tratamiento	1	1			0	18
19	8.1.5.	Pronóstico	1	0			0	19

Fig. 1. Llenado de la primera parte de la “Lista de verificación”

Características del expediente y forma de calificación

La “Lista de verificación para evaluar la elaboración e integración del expediente clínico” permite cotejar cuáles de las características consideradas están presentes o ausentes en un expediente, a partir de lo cual, es posible calcular un porcentaje de cumplimiento de los criterios de la NOM 168. A continuación se explica la forma de calificar.

Cuando se localiza el expediente correspondiente a un caso solicitado, se escribe un “1” (uno) en la celda de la fila 2 que corresponda a la columna del caso y se procede a calificar el expediente con base en cada una de las características listadas en el instrumento. Por el contrario, si el expediente no es entregado al equipo, se anota “0” (cero) en la celda de la fila 2 que corresponda a la columna del caso y se cancelan con líneas onduladas todas las celdas de la misma columna.

El cumplimiento o incumplimiento de cada característica se registra en las celdas que están por debajo del número que identifica cada caso. Dichas filas incluyen desde la fila 5 hasta la 190.

Cuando se encuentra que un expediente cumple con la característica que se está revisando, se escribe un uno (“1”) en la celda correspondiente.

Cuando la característica en cuestión no está presente, **y debería estarlo**, se anota un cero (“0”). En el caso de que el expediente no cuente con una sección completa (por ejemplo, la nota de ingreso), todas las características correspondientes a dicha sección deberán calificarse con “0”.

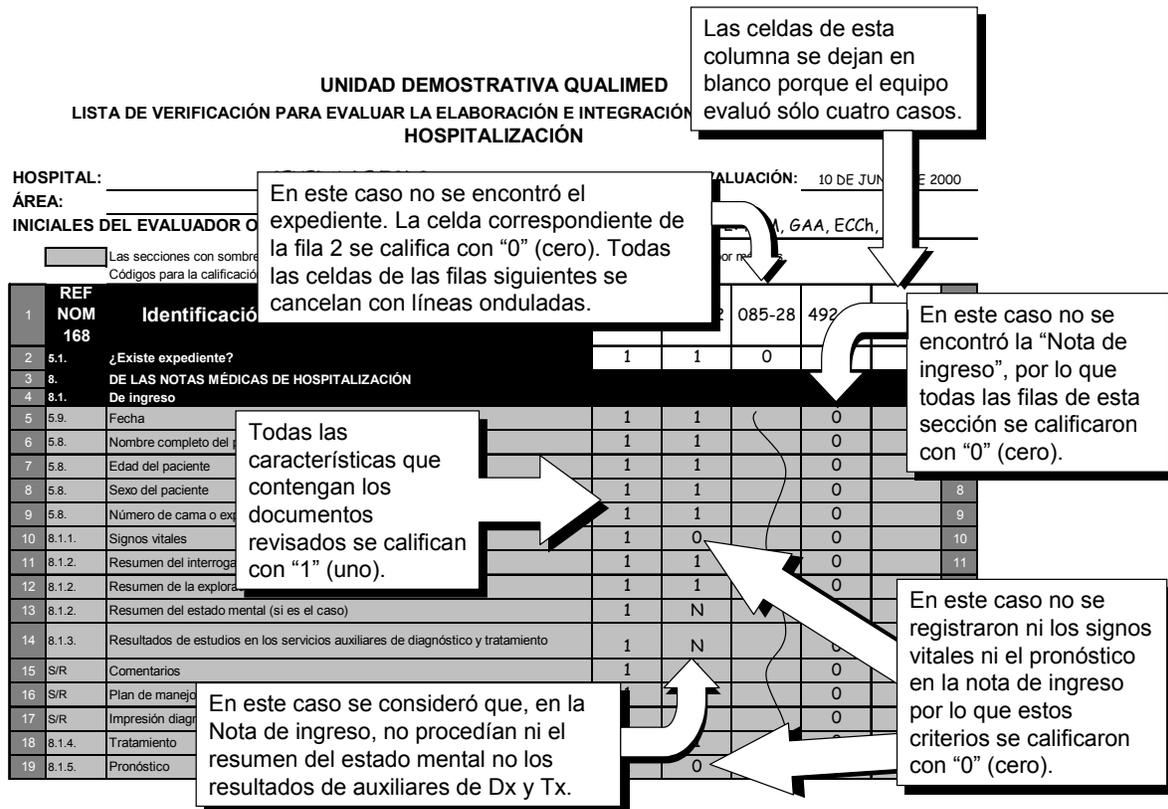


Fig. 2. Forma de calificar las características de los documentos contenidos en el expediente.

Cuando la característica no está presente, pero **tampoco debería aparecer** (por ejemplo, comentarios sobre los resultados de estudios de laboratorio y gabinete cuando no han sido solicitados) se anota una “N”, que significa que dicha característica no procede en este caso. Para agilizar la evaluación de un expediente, se sugiere cancelar las secciones completas que no procedan de la siguiente manera: en la primera celda de la sección que no proceda se anota una “N” (por ejemplo, en la correspondiente a la fila 75 en el caso de la nota preoperatoria de un paciente que no fue intervenido quirúrgicamente). Enseguida, se cancelan con una línea ondulada hacia abajo las celdas de la columna que correspondan a la misma sección (las correspondientes a las filas 76 a 90 en el mismo ejemplo). En la figura 3 se ejemplifica la forma de cancelar secciones completas.

UNIDAD DEMOSTRATIVA QUALIMED
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EVALUAR LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
HOSPITALIZACIÓN

HOSPITAL: _____
 ÁREA: _____
 INICIALES DEL EVALUADOR O _____
 Las secciones con sombreo Códigos para la calificación

EVALUACIÓN: 10 DE JUNIO DE 2000
 GAA, ECCh, MCD

En este caso no se encontró el expediente. La celda correspondiente de la fila 2 se califica con "0" (cero). Todas las celdas de las filas siguientes se cancelan con líneas onduladas.

1	REF NOM 168	Identificación					
2	5.1.	¿Existe expediente?	1	1	0	1	2

74	8.5.	Nota preoperatoria					74
75	5.9.	Fecha	1	N			75
76	5.9.	Hora	0				76
77	5.8.	Nombre	1				
78	5.8.	Edad	1				
79	5.8.	Sexo	1		1		
80	5.8.	Número	1		1		
81	8.5.1.	Fecha			1		
82	8.5.2.	Diagn			1		
83	8.5.3.	Plan			0		
84	8.5.4.	Tipo			0		
85	8.5.5.	Riesg			0		
86	8.5.6.	Cuida	0		0		
87	8.5.7.	Pron	0		0		87
88	5.9.	Nombre	0		0		88
89	5.9.	Firma	1		1		89
90	8.6.	Nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico	0		0		90

Este expediente correspondió a un paciente que no fue intervenido quirúrgicamente, por lo que se canceló la sección que se refiere a la nota preoperatoria escribiendo "N" en la primera celda (fila 75) y una línea ondulada en las filas restantes (de la 76 a la 90). Procederá hacer lo mismo con la sección correspondiente a la nota postoperatoria.

En este caso no se anota "N" en la fila 75 debido a que no se encontró el expediente respectivo.

Fig.3. Forma de cancelar secciones cuya calificación no procede.

A continuación se presentan algunas consideraciones especiales para evaluar expedientes de las áreas de hospitalización, consulta externa y urgencias.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EVALUAR EXPEDIENTES DEL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

1. En todos se evaluarán los siguientes aspectos (las únicas calificaciones posibles son 1 ó 0)
 - Existencia del expediente
 - Datos generales
 - Nota del ingreso más reciente
 - Historia clínica
 - Las notas de evolución correspondientes a su estancia más reciente.
 - Las hojas de órdenes médicas correspondientes a su estancia más reciente
 - Las hojas de enfermería correspondientes a su estancia más reciente
 - En el momento en que en las notas de evolución, tratamiento e indicaciones médicas y hojas de enfermería se encuentre alguna deficiencia en el cumplimiento de algún criterio, esto será suficiente para calificar con cero ese criterio, por lo que no será necesario evaluarlo en el resto de las notas correspondientes. Por ejemplo, si se detecta la falta de firma en un hoja de órdenes médicas, se califica con cero el criterio de "firma" y no se revisa en el resto de las hojas de órdenes médicas.

-
-
- La nota de su último egreso
 - La carta de consentimiento bajo información.
 - Las generalidades en la historia clínica y en todas las notas y reportes correspondientes a su estancia más reciente

2. Las notas que podrán ser calificadas con N (no procede) son:

- Nota preoperatoria
- Nota preanestésica, vigilancia y registro anestésico
- Nota postoperatoria
- Reporte de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

En todos estos casos, cuando proceda, se evaluarán las notas y reportes correspondientes a la estancia más reciente.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EVALUAR EXPEDIENTES DEL ÁREA DE CONSULTA EXTERNA

1. En todos se evaluarán los siguientes aspectos (las únicas calificaciones posibles son 1 ó 0)

- Existencia del expediente
- Historia clínica
- Nota de evolución correspondiente a la consulta más reciente.
- Las generalidades en la historia clínica
- Las generalidades en la nota de evolución correspondiente a la consulta más reciente

2. Las notas que podrán ser calificadas con N (no procede) son:

- Nota de interconsulta
- De referencia/traslado
- Reporte de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

En todos estos casos, cuando proceda, se evaluarán las notas y reportes correspondientes a la consulta más reciente.

CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA EVALUAR EXPEDIENTES DEL ÁREA DE URGENCIAS

1. En todos se evaluarán los siguientes aspectos (las únicas calificaciones posibles son 1 ó 0)

- Existencia del expediente
- Nota inicial
- Notas de evolución
- Carta de consentimiento bajo información
- Nota de egreso del servicio
- Las generalidades en la nota inicial, en las notas de evolución y en la nota de egreso.

2. Las notas que podrán ser calificadas con N (no procede) son:

- De referencia/traslado
- Reporte de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Obtención del porcentaje de cumplimiento de cada expediente revisado

En la parte final de la “Lista de verificación”, en la página 4, se encuentra una sección para facilitar el cálculo rápido del porcentaje de cumplimiento en la elaboración e integración para cada expediente clínico evaluado. El procedimiento para la obtención de dicho porcentaje se describe a continuación.

Cuando se termina de calificar un expediente, se cuentan los “unos” de la columna correspondiente en las cuatro páginas y se escribe el resultado en la celda de la fila 191, titulada como “Total de ‘unos’ A”.

Enseguida, se cuentan los “ceros” y el resultado se anota en la celda de la fila 192, cuyo título es “Total de ‘ceros’ B”.

En la celda de la fila 193, titulada “Total de ‘unos’ más total de ‘ceros’ (A + B) = C”, se escribe el resultado de sumar las dos cantidades anteriores.

En la última celda de la columna se calcula el porcentaje de cumplimiento para el expediente aplicando la fórmula $(A/C) \times 100$.

Las celdas calificadas con “N” no se consideran.

Es necesario recordar que las celdas de columnas correspondientes a expedientes no localizados deben ser canceladas con una línea ondulada. En la figura 4 se ejemplifica el procedimiento descrito.

UNIDAD DEMOSTRATIVA QUALIMED
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA EVALUAR LA ELABORACIÓN E INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO
HOSPITALIZACIÓN

HOSPITAL: _____
 ÁREA: _____
 INICIALES DEL EVALUADOR O _____
 EVALUACIÓN: 10 DE JUNIO DE 2000
 _____ GAA, ECCh, MCD

Las secciones con sombre
 Códigos para la calificaciór

En este caso no se encontró el expediente. La celda correspondiente de la fila 2 se califica con "0" (cero). Todas las celdas de las filas siguientes se cancelan con líneas onduladas.

1	REF NOM 168	Identificación			085-28	492-03			1
2	5.1.	¿Existe expediente?	1	1	0	1			2

184	5.	GENERALIDADES							184
185	5.10	Expresadas en lenguaje técnico médico	1	1		1			185
186	5.10	Sin abreviaturas	0	0		0			186
187	5.10	Con letra legible	1	0		0			187
188	5.10	Sin enmendaduras ni tachaduras	1	0		1			188
189	5.10	En buen estado	1	1		1			189
190	5.17	Copia del contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica (sólo cuando proceda)	1	1		1			190
191		TOTAL DE "UNOS" A	129	212		175			191
192		TOTAL DE "CEROS" B	103	67		98			192
193		TOTAL DE "UNOS" MÁS TOTAL DE "CEROS" (A+B) = C	232	279		273			193
194		PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO (A/C) X 100	56%	76%		64%			194

Fig. 4. Ejemplo de cálculo del porcentaje de cumplimiento.

ANEXO IV

**GUÍA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UDC EN LAS
UNIDADES PARTICIPANTES EN LAS FASES III Y IV
DEL PROGRAMA DE MEJORÍA CONTINUA DE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

**PROGRAMA DE MEJORÍA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA
(TERCERA FASE)**

UNIDAD DEMOSTRATIVA QUALIMED (UDQ)

GUÍA PARA EL CONSULTOR

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA

El objetivo de esta guía es orientar a los consultores de Qualimed en el desarrollo de las actividades correspondientes al desarrollo de la Unidad Demostrativa Qualimed en la tercera fase del proyecto “Mejoría continua de la calidad de la atención médica”.

