

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Fundación W. K. KELLOGG

Gerencia de la calidad

Volumen III

Serie HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX

VOLUMEN III

- *Manual de gerencia de la calidad*



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

FUNDACIÓN W.K. KELLOGG

MANUAL DE GERENCIA DE LA CALIDAD

Carol M. Gilmore
Humberto de Moraes Novães

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

FUNDACIÓN W.K.KELLOGG

1996

Gilmore, Carol M. - Novaes, Humberto
Gerencia de la calidad / Carol M. Gilmore, Humberto Novaes
Washington, D.C. : OPS, c1996
xiv, 254 p. -- (HSP/UNI/Manuales operativos PALTEX Volumen III / no. 9)

ISBN 92 75 32182 5

I. Título II. (Serie) 1. SISTEMAS LOCALES DE SALUD--organización
2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD--organización 3. GERENCIA
NLM WA546.1

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

ISBN 92 75 32182 5

© Organización Panamericana de la Salud, 1996

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las entidades interesadas en reproducir o traducir en todo, o en parte alguna la publicación de la OPS deberán solicitar la oportuna autorización de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de Salud, Washington, D.C. La Organización dará a estas solicitudes consideración muy favorable.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citados, o instituciones, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Acerca de los autores

Carol M. Gilmore. Licenciada en Nutrición Clínica del Centro de Ciencias de la Salud, de la Universidad de Illinois. Maestría en Administración de Empresas, Escuela J.L. Kellogg, Universidad de Northwestern, EUA. Directora de la Comisión Conjunta Internacional (JCI), una sociedad entre Q H R y la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención de la Salud, EUA. Actualmente Consultora de JCI. Responsable por la primera parte de este Manual.

Humberto de Moraes Novaes. Doctor en Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo, Brasil. Asesor de la Organización Panamericana de la Salud [Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, con sede en Washington, D.C., EUA] en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud. Libre-docente de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo. Responsable por la segunda parte de este Manual.

Contenido

Prólogo	ix
Presentación	xi

Primera Parte

Introducción	1
Definición de calidad	2
Definiciones de las dimensiones del desempeño	3
Antecedentes en la gestión de calidad	4
Los modelos de mejoramiento de calidad en uso actualmente	5
El futuro	5
El mejoramiento de la calidad: La participación externa	8
El Estado y la garantía de calidad	8
Organismos de acreditación	8
Asociaciones profesionales y compañías de seguros	9
Estándares, chequeos genéricos, casos para notificar, pautas prácticas e indicadores	9
Estándares para la práctica profesional	10
Redes de atención de salud	11
Chequeos genéricos para la revisión de historiales médicos	12
Sistema de notificación de acontecimientos	14
Pautas prácticas y planes de atención	16
Indicadores de calidad	18
Bosquejo para el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño institucional	20
Costos	20
¿Quién es responsable de la calidad?	20
Elementos esenciales de un programa de mejoramiento de calidad	21
Las razones propias	21
Teoría y conceptos claves	21
¿Por dónde empezar? Por los líderes	23
Basarse en las prioridades	25
Los dirigentes identifican las prioridades	25
Formación, capacitación y conscientización	26

La implementación de un programa de mejoramiento de calidad	29
Diseño del enfoque de la organización para el mejoramiento de la calidad	29
Áreas específicas para mejorar	30
"Tempestad cerebral"	31
Selección de las áreas prioritarias	32
Matriz de prioridades	33
Selección de miembros del equipo	33
Formación y capacitación de los miembros del equipo	34
Encontrar las causas de fondo	37
Encontrar soluciones	37
Probar las soluciones seleccionadas	38
Planificar la transición	38
Identificar "resultados exitosos" y monitorear	38
Informes	38
Resumen	38
El trabajo de equipo en el mejoramiento de la calidad	40
El concepto de trabajo de equipo	40
El funcionamiento de un equipo de mejoramiento de calidad	41
Indicadores, normas para las prácticas y caminos críticos	46
Características de los indicadores de resultados	46
Monitoreo de la calidad: el enfoque cuantitativo	47
Establecimiento de indicadores	52
Aspectos técnicos de la preparación del conjunto de datos del indicador	62
Pautas de atención clínica y rutas críticas	64
Naturaleza de los datos cuantitativos: Conceptos estadísticos básicos	71
La transformación de datos a información	73
El rol de las computadoras en el mejoramiento de la calidad	75
Sistemas de información computarizados y evaluación de calidad	75
Selección de un sistema computarizado	76
Revisión de software y calidad	77
Selección de software e implementación del sistema	78
Apéndice A-Mejoramiento del desempeño de la red de atención de salud	82
Apéndice B-1 - Ejemplos de indicadores	87
Apéndice B-2 - Ejemplos de indicadores	91
Apéndice B-3 - Ejemplos de indicadores	94
Apéndice C -	
Extractos del programa nacional de educación para el asma - Informe de un grupo de expertos	97
Pautas para el diagnóstico y tratamiento del asma	98
Referencias	103

Segunda parte

La programación de procesos: Pasos iniciales para el monitoreo de la calidad	106
Grupo de trabajo coordinador para la elaboración (o actualización) de las programaciones operacionales	107
Organización de la tarea	109
Contenido de la programación	111
Aplicación de las programaciones	114
Conclusión	115
El ingeniero gerencial: "Nuevo" recurso para los hospitales de América Latina y el Caribe	117
Tendencias para América Latina y el Caribe	117
La tarea de los ingenieros gerenciales hospitalarios	118
Sistemas hospitalarios	121
Otras actividades de los ingenieros gerenciales	123
Pronóstico de las necesidades de mano de obra	123
Pronóstico de la demanda: Visión del futuro	124
Pronóstico estratégico de largo alcance del hospital	126
Conclusión	131
Implantación de programas de garantía de la calidad a través de la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe	132
Calidad total o mejora continua de la calidad	136
Acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe	141
Conclusiones	144
Bibliografía consultada	148
A título de conclusión: ¿Estarán ya en la fase de reingeniería los hospitales de América Latina y del Caribe?	149
El desafío de la calidad	149
La reingeniería	151
El caso de América Latina y el Caribe	158
Conclusiones	160
Bibliografía consultada	163
Apéndice I - Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe	164
Apéndice II - Ejemplos de indicadores de resultados de calidad de la atención médica especificados por servicios o especialidades para ser revisados y adaptados a las condiciones locales	213
Apéndice III - Glosario	232