Está estructurada de la siguiente forma:

- En primer lugar, se describe la naturaleza y el significado de la Unidad Demostrativa Qualimed.
- Se presentan los objetivos que se pretende alcanzar a través de las UDQ.
- Se describe el tipo de personal al cual, básicamente, están orientadas las actividades relacionadas con la UDQ.
- Continúa la descripción de los principales productos que se espera obtener.
- Por último, se presenta la forma en que están previstas las sesiones de trabajo que ocurrirán en cada una de las cinco visitas de los consultores de Qualimed a las entidades. En esta parte se detallan las actividades, los puntos a tratar y los materiales que el consultor deberá tener consigo para desempeñarse de manera adecuada. También se presentan algunos comentarios, a manera de recomendaciones, que el consultor deberá tener presentes al trabajar con el personal que integre el equipo de trabajo en la UDQ.

NATURALEZA Y SIGNIFICADO DE LA UNIDAD DEMOSTRATIVA QUALIMED

- La idea de las Unidades Demostrativas Qualimed (UDQ) surgió a partir de la identificación de tres necesidades comunes en las organizaciones de salud que pretenden iniciar esfuerzos para mejorar la calidad. Primero, la necesidad de mostrar al personal directivo y operativo, a través de un ejemplo y vivo, y no tan sólo mediante ejemplos, cómo se constituye, coordina y desarrolla un equipo de trabajo orientado a la mejora de la calidad, desde la definición del problema que pretenden abordar, hasta la elaboración del informe de mejora correspondiente. En segundo lugar, la necesidad de contar con evidencias de que la realización de actividades para mejorar la calidad puede producir resultados en un plazo relativamente breve cuando aquéllas se realizan de manera sistemática y apoyadas por una serie de instrumentos que facilitan el análisis de los problemas que determinan un nivel de calidad inferior al esperado y la elaboración y ejecución de propuestas de mejora. Por último y, sobre todo, la necesidad de destacar el valor de la calidad en la cultura de las organizaciones, empezando por un grupo de trabajo, con la certeza desencadenar una

especie de “contagio” hacia otros grupos y, a final de cuentas hacia toda la organización.

- Las UDQ son la traducción de una técnica utilizada en Agronomía para capacitar a los agricultores en el manejo de ciertos cultivos. Esta técnica, llamada “Parcelas Demostrativas”, consiste en términos generales en la identificación de un terreno de dimensiones reducidas, que presente condiciones ideales para la siembra, cultivo y cosecha de un vegetal determinado. Durante todo este proceso, dirigido por un experto, se controlan la mayor cantidad de variables que pudieran afectar el resultado esperado. De este modo, se demuestra a los agricultores, en la práctica, cómo el manejo adecuado de técnicas específicas conduce a la producción de una cosecha de mayor calidad que otras obtenidas en condiciones menos controladas.
- Por lo tanto, a grandes rasgos, una UDQ puede ser definida como un grupo de personas responsable de uno o varios procesos, sobre los cuales tiene autonomía de decisión y de gestión, con capacidad para producir resultados evidentes de mejora, cuya experiencia puede ser diseminada con relativa facilidad en corto plazo.
- Su propósito es propiciar una modificación de la cultura del grupo, donde se refuerce el valor de la calidad, de modo que ésta se exprese en conductas y actitudes que, debido a sus resultados, se “contagien” a otros grupos y se arraiguen en la cultura organizacional.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD DEMOSTRATIVA QUALIMED

- Mostrar a los directivos la forma de aplicación de los métodos, técnicas e instrumentos para la mejora continua de la calidad.
- Proporcionarles una visión clara de un proceso de mejora en marcha.
- Contar, en un plazo breve, con evidencias que puedan ser utilizadas por los propios directivos como argumentos sólidos para promover la formación de equipos para la mejora continua de la calidad.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

- Para el caso del desarrollo del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica, las UDQ deberán ser seleccionadas con base en los siguientes criterios:
- El grupo debe trabajar en un centro de salud urbano, sin hospitalización, ubicado en la capital del estado.
- El centro de salud debe contar con un mínimo de tres médicos (Núcleos Básicos de Salud)
- Cada médico debe otorgar un mínimo de cinco consultas diarias
- El director de la unidad deberá ser reconocido por ejercer un estilo de liderazgo que estimule la participación del personal en actividades donde esto sea un factor clave para la obtención de buenos resultados.
- El director de la deberá destacar por su iniciativa y creatividad al abordar los retos que represente el adecuado funcionamiento de la unidad.

PARTICIPANTES EN LAS ACTIVIDADES DEL COMPONENTE DE ASESORÍA

- Será necesario que haya disposición del siguiente personal para integrar un equipo de trabajo orientado a mejorar la integración del expediente clínico.
 - ✓ El director
 - ✓ Por lo menos dos médicos operativos
 - ✓ Por lo menos una enfermera de clínica
 - ✓ Por lo menos una trabajadora social
 - ✓ El responsable del archivo
- Es indispensable, además, la participación de algunos integrantes de la Coordinación Operativa. Se sugieren los siguientes:

- ✓ El líder de la Coordinación Operativa
 - ✓ El responsable de atención médica de la Jurisdicción Sanitaria
 - ✓ El médico integrante del equipo zonal de supervisión correspondiente
 - ✓ Por lo menos dos integrantes de la Subcoordinación de Capacitación
- La elección del tema de la integración de los expedientes clínicos obedece a las siguientes razones:
 - ✓ La integración del expediente es fundamental para el conocimiento de los pacientes y el seguimiento adecuado del tratamiento a sus padecimientos.
 - ✓ Un expediente mal integrado puede poner en riesgo la atención debido a la posibilidad de que se omita información relevante en la toma de decisiones clínicas.
 - ✓ Un expediente bien integrado es indispensable para la evaluación de la capacidad clínica.
 - ✓ El expediente clínico es un documento legal.
 - ✓ Actualmente la integración de los expedientes muestra deficiencias tanto en el sector público como en el privado
 - ✓ Las acciones realizadas para integrar el expediente han demostrado tener resultados en plazos bastantes breves.

PRODUCTOS DE LA UNIDAD DEMOSTRATIVA QUALIMED

Al finalizar las actividades en la UDQ, se espera contar con un informe que demuestre una mejor integración del expediente clínico.

ACTIVIDADES:

En las siguientes páginas, se describen las actividades que corresponden al componente de Asesoría por cada una de las visitas que se harán a la entidad.

Primera visita:

Sesión 1 (4 horas): Evaluación de la integración de los expedientes clínicos				
ACTIVIDAD	TIEMPO	PUNTOS A TRATAR	MATERIAL DE APOYO	RECOMENDACIONES
Registro de participantes			Hoja de registro de participantes	
Evaluación de los expedientes clínicos	4 horas	<p>Determinación de una semana completa (de domingo a lunes) del mes de octubre.</p> <p>Obtención de las hojas diarias de consulta externa correspondientes a la semana seleccionada.</p> <p>Si el número de consultas es muy grande, determinar algún criterio para seleccionar, de manera aleatoria, de las hojas diarias, un total de 100 casos, de los cuales se solicitará el expediente.</p> <p>En tanto se obtienen los expedientes solicitados, se explica a los participantes el uso del instrumento para evaluar la integración del expediente.</p> <p>Se distribuyen los expedientes encontrados, tomando nota de aquellos que no fueron localizados y calificando las columnas correspondientes con 0 (cero).</p> <p>Al finalizar, se realizan los cálculos correspondientes para obtener el promedio de cumplimiento.</p>	Instrumentos para evaluar la integración de los expedientes clínicos.	

Sesión 2 (6 horas): Elaboración del diagrama causa efecto y plan de acción para mejorar la integración de los expedientes clínicos				
ACTIVIDAD	TIEMPO	PUNTOS A TRATAR	MATERIAL DE APOYO	RECOMENDACIONES
Registro de participantes			Hoja de registro de participantes	
Conferencia de sensibilización: Presentación UDQ	45 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Objetivos • Actividades 	Acetatos	
Presentación de resultados de la integración de los expedientes clínicos	45 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Resultados generales • Resultados específicos por característica considerada 	Acetatos	
Elaboración del diagrama causa-efecto sobre el nivel de integración del expediente clínico	2 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Explicación de la técnica • Elaboración del diagrama 	Acetatos	
Elaboración del plan de acción	90 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de causas principales 		

para eliminar las causas que determinan la integración deficiente de los expedientes clínicos		<ul style="list-style-type: none">• Identificación de acciones para eliminarlas• Asignación de responsabilidades		
Presentación del sistema para evaluar la integración de los expedientes clínicos	30 min.	<ul style="list-style-type: none">• Descripción del sistema empleado para realizar la primera evaluación.• Asignación de responsabilidades para realizar las evaluaciones posteriores.	Instrumentos para evaluar la integración de los expedientes clínicos	

Segunda visita:

Sesión 1 (4 horas): Revisión de avance y capacitación				
ACTIVIDAD	TIEMPO	PUNTOS A TRATAR	MATERIAL DE APOYO	RECOMENDACIONES
Registro de participantes			Hoja de registro de participantes	
Revisión de avances en la ejecución del Plan de Acción	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de acuerdos y tareas Obstáculos y soluciones 	Hoja de registro de acuerdos de la sesión previa	
Análisis de resultados de la evaluación de la integración de los expedientes clínicos	60 min.	<ul style="list-style-type: none"> Repaso: procedimiento utilizado para obtener y evaluar los expedientes Porcentaje de cumplimiento observado 	Hoja de registro de acuerdos de la sesión previa	
Capacitación sobre desarrollo de indicadores	90 min.	<ul style="list-style-type: none"> Presentación del instrumento propuesto para desarrollar indicadores Descripción del indicador utilizado para evaluar la integración de los expedientes Elaboración de un indicador (a manera de ejemplo) 	Acetatos sobre el tema Formatos en blanco del instrumento para desarrollar indicadores	Se podrá desarrollar un indicador sobre tiempo de espera y, en función del tiempo, otro el porcentaje de algún tipo de error.
Capacitación sobre uso de herramientas gráficas para la presentación de datos	45 min.	<ul style="list-style-type: none"> Ventajas e importancia de la representación gráfica de datos Gráficas de barras Gráficas lineales Gráficas circulares 	Acetatos sobre el tema	
Establecimiento de compromisos	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> Programación de nueva evaluación Establecimiento de acuerdos y tareas 	Formato de Hoja de registro de acuerdos	

Tercera visita:

Sesión 1 (4 horas): Revisión de avance y capacitación				
ACTIVIDAD	TIEMPO	PUNTOS A TRATAR	MATERIAL DE APOYO	RECOMENDACIONES
Registro de participantes			Hoja de registro de participantes	
Revisión de avances en la ejecución del Plan de Acción	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de acuerdos y tareas Obstáculos y soluciones 	Hoja de registro de acuerdos de la sesión previa	
Análisis de resultados de la evaluación de la integración de los expedientes clínicos	60 min.	<ul style="list-style-type: none"> Repaso: procedimiento utilizado para obtener y evaluar los expedientes Porcentaje de cumplimiento observado 	Hoja de registro de acuerdos de la sesión previa	
Elaboración del diagrama de flujo del proceso "Manejo del expediente clínico en unidades del primer nivel de atención.	2 horas con 15 min.	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque de procesos (ejemplo de las papas fritas) Concepto de proceso Niveles de análisis de los procesos Utilidad de los diagramas de flujo Símbolos 	Acetatos sobre el tema	En caso de que el equipo utilice un tiempo menor que el estimado para realizar esta actividad, el consultor podrá optar entre elegir otro proceso e iniciar el diagrama correspondiente, o bien, desarrollar el tema "identificación y análisis de actividades críticas". Éste, si bien no aparece en la agenda de trabajo de ninguna visita, puede considerarse como un tema integrado.
Establecimiento de compromisos	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> Programación de nueva evaluación Establecimiento de acuerdos y tareas 	Formato de Hoja de registro de acuerdos	Una tarea importante será concluir y "pasar en limpio" el diagrama realizado y difundirlo entre el personal de la unidad.

Cuarta visita:

Sesión 1 (4 horas): Revisión de avance y capacitación				
ACTIVIDAD	TIEMPO	PUNTOS A TRATAR	MATERIAL DE APOYO	RECOMENDACIONES
Registro de participantes			Hoja de registro de participantes	
Revisión de avances en la ejecución del Plan de Acción	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de acuerdos y tareas Obstáculos y soluciones 	Hoja de registro de acuerdos de la sesión previa	
Análisis de resultados de la evaluación de la integración de los expedientes clínicos	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> Repaso: procedimiento utilizado para obtener y evaluar los expedientes Porcentaje de cumplimiento observado 	Hoja de registro de acuerdos de la sesión previa	
Elaboración de la carta de proceso del Manejo del expediente Clínico en Unidad de Primer Nivel	2 horas	<ul style="list-style-type: none"> Presentación del instrumento Presentación de ejemplo Elaboración de la carta de proceso 	Acetatos sobre el tema Ejemplares de carta de proceso (en acetato y en papel)	En caso de que el equipo utilice un tiempo menor que el estimado para realizar esta actividad, el consultor podrá optar entre la realización de algún ejercicio con diagramas de flujo de procesos ya realizados, o desarrollar el tema "identificación y análisis de actividades críticas". Éste, si bien no aparece en la agenda de trabajo de ninguna visita, puede considerarse como un tema integrado.
Presentación de la estructura básica de las propuestas e informes de mejora	45 min.	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de presentar por escrito las propuestas de mejora Estructura de las propuestas de mejora Estructura de los informes de mejora Planeación del informe de mejora de la integración del expediente clínico 	Acetatos sobre el tema	
Establecimiento de compromisos	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> Programación de nueva evaluación Establecimiento de acuerdos y tareas 	Formato de Hoja de registro de acuerdos	Una tarea importante será concluir y "pasar en limpio" el diagrama realizado y difundirlo entre el personal de la unidad.

Quinta visita:

Sesión 1 (4 horas): Revisión de avance y capacitación				
ACTIVIDAD	TIEMPO	PUNTOS A TRATAR	MATERIAL DE APOYO	RECOMENDACIONES
Registro de participantes			Hoja de registro de participantes	
Revisión de avances en la ejecución del Plan de Acción	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de acuerdos y tareas Obstáculos y soluciones 	Hoja de registro de acuerdos de la sesión previa	
Revisión del informe de mejora	1 hora 30 min.	<ul style="list-style-type: none"> Datos de identificación del equipo Fecha (en que se concluyó el informe) Tema Objetivo y meta (de mejora de la calidad) Justificación Análisis de la situación Acciones realizadas Sistema de monitoría Resultados Acciones por realizar Conclusiones 	Acetatos sobre propuestas de mejora Borrador de informe de mejora elaborado por los integrantes de la UDQ	El consultor debe poner especial atención en la claridad y congruencia del informe. En particular debe asegurarse de que la relación entre objetivos, metas y acciones realizadas es coherente. En el análisis de la situación actual deberán aparecer el diagrama causa – efecto y el diagrama de flujo (en caso de que éste se haya realizado). La descripción del sistema de monitoría consiste, básicamente, en la información contenida en la plantilla de indicadores. En este punto se deberá nombrar a los responsables de presentar el informe de mejora en la sesión de cierre.
Identificación de problemas de calidad	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> Ejercicio: en plenaria, elaboración de lista de problemas de calidad Repaso: ¿a qué se refieren los problemas de calidad? 	Pizarrón o rotafolio	La relación entre este tema y el cierre del informe de mejora es la siguiente: cuando se ha demostrado una mejora y se han establecido los controles para sostenerla, el equipo puede orientar sus esfuerzos a la identificación de otro tema (problema o proceso) y la elaboración de la propuesta de mejora correspondiente. La asignación de prioridades es útil para enfocar los esfuerzos en los aspectos que, por el momento, son importantes. Después de la elaboración de la lista en el pizarrón, el consultor debe orientar al grupo a identificar los problemas que, en efecto, se refieren a características de la forma en que se realiza el trabajo. Se debe insistir en que hay problemas que, si bien son importantes y reales, no son propiamente de calidad (aunque si la lleguen a afectar.
Asignación de prioridades	1 hora	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de enfocar los esfuerzos de mejora Relación con las prioridades establecidas en el Programa estatal de calidad. Descripción del instrumento para asignación de prioridades. Ejercicio 	Acetatos sobre el tema Ejemplares del instrumento para asignación de prioridades (en acetato y en papel)	Es importante destacar la importancia de identificar temas de mejora que correspondan a las prioridades definidas por los directivos estatales. El ejercicio propuesto consiste en aplicar el instrumento para calificar los problemas que el equipo listó en el ejercicio previo y que, en efecto, sean de calidad.
Conclusiones y agradecimientos	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> Reflexiones finales sobre la experiencia, por parte de los participantes y del consultor Agradecimiento del consultor a los participantes. 		

ANEXO V

**EJEMPLOS DE INFORMES DE ACTIVIDADES EN
DOS UDC PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE
MEJORÍA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN MÉDICA**

BAJA CALIFORNIA SUR

A) Factores que favorecieron u obstaculizaron la realización del programa de trabajo

FACILITADORES	OBSTÁCULOS
<ul style="list-style-type: none"> Involucramiento de la gran mayoría de los directores y subdirectores del nivel central de acuerdo a la estructura de apoyo conformada 	<ul style="list-style-type: none"> Cambio del Secretario de Salud durante la etapa de implantación del programa, lo que provocó incertidumbre en los integrantes de la estructura y desinterés en el desarrollo de las actividades agendadas
<ul style="list-style-type: none"> Respuesta positiva del personal que se involucró en la integración de los documentos finales 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de involucramiento de personal clave de los diferentes niveles al programa de calidad
	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de múltiples actividades simultáneas por parte del personal ocasionando inasistencia a algunas de las actividades programadas
	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia al cambio de la gran mayoría de las personas tanto en el nivel directivo como en el nivel operativo
	<ul style="list-style-type: none"> Deficiente comunicación entre las autoridades y el personal operativo lo que provoca desconocimiento de actividades

B) Actividades realizadas

ACTIVIDAD		DESCRIPCIÓN	AVANCE
1	<i>Presentación del programa al Estado</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se presentó el día 23 de noviembre de 1999. • Se contó con la presencia de la Dra. Georgina Velázquez Díaz, Directora General de Regulación de los Servicios de Salud. • El Dr. Ramón Alejandro Carballo Cota, Secretario de Salud del Estado, llevó a cabo la inauguración del evento. Participaron el Dr. Raúl E. Rodríguez Pulido, Director de Servicios de Salud; el Dr. Carlos L. Zárate Cueto, Director de Regulación Sanitaria; el Dr. Héctor Romero García, Director de Planeación, así como el Lic. Víctor O. García Castro, Director Administrativo. Asistieron los Subdirectores de área y Jefes de Servicio y de Departamento. Además participaron los jefes jurisdiccionales, Directores de Hospital, personal de atención médica, personal de estadística e informática, tanto de nivel estatal como jurisdiccional así como supervisores zonales. • Por parte de la Dirección de Calidad de la Atención Médica asistió el Dr. Alfredo Peniche y el Dr. Armando Armería • Por parte de Qualimed S.A. de C.V. asistió el Dr. Gabriel Angulo Aguilar. • La sesión tuvo una duración de 5 horas, en la que se trataron todos los puntos agendados. • Se establecieron acuerdos y compromisos sobre fechas y participantes de las actividades del programa. 	100%
2	<i>Configuración de la estructura de apoyo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • El Estado presentó su propuesta de configuración del Comité Directivo, Coordinación Operativa, Subcoordinación de Medición y Subcoordinación de Capacitación. • El Comité Directivo quedó integrado por los directivos de más alta jerarquía en el Estado. • La coordinación operativa se redujo a la participación de los siguientes cargos: Director de Servicios de Salud, Director de Planeación, Subdirector de Enseñanza y Programas Prioritarios, Subdirectora de Servicios Médicos Asistenciales, Subdirector de Estadística, Subdirectora de Informática, Jefe del Departamento de 1° y 2° nivel, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria N° 3 y el Director del Hospital General J.M. de Salvatierra. • En esta primera visita se definió la participación del personal clave para el desarrollo de las actividades, quedando el Dr. Raúl Eduardo Rodríguez Pulido como líder de la Coordinación Operativa. • La Subcoordinación de Medición quedó a cargo del Dr. Héctor Romero García, Director de Planeación. Participan en este grupo la Subdirectora de Estadística y la Subdirectora de Informática y la Subdirectora de Servicios Médicos . • La Subcoordinación de Capacitación quedó bajo la responsabilidad del Subdirector de Enseñanza y Programas Prioritarios, Dr. Gerardo Rodríguez Guzmán. Además participan los Coordinadores de Postgrado y de Capacitación Estatales, el Jefe del Departamento de Enseñanza; el responsable de Enseñanza del Hospital J. M. Salvatierra así como la Subdirectora de Servicios Médicos Asistenciales. 	100%
3	<i>Conformación de la "Unidad Demostrativa Qualimed"(UDQ)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con las especificaciones señaladas por la DCAM, se seleccionó, en conjunto con las autoridades estatales, al Centro de Salud Urbano No.1 de La Paz. • Este Centro cuenta con 10 núcleos básicos de atención en dos turnos y archivo clínico descentralizado. El grupo está configurado por el director del centro, dos enfermeras operativas, una médica de núcleo básico, un médico del equipo zonal supervisor del centro, el estadígrafo, coordinador de enseñanza del nivel jurisdiccional; el Subdirector de Capacitación de nivel Estatal, el Coordinador de Postgrado y la Subdirectora de Servicios Médicos Asistenciales. 	100%
4	<i>Capacitación a los miembros de la UDQ</i>	<ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con lo programado se han realizado tres sesiones de capacitación que incluye los siguientes temas: <ol style="list-style-type: none"> a) Técnica de lluvia de ideas. b) Uso e interpretación del diagrama causa-efecto. 	100%

SECRETARÍA DE SALUD

Tercera Fase de Implantación del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica

Informe Final / Baja California Sur

ACTIVIDAD		DESCRIPCIÓN	AVANCE
		<ul style="list-style-type: none"> c) Diseño de indicadores y de sistemas de medición. d) Uso de herramientas gráficas para la presentación de datos. e) Análisis de procesos. f) Diagramas de Flujo. g) Presentación de la estructura básica de las propuestas y los informes de mejora. h) Identificación de problemas. i) Asignación de prioridades. 	
5	<i>Asesoría a los miembros de la UDQ en el desarrollo del plan de acción para mejorar la calidad de la integración del expediente clínico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • De manera preliminar se estableció la conveniencia de mejorar el manejo y la integración del expediente clínico. Se realizaron, conforme a lo programado las siguientes actividades: <ul style="list-style-type: none"> a) Determinación general del grado de cumplimiento del NOM-168, de una muestra sistemática y proporcional de expedientes de un total de 10 núcleos básicos activos. b) Determinación del nivel de cumplimiento de la NOM-168 por criterio de la misma. c) Determinación de las posibles causas del nivel de cumplimiento de la NOM-168. d) Estructuración de las causas con la técnica de diagrama causa-efecto. e) Determinación de las prioridades de mejora en razón de la factibilidad y eficacia en la mejoría. f) Determinación y apoyo en el seguimiento de un plan de acción (problemas, objetivos, actividades, responsables y metas) para mejorar las prioridades señaladas. g) Medición cada dos semanas del nivel de cumplimiento de la NOM-168 (tres mediciones). 	100%
6	<i>Asesoría a los miembros de la UDQ en la elaboración del informe de actividades y resultados.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se revisaron los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> a) El guión de informe de mejora. b) Los propósitos de cada una de las secciones del informe. c) Estilo de presentación. d) Desarrollo de cada uno de los capítulos del Informe de Mejora. • Se establecieron fechas de entrega y responsables de la presentación del Informe de Mejora. • Se desarrollo la presentación del Informe de mejora a las autoridades estatales. • Entrega del Informe de Mejora de la UDQ a las autoridades estatales, representante de la Dirección General de Calidad y consultor de Qualimed. 	100%
7	<i>Asesoría y supervisión de la evaluación basal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó una primera sesión, a la cual fueron convocados todos los miembros de la Subcoordinación de medición, los jefes jurisdiccionales y los integrantes de todos los equipos zonales. • En relación con la supervisión de los avances: <ul style="list-style-type: none"> a) Para la segunda sesión se ratificó el programa de levantamiento de la información y se establecieron nuevos compromisos, definiendo la responsabilidad del personal encargado de la recopilación de la información tanto del primer nivel como del segundo, además, se aclararon los flujos de información interna respecto a estas tareas. b) Se detectaron errores en el manejo de los instrumentos y en el llenado de los formatos de concentración de datos. Se aclararon estos puntos. c) Para la tercera sesión se había cumplido el 75% de las actividades programadas a la fecha. d) Se asesoró a la Subcoordinación de Medición en el establecimiento del plan de análisis de los resultados de la evaluación basal. 	100%
8	<i>Capacitación para la evaluación basal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizó a lo largo de tres sesiones en las que se abarcaron los siguientes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> a) A manera de taller con el personal encargado del levantamiento de la información y supervisión del mismo, lo relacionado con el manejo de los instrumentos, la técnica de entrevista, la metodología para la revisión y calificación 	100%

ACTIVIDAD		DESCRIPCIÓN	AVANCE
		<p>de expedientes clínicos y rastreadores, los puntos clave de la supervisión del levantamiento y los puntos clave de la captura de información.</p> <p>b) Se realizó una práctica de campo en dos unidades de primer nivel y un hospital, con todo el personal encargado del levantamiento de la información y supervisión del mismo, sobre la técnica de entrevista y la metodología para la revisión y calificación de expedientes y rastreadores.</p> <p>c) En sesión plenaria se revisaron y puntualizaron los aspectos metodológicos así como la aclaración de dudas.</p> <p>d) Se capacitó al personal de la Subcoordinación de Medición en el uso e interpretación de la información basal y en la elaboración del informe de resultados.</p> <p>e) Se capacitó al personal de informática y estadística en el uso del software para la captura, procesamiento y producción de tablas de resultados.</p>	
9	<i>Software para la evaluación basal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Por considerarse conveniente para los intereses del Estado, el "software" actualizado fue enviado inicialmente vía correo electrónico. Junto con él fueron entregados los manuales de instalación y uso del mismo. Vía telefónica se realizaron las asistencias técnicas requeridas. • El lunes 13 de diciembre se instaló el software, sesión que incluyó la capacitación al personal responsable de la captura y procesamiento de datos. Además, se entregaron los respaldos en "diskettes" del "software" y se otorgó asistencia técnica específica para su manejo, a través de la captura de los datos que hasta ese momento se contaba. 	100%
10	<i>Asesoría para la elaboración del informe final de resultados de la evaluación basal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La elaboración de este informe incluyó el desarrollo de los capítulos con base a un guión de contenidos propuesto por Qualimed. • El análisis abarcó los resultados totales, por dimensión categorías y variables, tanto del primer nivel de atención como del segundo, incluyendo análisis descriptivos, comparativos y conclusiones. • Presentación de resultados relevantes a las autoridades estatales. • Entrega del Informe Final de la Evaluación Basal a las autoridades del estado, representante de la Dirección General de Calidad y consultor de Qualimed. 	100%
11	<i>Sensibilización del personal</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Se llevó a cabo el día 10 de Diciembre en el auditorio del Hospital General J. M. De Salvatierra, en La Paz, con una audiencia de 120 personas aproximadamente, de diferentes Instituciones tanto públicas como privadas. 	100%
12	<i>Asesoría para la elaboración del Programa Estatal de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Por tratarse del producto más importante de la implantación del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica, se establecieron las responsabilidades por parte de la Coordinación Operativa. • El Estado realizó la integración de la información requerida para la elaboración del programa, de acuerdo con un guión de contenidos proporcionado por Qualimed. • Se logró la integración de la información relacionada con los resultados de la evaluación basal y el informe de actividades de la UDQ. • Se Incluyó el desarrollo de los planes de acción de los distintos componentes del programa, de acuerdo con el Modelo Qualimed. • Para llevar a cabo la evaluación del programa, se desarrollaron indicadores específicos. • Entrega del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica a las autoridades estatales, representante de la Dirección General de calidad y Consultor de Qualimed. 	100%

SECRETARÍA DE SALUD**Tercera Fase de Implantación del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica****Informe Final / Baja California Sur**

	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	AVANCE
13	<i>Capacitación del personal directivo</i>	<ul style="list-style-type: none">• Esta capacitación ha estado dirigida a los miembros de la Subcoordinación de Capacitación que, de acuerdo a lo programado, ha abarcado los siguientes temas:<ul style="list-style-type: none">a) Liderazgo y trabajo en equipo.b) Principios de la Mejora continua de la calidad.c) Requisitos de Calidad de los productos de la atención.d) Análisis de procesos.e) Uso y aplicaciones del diagrama causa-efecto.f) Elementos de un sistema de monitoría de la calidad.g) Diseño y desarrollo de indicadores.h) Uso de herramientas gráficas para la presentación de datos.i) Identificación y análisis de actividades críticas.j) Elaboración de propuestas de mejora.k) Aprobación de propuestas de mejora.l) Integración de Informes de mejora.• La capacitación se ha realizado utilizando diversas técnicas como son exposiciones magistrales, talleres y tareas.• Elaboración del Programa Estatal de Capacitación.• Entrega del documento a las autoridades estatales, representante de la Dirección general de Calidad y Consultor de Qualimed.	100%

C) Factores catalizadores o inhibidores, al cierre del proyecto, para el desarrollo posterior del Programa

CATALIZADORES	INHIBIDORES
<ul style="list-style-type: none">• Compromiso del Secretario de Salud entrante para el desarrollo subsecuente del programa	<ul style="list-style-type: none">• Falta de asignación de recursos económicos específicos para el desarrollo de las actividades del programa
<ul style="list-style-type: none">• Difusión de los resultados de la evaluación basal a las autoridades estatales	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de múltiples actividades simultáneas ocasionando la pérdida de seguimiento de las mismas
<ul style="list-style-type: none">• Decisión del Secretario de Salud para la implantación de UDQ en los diferentes niveles de atención	<ul style="list-style-type: none">• Resistencia al cambio de algunas personas clave del nivel operativo

D) Sugerencias

- Considerar en la estructura organizacional de la Secretaría de Salud, un área específica de control de calidad de la atención médica.
- Integrar un grupo específico de facilitadores para el desarrollo y control de las actividades del programa.
- Brindar las facilidades para la capacitación continua en mejora de la calidad tanto para los facilitadores en particular como para los interesados en general.

COAHUILA

A) Actividades realizadas

COMPONENTE		ACTIVIDAD	AVANCE (%)
1	Presentación de la propuesta e integración de la Estructura de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Se presentó la propuesta técnica del Programa. Se integro la estructura de apoyo 	100%
2	Unidad Demostrativa de Calidad en el primer nivel de atención	<ul style="list-style-type: none"> Se integró el equipo de trabajo, se evaluaron los expedientes clínicos, se elaboraron los diagramas de causa efecto, correspondientes al archivo clínico y a la integración del expediente clínico. Se elaboró el plan de acción y se establecieron como compromisos: Realizar sesiones clínicas con los médicos para analizar y aplicar la NOM 168 Se iniciará el proceso de organización del archivo. El personal de archivo integrará los formatos al expediente clínico, para que sean llenados por los médicos. El Jefe jurisdiccional entregará los formatos del expediente clínico a la UDC. Y elaborará un diagrama de causa-efecto para analizar la problemática de la desorganización del archivo clínico en las diferentes unidades de primer nivel de atención. Se revisaron los diagramas de causa efecto elaborados y el plan de acción, el cual se entregará en limpio la próxima visita. Se elaboraron las cartas de proceso, de requisitos de calidad y se identificaron las actividades críticas relacionadas con la integración del expediente clínico, considerando archivo, enfermería, consulta médica y recepción del paciente. El grupo tendrá que entregar en la próxima visita las caratas de proceso identificando actividades críticas, de el tiempo de espera del paciente, se entregarán también los resultados de la segunda evaluación del expediente clínico. Se evaluaron los expedientes clínicos por segunda ocasión, observándose un avance del 45% al 51%, por lo que se acordó reforzar las acciones de supervisión e información al personal Médico. Archivo Clínico. Se cuenta ya con un espacio físico exclusivo para el archivo, se concentraron los expedientes de los diferentes turnos y jornadas. Se incorporó a una persona más por lo 	100%

COMPONENTE		ACTIVIDAD	AVANCE (%)
		<p>que ahora tiene dos en lugar de una.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se acordó supervisar que los expedientes clínicos cuenten con la ficha de identificación completa. • Temas tratados. Carta de requisitos de calidad y actividad crítica se derivó el compromiso de trabajar un programa jurisdiccional de mejora Continua, en otra unidad. • Se presentaron los resultados de la tercera evaluación de la integración del expediente clínico. Se solicitó al Líder de la Coordinación Operativa, se tomen las medidas convenientes para que uno de los médicos más renuentes, se incorpore al programa. • Se elaboraron los indicadores para evaluar la eficiencia del archivo clínico, los cuales se aplicarán en la próxima evaluación del expediente. • Se revisó la integración del informe de mejora que será presentado en la quinta visita. • El equipo de la coordinación médica de la Jurisdicción No. 8 presentó el programa de mejora que llevará a cabo para mejorar tanto la integración del expediente clínico, como el archivo clínico, en todas las unidades de esta Jurisdicción. • Se presentaron los resultados de la evaluación de la Integración de los expedientes clínicos, incluso por núcleo básico, lo que facilitó identificar la resistencia de un médico, que ocasiona sesgo en el resultado. • Archivo Clínico. Se presentó el informe de mejora con base en los indicadores elaborados. Fue evidente el entusiasmo del personal por continuar con el programa. • La Directora presentó ante los asistentes el informe y se hicieron ajustes al material que se utilizaría para la presentación a la Secretaria de Salud del estado 	
3	<p><i>Capacitación: desarrollo de una Unidad Demostrativa de Calidad en el Segundo Nivel de Atención</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se iniciaron las actividades en la UDC del segundo nivel, La reunión inicio una hora tarde, ya que el personal del hospital no fue convocado, hubo confusión en relación con los integrantes de la UDC. De la subcoordinación de capacitación, acudieron dos persona, el Director de enseñanza y capacitación y la Jefa del departamento de capacitación, esta última participa en la UDC en el 1º nivel. El trabajo se desarrollo con dificultad, ya que hubo mucha resistencia, sobre todo del Líder de esta subcoordinación. • Se informó a los médicos de la importancia del cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana. • Se incorporó a esta subcoordinación el personal de la Jurisdicción No. 8 que participa en la UDC de 1er. nivel • Temas tratados: diagrama de flujo, carta de procesos, carta de requisitos y actividad crítica. 	100%

COMPONENTE		ACTIVIDAD	AVANCE (%)
		<ul style="list-style-type: none"> • El Instructor de Qualimed impartió la primera parte del tema, se observó sabotaje por parte del líder de la subcoordinación de capacitación, por lo que se organizaron grupos, y el personal capacitado de la UDC de primer nivel capacitó al pequeño grupo, bajo la supervisión del instructor. • Esta estrategia permitió cumplir el objetivo de capacitación y establecer el compromiso de cambiar el horario del personal de archivo clínico para mejorar el servicio y analizar y fortalecer las acciones para mejorar el expediente clínico, e identificar otra área de oportunidad de mejora en el hospital. • Se presentó al nuevo Director del Hospital general, el cual se comprometió a fortalecer el programa de mejora. • Se revisaron los acuerdos y se comprometieron a elaborar el diagrama de flujo, carta de requisitos y indicadores para mejorar el proceso de recepción de pacientes en el área de urgencias. • Se explicaron los pasos para elaborar el Programa Estatal de Capacitación y se definieron dos estrategias para mejorar el expediente clínico en el primer nivel de atención. Una para las unidades de un núcleo básico y otra para unidades de más de dos núcleos básicos, con personal de base (UDC). • Se organizó el grupo de trabajo y acordaron entregar el programa en la próxima visita. • Se revisaron los acuerdos y el nuevo Director informó que ya se están haciendo las gestiones para contar con un espacio físico para la recepción de pacientes de urgencias, así como para contar con el personal que los reciba e informe sobre los pacientes hospitalizados. • Presentaron el informe de mejora y se hicieron los ajustes tanto a este como al material que sería presentado en la reunión a la Secretaría de Salud durante la reunión de cierre. • Se presentó el Programa Estatal de Capacitación y se ajustaron las metas en la reunión con los directivos del Estado. 	
4	<i>Evaluación Basal</i>	<p><i>Análisis del Sistema de Medición y diseño de la estrategia de levantamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de las funciones de la subcoordinación de medición • Revisión de los instrumentos de primer y segundo nivel • Selección de la estrategia de levantamiento de información • Ejercicio de retroalimentación • Selección de unidades para la prueba de campo • Organización logística para la prueba de campo 	100%

COMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE (%)
	<ul style="list-style-type: none"> Se llevó a cabo la capacitación y se aplicó la encuesta a un hospital General y a dos unidades de primer nivel, con 1 y 3 NB. Se estableció el cronograma de actividades para el levantamiento de las encuestas en el 1º y 2º nivel de atención, trabajo que deberá concluir la primera semana de enero del 2001 	
	<p><i>Presentación del programa de cómputo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se informó que el sistema cuenta con lo necesario para desarrollar la captura, integración y procesamiento de los formularios de respuesta del instrumento de medición y que su manejo es sencillo de operar. 	100%
	<p><i>Instalación y detalles técnicos para operar el programa.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se instaló programa de cómputo y se mencionaron los componentes que agrupa el programa (bases de datos para captura, catálogos de control del programa y archivo de ayuda). Se explicó como el programa controla las bases de datos de captura para los tres tipos de formularios. Se hizo entrega de los discos del programa 	100%
	<p><i>Entrega de manual del programa, hojas de respuesta y algoritmos relacionados con los reactivos que cuentan con respuesta de tipo NN. (aplica solo en formularios de Directivos)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó reproducción de este material para el grupo de personas que asistieron a la asesoría, el material de hojas de respuesta presentaba previamente respuestas relacionadas con los reactivos tipo NN, en particular con el formulario de Directivos y se anexo a este material la descripción de los algoritmos que operan en los casos de los reactivos con respuesta No Necesario, No aplica. El motivo por el cual fue proporcionado este material de apoyo se debió a la experiencia obtenida en la etapa anterior, en la cual este tipo de detalles no se daba a conocer a esta área. 	100%
	<p><i>Descripción de los componentes del programa de cómputo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar información necesaria acerca de las bases de datos tanto en estructura como en su manejo, además de identificar los catálogos que contienen información básica para que opere el sistema. 	100%
	<p><i>Filtros de calidad del registro primario.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se proporcionaron copias de los formularios de respuesta previamente llenados con ejemplos que presentan casos en los cuales deben tomarse en cuenta para evitar errores desde el levantamiento de la información, además se hizo entrega de algoritmos de validación para formularios aplicados a directivos en donde se describen con detalle los casos que generan 	100%

COMPONENTE	ACTIVIDAD	AVANCE (%)
	respuesta No aplica o No necesario, y que este material solo aplica a los formularios de Directivos.	
	<p><i>Introducción sobre las opciones con las que cuenta el programa, para ser operado correctamente.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se detallaron las opciones que presenta el programa y su aplicación durante el proceso. Se advirtió sobre las limitaciones del programa y la solución a posibles problemas a los que se podrían enfrentar durante el proceso de captura. 	100%
	<p><i>Ejercicio para mostrar la operación de las opciones de captura</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se propuso realizar una simulación de captura, ejecutada por el personal especializado del área. Se realizó un ejemplo tomando como base las posibles respuestas relacionadas con los casos en donde estas presentaban respuesta NN (formulario de directivos) para visualizar como el programa envía mensajes de alerta para ser considerados por el capturista y notificarlo al responsable de la supervisión. 	100%
	<p><i>Ejercicio con las opciones de INTEGRACIÓN, PROCESO y ESTADÍSTICAS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> El objetivo de este ejercicio fue mostrar la utilización de INTEGRACIÓN. Opción que será utilizada solo por el nivel central ya que la decisión que se tomo por parte del responsable del área de informática fue la de realizar la captura por jurisdicción y que el nivel central llevaría a cabo la concentración de los datos, también quedó claro que las opciones de PROCESO y ESTADÍSTICAS serían ejecutadas solo por el nivel central. 	100%
	<ul style="list-style-type: none"> Se informó que se tiene un avance del 75% de la captura ya depurado y que se concluirá, junto con el informe, de acuerdo con el cronograma. En la cuarta visita se informó que aún no se cuenta con el informe y se presentaron los resultados preliminares, lo que permitió ratificar que las áreas de oportunidad de mejora para este programa son: Integración de expediente clínico, rastreadores, auxiliares de diagnóstico y satisfacción del prestador, centrado en la organización y comunicación. Se revisaron las bases de datos y se entregaron al asesor de Qualimed para este componente. Se asesoró a los integrantes de esta Subcoordinación en la elaboración del informe final de la evaluación basal. En la quinta visita se presentó un informe preliminar en la reunión con los directivos del estado 	90%

COMPONENTE		ACTIVIDAD	AVANCE (%)
5	<i>Asesoría para la integración del Programa</i>	<ul style="list-style-type: none"> Se analizó la información del dummy y se identificaron como prioridades Estatales para el PROCCAM, la integración del Expediente Clínico, y dos rastreadores EDAS y IRAS. Se acordó avanzar en la redacción del Programa Estatal de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica, en los rubros: Antecedentes, justificación, objetivo, marco filosófico y prioridades Estatales. Se informó el cambio de fechas y la de la reunión de evaluación. Se trabajó el plan estatal en los cuatro componentes del abanico para la mejora del expediente clínico. quedó de tarea trabajar rastreadores y análisis clínicos. Se entregaron los avances del programa estatal Se presentaron los avances del Programa Estatal de Mejora Continua de la Calidad. En la cuarta visita se comprometió al líder de la Subcoordinación de Capacitación a entregar el programa correspondiente en la próxima visita. En la quinta visita se presentó el Programa estatal de Mejora Continua de la Calidad ante los directivos del Estado. 	100%

B) Factores que favorecieron u obstaculizaron la realización del programa de trabajo

FACILITADORES	OBSTÁCULOS
<ul style="list-style-type: none"> La Secretaria de Salud es una persona entusiasta, interesada en implantar el programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica 	<ul style="list-style-type: none"> El líder de la Coordinación Operativa, no muestra mucho interés en participar en la implantación del Programa, parece que tiene muchas ocupaciones
<ul style="list-style-type: none"> El Estado ha llevado a cabo un programa de mejora de la calidad, que incluyó un proceso de reingeniería tanto en la infraestructura, como en la organización 	<ul style="list-style-type: none"> El grupo que integra la subordinación de capacitación, es de dos personas, El Director de enseñanza y capacitación y la Jefa del departamento de capacitación.
<ul style="list-style-type: none"> La Directora de la unidad médica de primer nivel "Los González" (UDC) demuestra gran interés en participar y promover el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> El director de enseñanza muestra poco interés en participar en el programa. Jugo el rol de saboteador en el equipo de la UDC de 2º nivel
<ul style="list-style-type: none"> El líder de la subcoordinación de medición, tiene mucha experiencia en el levantamiento de encuestas, organizó rápidamente al grupo y tomó algunas iniciativas que facilitan el acopio de la información para la captura. Mostró un gran 	<ul style="list-style-type: none"> El personal de la UDC de primer nivel es conflictivo, poco colaborador y escéptico, ya que esta unidad se ha convertido en el lugar de exilio de los exfuncionarios.

SECRETARÍA DE SALUD**Cuarta Fase de Implantación del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica****Informe Final**

interés y buena disposición de cooperar para realizar la actividad.	
<ul style="list-style-type: none"> El proceso de capacitación para la captura y procesamiento electrónicos fue desarrollado en un área que contó con equipo de cómputo adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> El líder de la Subcoordinación de Capacitación muestra interés pero no se compromete con el Programa y obstaculiza continuamente la integración del grupo para el desarrollo de las actividades en el 2º nivel de atención.
<ul style="list-style-type: none"> El personal involucrado para recibir dicha capacitación fue perfectamente seleccionado cumpliendo con el perfil que se solicitó. 	<ul style="list-style-type: none"> Retraso en la integración del informe
<ul style="list-style-type: none"> El líder de la Subcoordinación de Medición estuvo presente durante toda la actividad, aportando excelentes ideas y críticas que sirvieron para motivar al personal presente. 	<ul style="list-style-type: none"> La Secretaria de salud no se presentó a la sesión de cierre.
<ul style="list-style-type: none"> El líder de la Coordinación Operativa muestra interés y capacidad de gestión 	<ul style="list-style-type: none">
<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de liderazgo del líder de la Subcoordinación de Medición 	<ul style="list-style-type: none">
<ul style="list-style-type: none"> Participación efectiva del personal de informática 	<ul style="list-style-type: none">
<ul style="list-style-type: none"> Mejoraron las relaciones humanas entre los participantes de la coordinación operativa. Mostraron un poco más de entusiasmo en que el programa es factible de ser desarrollado 	<ul style="list-style-type: none">

C) Factores catalizadores o inhibidores para el desarrollo posterior de las actividades del Programa

CATALIZADORES	INHIBIDORES
<ul style="list-style-type: none"> Participación de los directivos estatales 	<ul style="list-style-type: none"> La falta de compromiso del líder de la Coordinación operativa.
<ul style="list-style-type: none"> Participación de todos los integrantes de la subcoordinación de medición 	<ul style="list-style-type: none"> La deficiente comunicación con el líder de la subcoordinación de capacitación
<ul style="list-style-type: none"> Cumplimiento de acuerdos y compromisos 	<ul style="list-style-type: none"> Lo reducido del equipo de capacitación
<ul style="list-style-type: none"> La participación continua del líder de la Subcoordinación de Medición durante la capacitación, quien además aportó ideas para que el grupo de levantamiento realice un proceso de organización y control antes de enviar las encuestas al grupo 	<ul style="list-style-type: none"> La existencia de diferencias entre el Líder de la Coordinación operativa y el de Capacitación, que se manifiesta en resistencia y poca colaboración.

de informática, evitará que sean transferidas con posibles errores durante de levantamiento de la información y facilitará su procesamiento.	
<ul style="list-style-type: none">La incorporación del personal de la Jurisdicción a la UDC de 2º. Nivel, el cual conformará un grupo alterno o de apoyo para realizar las acciones de capacitación para implantar el Programa de Mejora Continua en el Estado	<ul style="list-style-type: none">Si el grupo zonal no acata las disposiciones del líder de la Subcoordinación de Medición para llevar a cabo las medidas de control y organización del conjunto de hojas que componen las encuestas aplicadas para cada unidad, y hacen caso omiso de las recomendaciones de aplicar las plantillas de validación que les fueron proporcionadas para filtrar en campo las respuestas que se marcaron en los formularios de directivos, ocasionará que el grupo de informática aplique un filtro nuevamente para verificar si estas recomendaciones fueron realizadas como se había planeado.
<ul style="list-style-type: none">El líder de la Coordinación Operativa muestra compromiso y ofrece tener mayor comunicación con la Secretaria de Salud para que se puedan tomar decisiones que permitan el desarrollo del programa.	<ul style="list-style-type: none">Se muestra desánimo por parte de los líderes de la Subcoordinaciones de Capacitación y de medición. Ya que sienten que no cuentan con el apoyo de la Secretaria de Salud del estado.
<ul style="list-style-type: none">El entusiasmo del personal y la mejora en la comunicación y relaciones humanas en la Coordinación operativa	<ul style="list-style-type: none">El desencanto de los participantes al no asistir la Secretaria de Salud a la presentación del programa y los informes de esta etapa de implantación.

D) Sugerencias

- Hablar con el Líder de la Coordinación Operativa, para reiterar la importancia que tiene para el desarrollo del programa, su colaboración y entusiasmo.
- Que el personal del equipo zonal de la Jurisdicción No. 1 que participa en la UDC en el primer nivel de atención, se incorpore a las actividades de capacitación en la UDC del segundo nivel.
- Tomar como modelo la operación de organizar y registrar cada encuesta, como lo propuso el Dr. Contreras.
- Este método ya ha sido probado por en la entidad en otras ocasiones y ha resultado bastante seguro, según palabras del mismo coordinador.
- El Líder de la Coordinación Operativa transmitirá a la Secretaria de Salud la problemática con el Líder de la Subcoordinación de Capacitación.
- Es necesario que la Secretaria de Salud manifieste su apoyo al Programa.

ANEXO VI

GUÍA PARA LA IMPLANTACIÓN DE UDC 2ª VERSIÓN

PRESENTACIÓN

La Unidad Demostrativa Qualimed (UDQ) es un método para capacitar en el servicio a personal de organizaciones de atención a la salud en el manejo efectivo de técnicas, instrumentos y procedimientos para la mejora continua de la calidad. Su propósito es lograr la mejora de la calidad en un proceso de importancia, de modo que el personal directivo y operativo cuente con evidencias que les permitan difundir y reforzar el valor de la calidad en su organización.

Pueden desarrollarse UDQ para diversos temas de gran importancia para la vida de las organizaciones de atención médica. Esta “Guía para la implantación de Unidades Demostrativas Qualimed” se refiere específicamente a la mejora de la integración del expediente clínico.

El programa de trabajo de la UDQ del expediente clínico consiste en 16 módulos, de dos horas de duración cada uno, a realizarse en un número variable de sesiones (entre seis y 16) y en un período mínimo de tres meses y máximo de seis.

En dichos módulos los participantes miden, analizan, y mejoran la integración del expediente clínico aplicando las principales herramientas para la mejora de la calidad.

La Guía ha sido diseñada para orientar a quienes se interesen en desarrollar unidades demostrativas en organizaciones de atención médica. Contiene la explicación detallada de lo que es una UDQ, la descripción del programa general de trabajo, así como los objetivos, las agendas de actividades, la descripción de las mismas para cada uno de los 16 módulos y una lista de referencias bibliográficas y hemerográficas que pueden servir de consulta al asesor. En la descripción de algunos módulos se consideró pertinente incluir una sección especial de notas para el asesor, con el fin de profundizar en algunos de los temas que se abordan.

La Guía contiene una serie de anexos entre los que se incluyen los instrumentos que se utilizan, los materiales necesarios y otros documentos de vital importancia para el desarrollo de la UDQ, como el ejemplar de la “Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico.”

INTRODUCCIÓN:

¿QUÉ ES UNA UNIDAD DEMOSTRATIVA QUALIMED?

NATURALEZA Y SIGNIFICADO

- La idea de las Unidades Demostrativas Qualimed (UDQ) surgió a partir de la identificación de tres necesidades comunes en las organizaciones de salud que pretenden iniciar esfuerzos para mejorar la calidad.
- Primero, la necesidad de mostrar al personal directivo y operativo, a través de un ejemplo vivo, y no tan sólo mediante ejemplos teóricos, cómo se constituye, coordina y desarrolla un equipo de trabajo orientado a la mejora de la calidad, desde la definición del problema que pretenden abordar, hasta la elaboración del informe de mejora correspondiente.
- En segundo lugar, la necesidad de contar con evidencias de que la realización de actividades para mejorar la calidad puede producir resultados en un plazo relativamente breve cuando aquéllas se realizan de manera sistemática y apoyadas por una serie de instrumentos que facilitan el análisis de los problemas que determinan un nivel de calidad inferior al esperado y la elaboración y ejecución de propuestas de mejora.
- Por último y, sobre todo, la necesidad de destacar el valor de la calidad en la cultura de las organizaciones, empezando por un grupo de trabajo, con la certeza de desencadenar una especie de “contagio” hacia otros grupos y, a final de cuentas, hacia toda la organización.
- Las UDQ son la traducción de una técnica utilizada en Agronomía para capacitar a los agricultores en el manejo de ciertos cultivos. Esta técnica, llamada “Parcelas Demostrativas”, consiste en la identificación de un terreno de dimensiones reducidas, que presente condiciones ideales para la siembra, cultivo y cosecha de un vegetal determinado. Durante todo este proceso, dirigido por un experto, se controlan la mayor cantidad de variables que pudieran afectar el resultado esperado. De este modo, se demuestra a los agricultores, en la práctica, cómo el manejo adecuado de técnicas específicas conduce a la producción de una cosecha de mayor calidad que otras obtenidas en condiciones menos controladas.

CONCEPTO

- Una Unidad Demostrativa Qualimed o UDQ es el término empleado para identificar el trabajo de un grupo interdisciplinario e interfuncional, que utiliza el método propuesto por Qualimed para producir, en el corto plazo, resultados evidentes de mejora en la eficiencia y calidad de procesos específicos y cuya experiencia puede ser multiplicada con relativa facilidad.

- Cada unidad UDQ, responde a la intención específica de la mejora de la eficiencia y la calidad de un proceso determinado y en consecuencia se le otorga el nombre correspondiente, por ejemplo: UDQ del expediente clínico, de integración de la cuenta del paciente, de la ministración de medicamentos, etc.

OBJETIVOS DE LA UDQ

- Producir, en un plazo breve y a bajo costo, evidencias de mejora que puedan ser utilizadas por los directivos de la organización como argumentos sólidos para promover la formación de equipos para la mejora continua de la eficiencia y la calidad.
- Desarrollar, a través de la capacitación aplicada, las habilidades del grupo en el uso de procedimientos, técnicas e instrumentos para la mejora continua de la eficiencia y la calidad.

BENEFICIOS DE LA UDQ

- Se logran mejoras evidentes y contundentes
- Se propicia la modificación de la cultura del grupo, donde la eficiencia y la calidad adquieren suficiente valor para manifestarse en conductas y actitudes que se difunden a otros grupos y se arraigan en la cultura organizacional.
- El trabajo en equipo, la participación y el compromiso de personas de diferentes jerarquías y áreas con un objetivo común, se convierten en una forma habitual de trabajo en la organización.
- El personal directivo y operativo se acostumbra a emplear resultados de mediciones para orientar sus acciones.
- Los directivos logran una visión clara de un proceso de mejora en marcha.
- Se logran ahorros en tiempo y dinero.

PRODUCTOS DE LA UDQ

Al finalizar las actividades de la UDQ, se espera contar con:

- Un informe que demuestre la mejora de la calidad de las actividades y productos del proceso analizado.
- Un grupo de personas con información sobre el manejo de los conceptos, técnicas y herramientas básicas para la mejora continua de la eficiencia y calidad de los procesos.
- Potencialidad de reproducir el modelo en otras unidades, áreas o servicios de la organización.

METODOLOGÍA Y PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO

Para iniciar una UDQ es necesario identificar un proceso que, a juicio de los directivos de la organización, deba ser mejorado pues su estado actual muestra importantes deficiencias de calidad (en este caso se describe la UDQ para la mejora de la integración del expediente clínico). El proceso identificado es la base para seleccionar tanto el área como a los integrantes del equipo que se encargará proponer e impulsar las mejoras correspondientes.

Lo anterior puede realizarse durante una o dos sesiones de trabajo con los directivos de la organización. Precede a un programa de actividades cuya duración mínima es de 32 horas distribuidas en 16 módulos de dos horas cada uno. Entre los módulos 1 y 16 se realizan cuatro mediciones de la integración del expediente clínico con la expectativa de observar cada vez un mejor nivel de cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 168. El cuadro siguiente resume los principales temas que se abordan en los módulos de las UDQ. Además de dichos temas, la agenda de cada módulo incluye la revisión de acuerdos, el seguimiento de tareas y el análisis de los resultados de las mediciones realizadas.

MÓDULOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN	CONTENIDO
	Selección de un tema (proceso o problema)		Criterios para definición del tema (en este caso, integración del expediente clínico)
	Selección de área e integrantes del equipo		Requisitos
1	Sesión introductoria	2 horas	Modelo de UDQ. Importancia de la mejora del expediente clínico para la organización. Programa de trabajo.
2	Evaluación inicial de la calidad	2 horas	Procedimiento para la selección de expedientes. Lista de verificación para la evaluación de la integración del expediente clínico. Revisión de expedientes. Obtención de porcentaje de cumplimiento de los criterios establecidos en la NOM 168 del expediente clínico.
3	Validación de la evaluación inicial	2 horas	Procedimiento de validación. Evaluación de expedientes seleccionados para la validación. Discusión.
4	Identificación de causas que determinan el resultado observado	2 horas	Diagrama causa – efecto: utilidad. Lluvia de ideas para identificación e causas. Categorización de causas. Elaboración del diagrama causa – efecto del resultado observado.
5 y 6	Inicia preparación de propuesta de mejora	4 horas	Guía Qualimed para la elaboración de propuestas de mejora. Establecimiento de objetivos y metas de mejora. Elaboración del Plan de Acción.
7	Identificación de características de calidad del proceso	2 horas	Enfoque de procesos. Niveles de análisis. Presentación de la Carta de Requisitos de Calidad CRC. Elaboración de la CRC del expediente clínico.

MÓDULOS	ACTIVIDAD	DURACIÓN	CONTENIDO
8	Análisis del proceso / Elaboración del diagrama de flujo	2 horas	Utilidad del diagrama de flujo. Símbolos. Errores más frecuentes. Ejemplos. Elaboración del diagrama de flujo del manejo del expediente en el área.
9	Análisis del proceso / Elaboración de la Carta de Proceso	2 horas	Carta de Proceso, utilidad, forma de elaboración y ejemplos. Elaboración de la Carta de Proceso del manejo del expediente clínico en el área.
10	Análisis del proceso / Análisis de actividades críticas	2 horas	Actividades críticas: concepto e importancia. Presentación de instrumento y ejemplos. Identificación y análisis de actividades críticas del manejo del expediente en el área.
11 a 15	Desarrollo del sistema de monitoría:	10 horas	Procedimiento para el desarrollo de indicadores: <ul style="list-style-type: none"> - Nombre del indicador - Objetivo del indicador - Fórmula(s) - Estándares - Origen - Descripción de términos - Identificación de fuentes de datos - Diseño de instrumentos para la recolección de datos - Descripción del procedimiento para la selección de la muestra - Descripción de actividades relacionadas con la medición - Establecimiento de la forma para la presentación de resultados - Descripción del procedimiento para la validación de los resultados
16	Integración del informe de mejora	2 horas	Informe de mejora. Elaboración del informe de mejora de la integración del expediente clínico.

NOTA:

Cuando los integrantes de la UDAQ no estén en disposición de dedicar tiempo adicional a la realización de tareas entre un módulo y otro, en particular de medición, se deberán programar sesiones extraordinarias para contar, por lo menos, con cuatro mediciones en total.

Se podrán realizar sesiones de trabajo que incluyan de uno a tres módulos (no más). Tanto la periodicidad de las sesiones como el número de módulos que se incluyan en ellas dependerá de las necesidades y condiciones del lugar en se desarrolle cada UDAQ. No obstante, el total de las sesiones no deberá realizarse en un período menor de tres meses (para dar oportunidad a la realización de las cuatro mediciones) ni mayor de seis (para conservar el propósito de obtener resultados en el corto plazo). En el siguiente cuadro se presentan algunas posibilidades para programar las sesiones de la UDAQ.

NÚMERO DE MÓDULOS POR SESIÓN	NÚMERO DE SESIONES	DURACIÓN DE CADA SESIÓN	PERIODICIDAD
1	16	2 horas	Cada semana
2	8	4 horas	Cada dos semanas
3	6	4 sesiones de 6 horas y 2 de 4 horas	La segunda sesión tres o cuatro semanas después de la primera. Las siguientes, cada dos semanas. Las últimas dos sesiones incluirán sólo dos módulos.

Independientemente del número de sesiones y de la forma en que los módulos se agrupen, el modelo de UDQ del expediente clínico determina los momentos en que, quienes vayan a integrar el equipo, deberán realizar las cuatro mediciones de la integración de los expedientes clínicos:

- **Primera medición: se realiza durante el módulo 2**
- **Segunda medición: se programa durante el módulo 6 y debe realizarse antes del módulo 10**
- **Tercera medición: se programa durante el módulo 10 y debe realizarse antes del módulo 13**
- **Cuarta medición: se programa durante el módulo 13 y debe realizarse antes del módulo 15**

En las agendas de cada módulo aparecen las indicaciones correspondientes.

POLÍTICAS PARA LA IMPLANTACIÓN DE LA UDQ

- Los módulos no pueden ser modificados en cuanto a su contenido.
- Los módulos podrán agregarse en sesiones de trabajo de duración variable entre dos y ocho horas.
- El trabajo de implantación de la UDQ se deberá llevar a cabo en un período mínimo de tres meses y máximo de seis.
- Al final de cada sesión de trabajo se deberá firmar una hoja de registro de acuerdos.
- Es indispensable que en todos los módulos se presenten los mismos participantes. Las ausencias no se cubren.
- Una vez iniciada la UDQ no se admiten nuevos integrantes a los equipos de trabajo.
- Los integrantes de los equipos se comprometen a mantener absoluta confidencialidad sobre la información que se va a analizar.
- No se deben establecer juicios sobre las personas involucradas en los aspectos evaluados.
- Las propuestas de mejora generadas por los integrantes de una UDQ deberán ser presentadas al directivo o directivos de mayor nivel que estén relacionados

con el proceso analizado. La firma de estos directivos deberá constar como aprobación de la propuesta.

REQUISITOS PARA LA REALIZACIÓN DE LOS MÓDULOS

- Los participantes deberán haber leído los documentos que dan fundamento técnico o normativo, o ambos, al trabajo que se llevará a cabo.
- Los participantes deberán llevar consigo fotocopia de los documentos de trabajo que se utilizarán.
- Se requiere que alguien del equipo lleve la memoria general de lo que se realice.
- Es necesario que cada participante lleve una calculadora.

REQUISITOS DE INSTALACIONES, MATERIALES Y EQUIPO

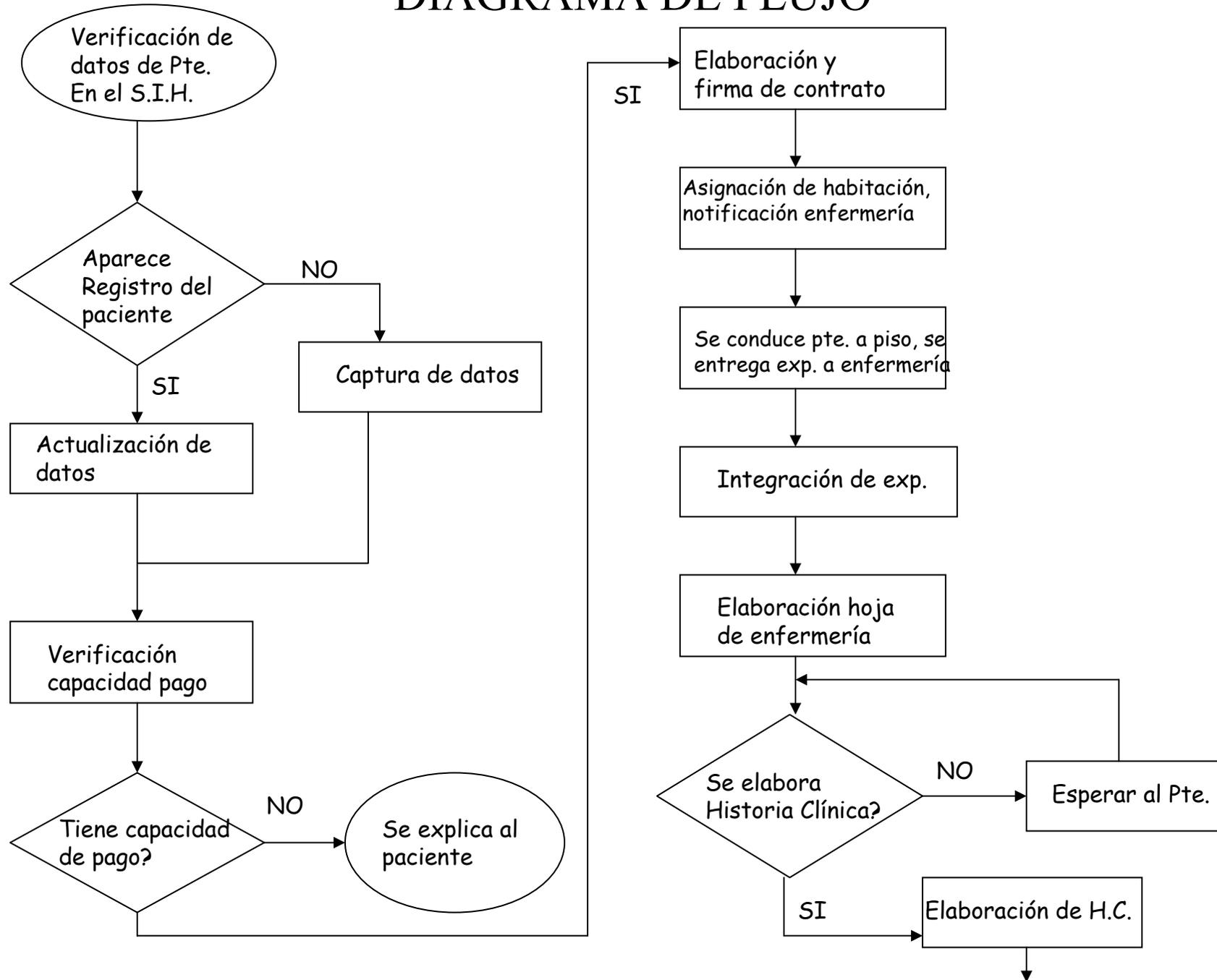
- Designar un área, aula o sala de juntas con capacidad para que los participantes trabajen cómodamente.
- Contar con una o más mesas de trabajo.
- Proyector de acetatos.
- Pantalla.
- Pizarrón y gises o
- Rotafolio y marcadores.

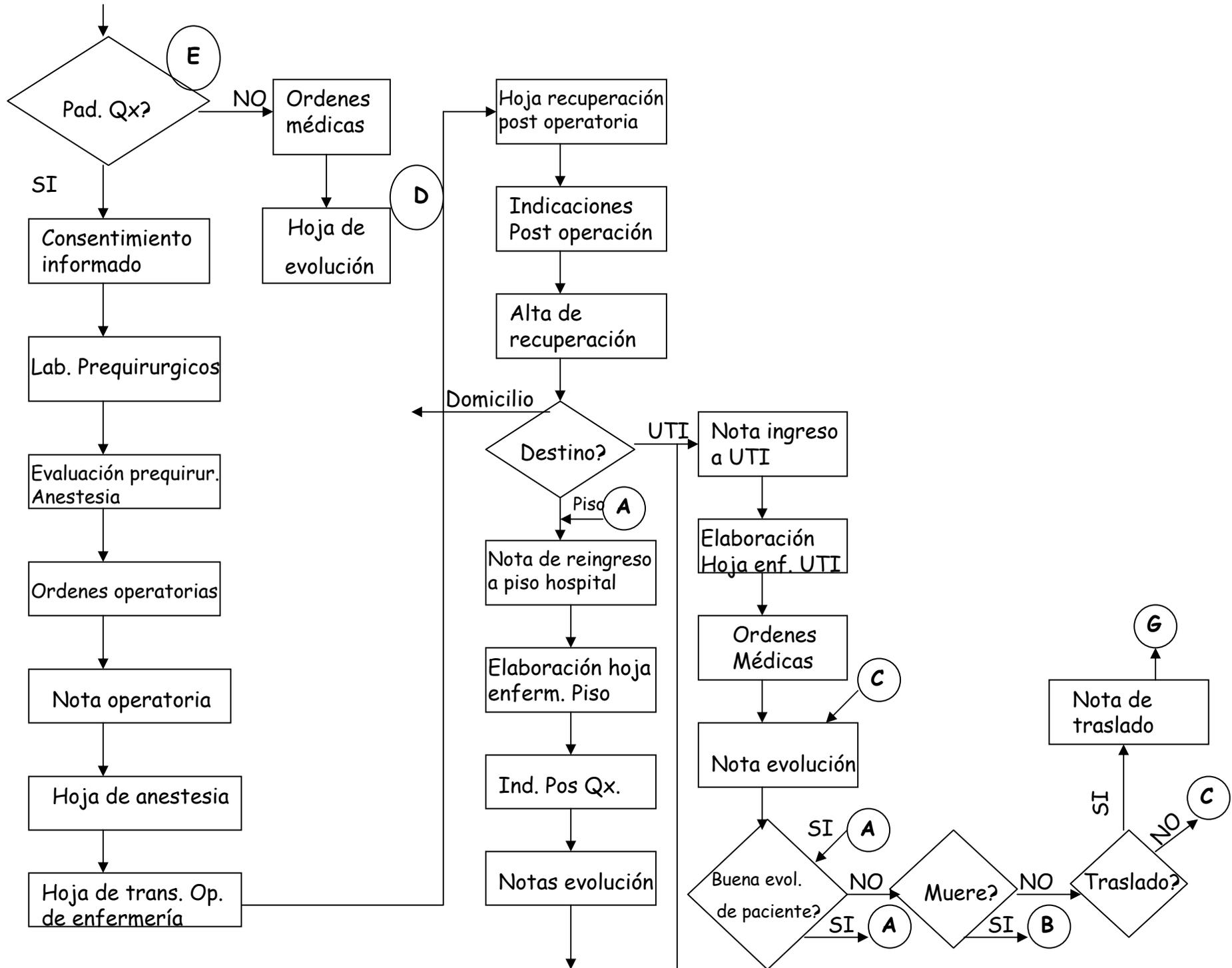
En los capítulos siguientes se describe de manera detallada el contenido, los instrumentos y procedimientos necesarios para llevar a cabo las actividades de la UDAQ del expediente clínico. La descripción de los módulos incluye la presentación de los objetivos y la agenda propuesta para cada uno de ellos, así como la descripción de los principales temas de capacitación abordados y un lista de referencias bibliográficas y hemerográficas pertinentes.

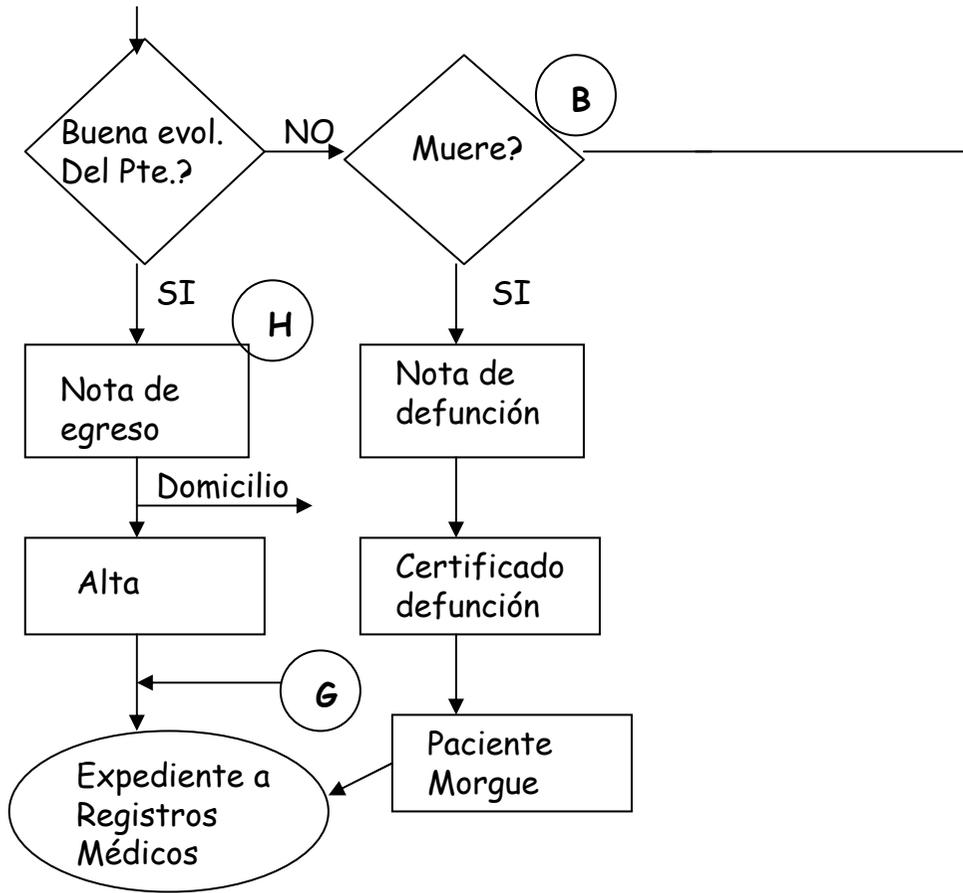
ANEXO VII

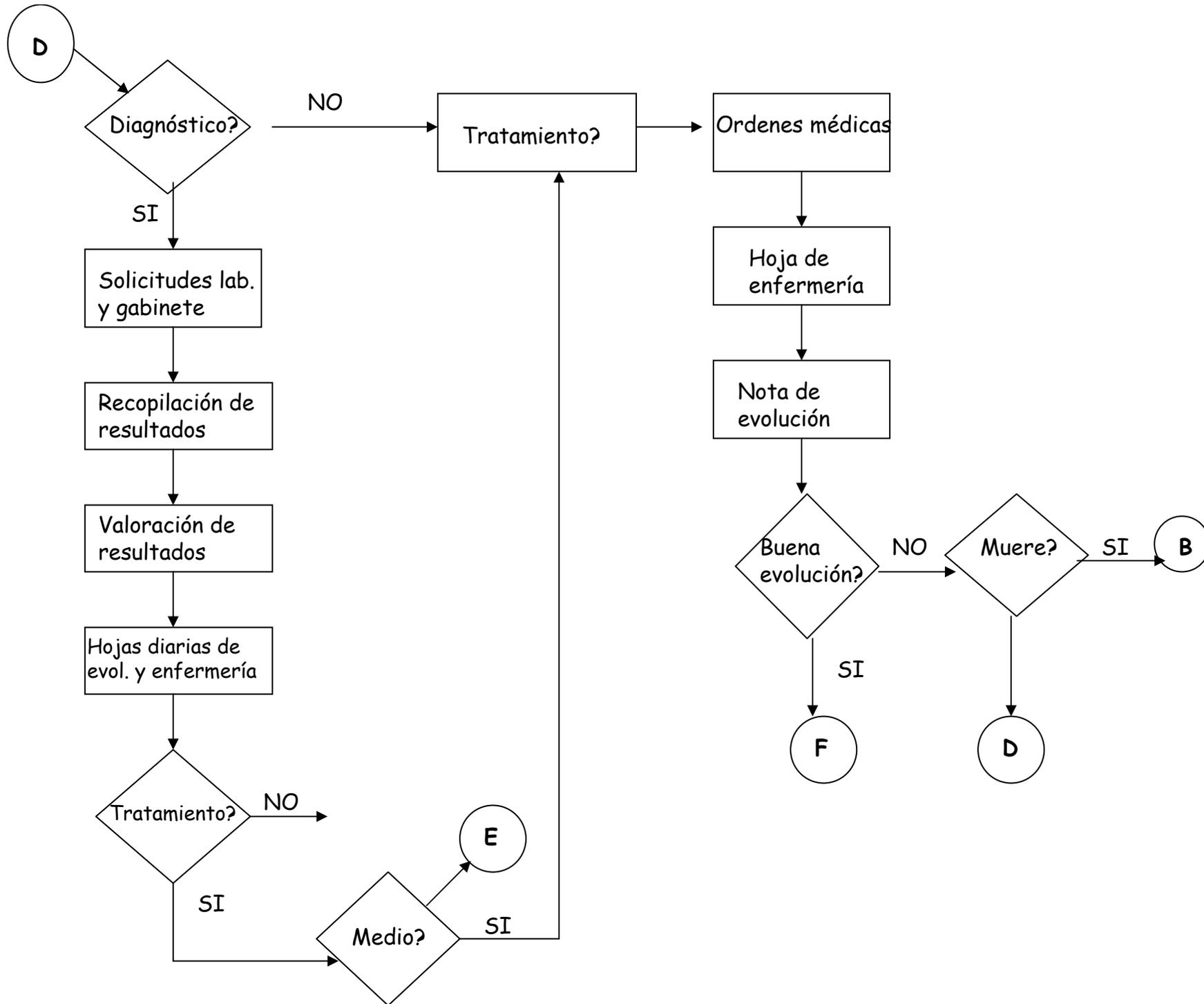
DIAGRAMA DE FLUJO DE LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE EN UN HOSPITAL PRIVADO

DIAGRAMA DE FLUJO









ANEXO VIII

**INFORME FINAL DE LA UDCEC EN EL
CORPORATIVO HOSPITAL SATÉLITE**

Incremento en el nivel de cumplimiento de la NOM-168 del Expediente Clínico

Gerencia de Sistemas y Calidad Total

Estadística y Archivo Clínico

31 de Marzo de 2005



INFORME FINAL

INTEGRANTES DEL EQUIPO

Líder: Adalberto Soto Romero

Participantes:

Dr. Nevid Meza Medina	E.E. Graciela Collado Miranda
Dr. Rafael García Gómez	E.E. Guadalupe González Jiménez
Dr. Fernando García Pérez	E.E. Reynalda Salinas Urquiza
Dr. José Raul Salas Ramírez	E.E. Armida Flores Gómez
Dr. Francisco J. Morales Martínez	E.E. Josefina Jaramillo Ramírez
Lic. Patricia Pizá Nosti	E.E. Adriana Fernández Ochoa
E.E. Gaby Cervantes Trevilla	E.G. Buenaventura Vivanco
E.E. Blanca Estela González Estrella	Hernández

Supervisión: Dr. J. Misael Ibarra Gálvez
Lic. Mónica Rendón Bonilla



INFORME FINAL

OBJETIVO

Mejorar la integración y el llenado del expediente clínico en todas las áreas de hospitalización, con base en la NOM-168.

INDICADOR

Porcentaje de cumplimiento en el llenado del expediente clínico de acuerdo a la NOM 168



INFORME FINAL

ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad

➤ Evaluación Inicial

➤ Plan de Acción:

- Revisión y definición de políticas institucionales
- Validación y aprobación de las políticas institucionales por la Dirección General.
- Análisis de los formatos que conforman el expediente clínico.
- Modificación de los formatos ya existentes, con base a la NOM-168.

INFORME FINAL

ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad

- Diseño de nuevos formatos de:
 - γ Hoja de Ingreso
 - γ Hoja Preoperatoria
 - γ Hoja Postoperatoria
 - γ Hoja de Traslado
- Prueba piloto por 15 días
- Modificaciones complementarias a los formatos
- Impresión definitiva de formatos



INFORME FINAL

ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad

- Se llevó a cabo una reunión con los coordinadores de todas las especialidades médicas, dónde se les explicó la problemática y se les entregó:
 - * Políticas institucionales con el manejo e integración del expediente clínico.
 - * Copia de la NOM-168
- A partir del 1° de diciembre del 2003, se implementó la utilización de los nuevos formatos y los modificados.



INFORME FINAL

ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad

- Se acordó que la Dirección Médica entregue a los médicos de nuevo ingreso, una carpeta con las políticas Institucionales y copia de la NOM-168

- Se implementó que al ingreso de cada paciente, el personal de enfermería integrará un juego con todos los formatos que conforman el expediente clínico, mismo que se entregará al médico tratante.

INFORME FINAL

ACTIVIDADES REALIZADAS

Actividad

- Los médicos internos colaboran en el cumplimiento de la NOM-168, apoyando al médico responsable del paciente en la integración del expediente clínico para su revisión y firmas del mismo.
- Revisión y evaluación mensual de los Expedientes Clínicos.
- Difusión de los resultados en:
 - ✓ Comité del expediente clínico.
 - ✓ Reuniones de la Sociedad Médica.
 - ✓ Reunión Anual de los Coordinadores de las diferentes especialidades médicas.

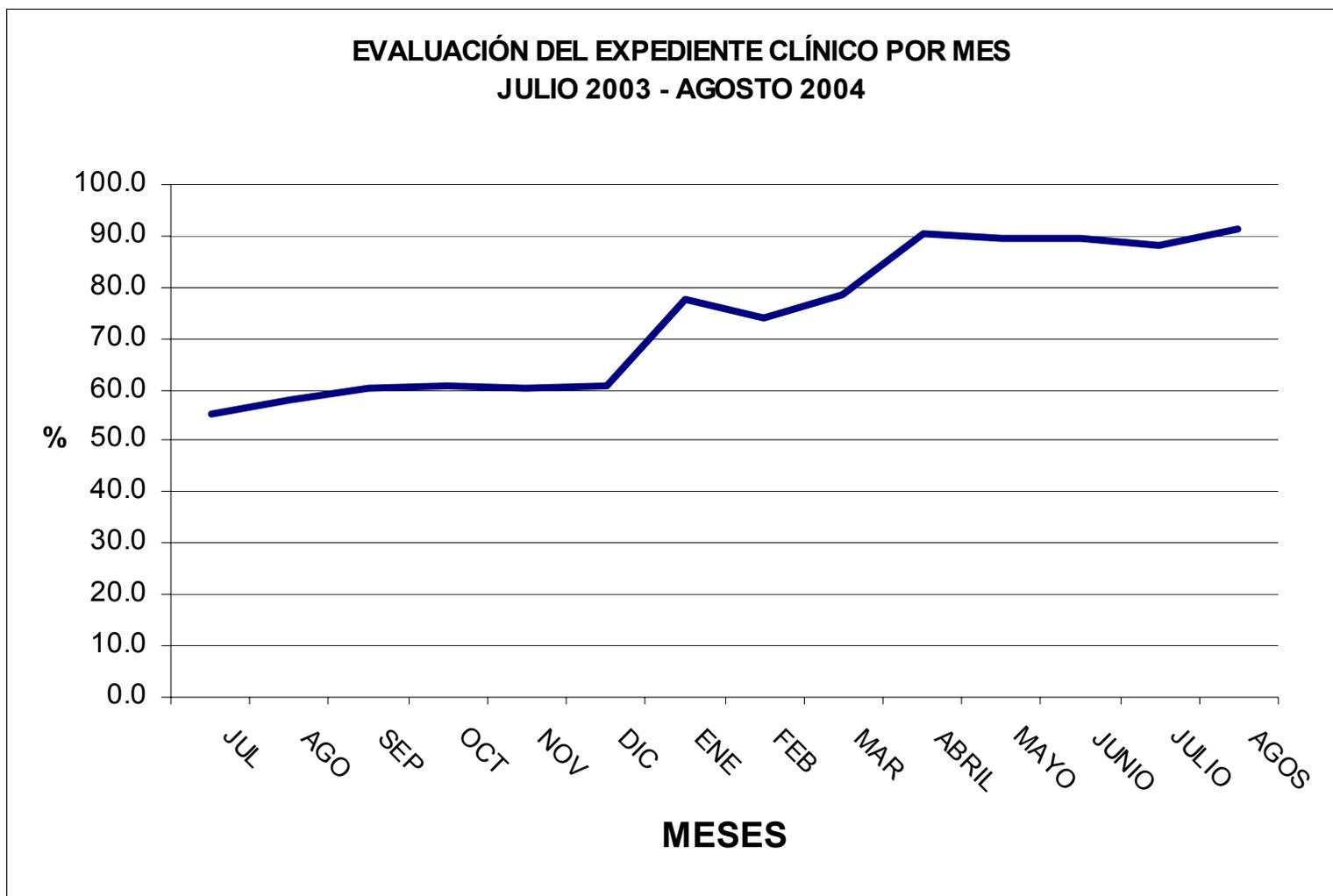


INFORME FINAL

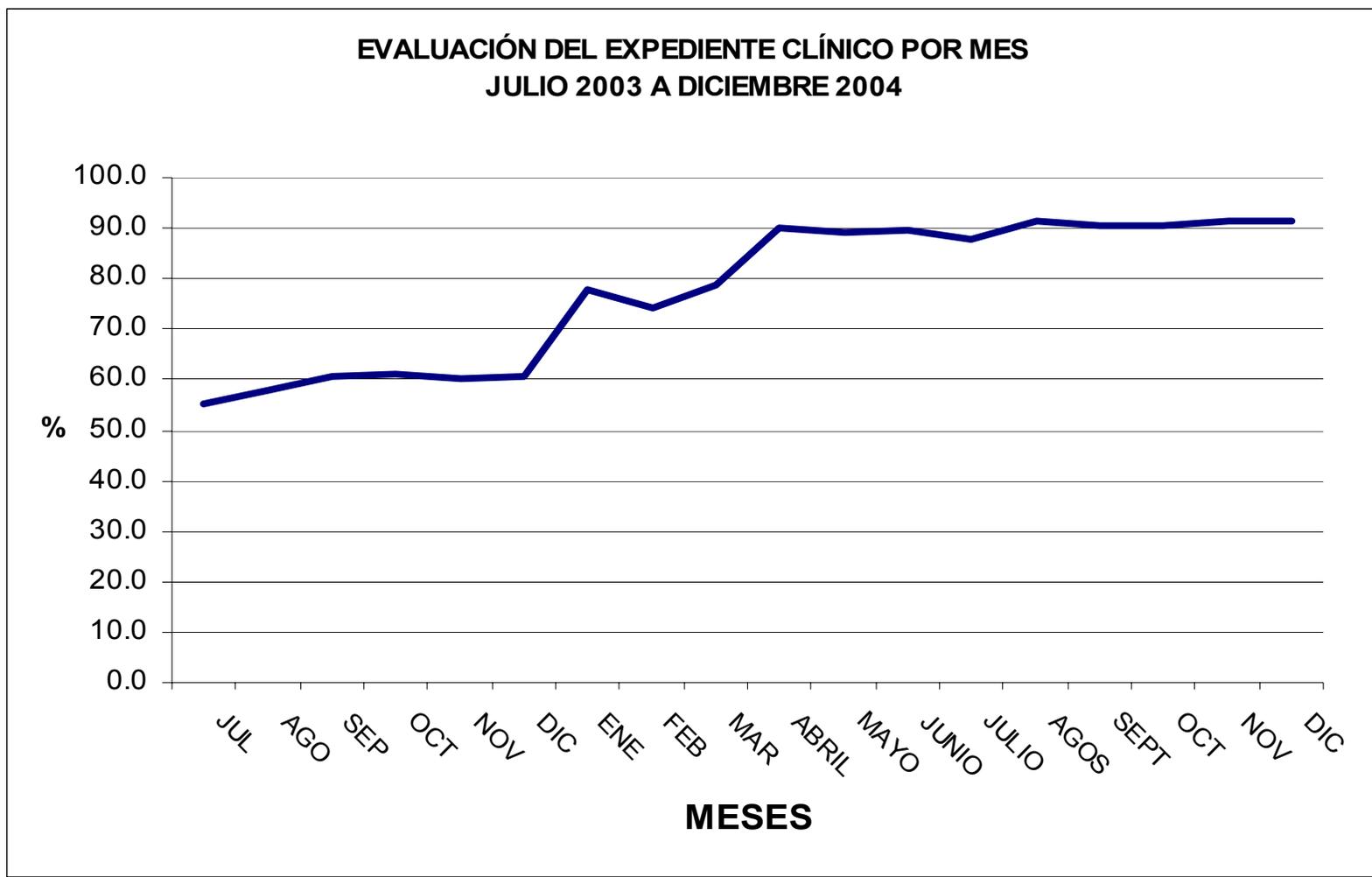
RESULTADOS

Meta planteada	Resultados Obtenidos
<ul style="list-style-type: none">• Elevar al 80% el cumplimiento del llenado del expediente clínico, para agosto del 2004.	<ul style="list-style-type: none">• En el mes de agosto del 2004, se obtuvo el 91.3% en el cumplimiento del llenado del expediente clínico.• En comparación con julio del 2003, donde se tenía un 55.3% en el cumplimiento del llenado del expediente clínico, a agosto del 2004 se tuvo un incremento del 36%

INFORME FINAL

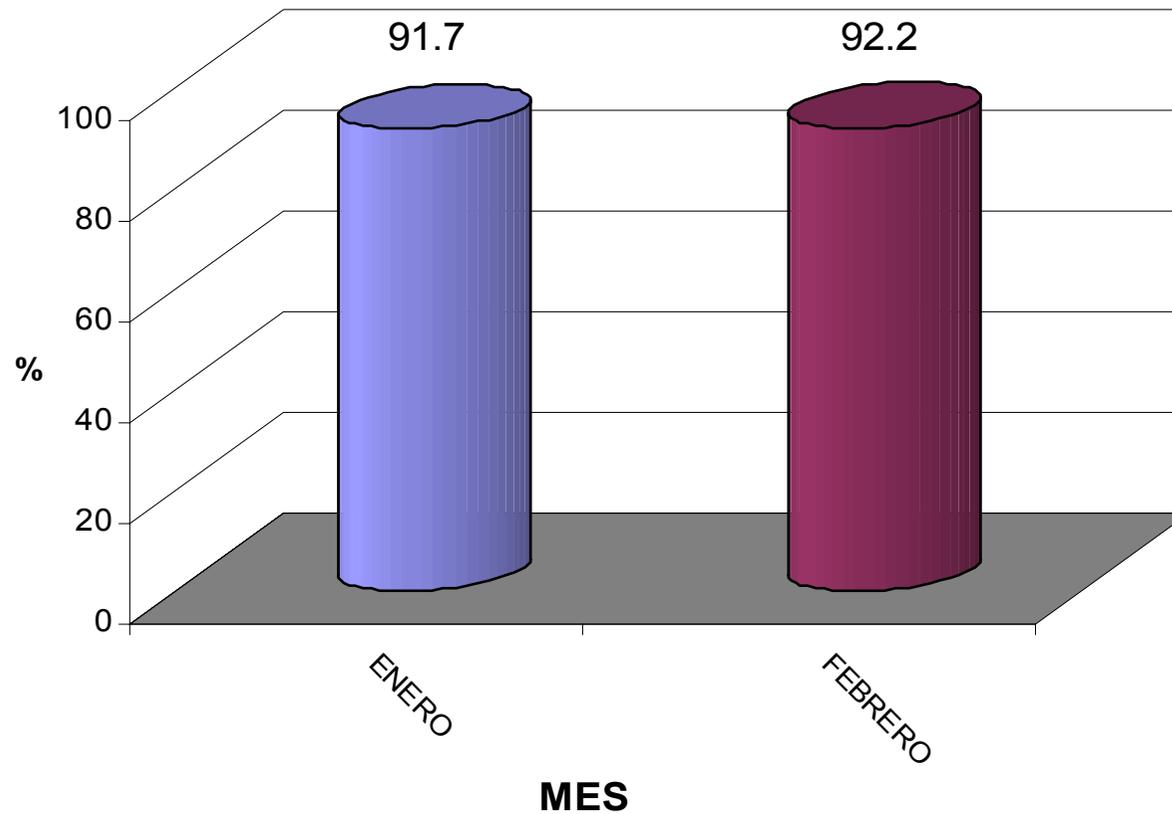


INFORME FINAL



INFORME FINAL

**EVALUACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO POR MESES
ENERO 2005 A FEBRERO 2005**



OBSTÁCULOS

- ❖ Coordinar con los médicos internos y externos:
 - Reuniones de trabajo.
 - Evaluaciones de los expedientes clínicos.

- ❖ Gran cantidad de formatos que son llenados durante el proceso de atención al paciente por las diferentes áreas y servicios.

INFORME FINAL

FACILITADORES

- ❖ Asesoría inicial por parte de Phoenix Consulting.
- ❖ Realización de evaluaciones mensuales.
- ❖ Proceso de Certificación.
- ❖ Participación del grupo de enfermería.
- ❖ Apoyo de las autoridades para el seguimiento del proyecto y autorización de recursos.