Prólogo

El sector de la salud en América Latina y el Caribe ha sido protagonista de una serie importante de innovaciones que tuvieron repercusiones más allá de la Región. En la década de los sesenta, con el establecimiento de los Departamentos de Medicina Preventiva, o Comunitaria, o Social, en las Facultades de Medicina, se realizaron experiencias significativas de Integración Docente-Asistencial (IDA); en la década de los setenta, antes de la Declaración de Alma Ata, ya se vislumbraban en la Región importantes experiencias de atención primaria de salud; en los años ochenta, se fue configurando progresivamente, en varios países, una reforma de los sistemas de salud, con énfasis en las concepciones de salud integrada e integral, que valorizan la descentralización de la atención, y de la administración del sistema; así, se llega a los años noventa con una clara intención de promover una reforma que tenga como base los sistemas locales de salud (SILOS).

Esos esfuerzos dieron lugar a un acercamiento progresivo entre los elementos que aparentemente se distanciaron durante el proceso de evolución de nuestras sociedades, como entre la salud pública y la asistencia médica, entre la medicina preventiva y la medicina curativa, entre la asistencia hospitalaria y la asistencia básica de salud, entre la enseñanza de las profesiones de salud y la prestación de servicios, entre los profesionales y los auxiliares, entre las corporaciones de servicios de salud y la comunidad.

El Programa UNI, que la Fundación W.K. Kellogg ha establecido en 1991, surgió para crear la oportunidad de ofrecer otras propuestas para articular la enseñanza de las profesiones de salud (es decir, UNIVERSIDAD), con el desarrollo de la salud y la prestación de los servicios de salud (es decir, SILOS), en la atención a las necesidades y demandas de comunidades específicas, que asumen un papel decisivo en la dirección de las decisiones que afectan a su calidad de vida (es decir, COMUNIDAD). De esta forma, el Programa UNI busca el desarrollo sincronizado de la enseñanza, el desarrollo de la salud y la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de la comunidad para decidir con respecto a sus necesidades y demandas y a los servicios que le son prestados.

En la actualidad existen 23 proyectos UNI en América Latina, en comunidades específicas de 11 países, que articulan la enseñanza de diversas profesiones de salud, con la reorganización de los servicios de salud en los SILOS, con una intensa participación de las comunidades en los procesos de decisión. A fin de apoyar el desarrollo de estos proyectos, y de sus ideas y soluciones, como una estrategia viable y factible para la deseada reforma del sector de la salud en los países de América Latina, el Programa UNI procura asociarse con otras organizaciones que tienen los mismos propósitos. Tal es el sentido de este esfuerzo colaborador entre la Fundación W.K. Kellogg y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por otra parte, y con los mismos objetivos la OPS apoyó a los países de la Región en el desarrollo integral local en base al mandato de la Resolución XV de la XXX Reunión del Consejo Directivo.

Los manuales que forman parte de esta serie representan el resultado de la labor intensa de identificar las situaciones que ocurren dentro de un SILOS y que exigen cierto grado de organización para facilitar los procesos de decisión de los dirigentes y los profesionales participantes. Se espera que sirvan de material auxiliar a aquellos que quieran escribir sus propios manuales de operación, que de manera específica atiendan sus propias necesidades de organización y método.

Por lo tanto, los manuales no constituyen un producto acabado, listo ya para ser utilizado por los SILOS de la Región; constituyen un punto de partida, sólido y articulado, para que cada SILOS diseñe y escriba su propio manual.

Con ellos se espera hacer una contribución eficaz y eficiente para el desarrollo de la reforma sanitaria en nuestra Región. A la Fundación W.K. Kellogg y a la OPS les da muchísima satisfacción poder formar parte de este esfuerzo al apoyar el desarrollo del sector de la salud en América Latina y el Caribe.

Dr. José María Paganini
Director
División de Desarrollo de Sistemas
y Servicios de Salud
OPS/OMS

Dr. Marcos Kisil
Director y Coordinador del
Programa para América Latina
y el Caribe
Fundación W. K. Kellogg

Presentación

¿Por qué esta iniciativa OPS/Kellogg?

Durante años muchas de las iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han recibido apoyo de la Fundación W.K. Kellogg. Cuando los ministros de salud de los países de América Latina y el Caribe se reunieron en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana y aprobaron una resolución para transformar los sistemas nacionales de salud con base en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), también recomendaron realizar una evaluación de las experiencias de la puesta en práctica. Para ello se emplearía una metodología innovadora, orientada hacia el apoyo de otras actividades concretas llevadas a cabo en los países, con el objeto de brindar mejores condiciones de vida a las comunidades.

De 1990 a 1993 la OPS y la Fundación W.K. Kellogg elaboraron un proyecto conjunto para evaluar los sistemas locales de salud (SILOS) denominado "**Evaluación para el cambio**". Esto llevó a un análisis a fondo del contexto y de las instituciones de diversas comunidades y de la actuación de los líderes de SILOS en Bolivia, Brasil, Colombia, Dominica, Haití, México, la República Dominicana y San Vicente y las Granadinas, con una serie subsiguiente de publicaciones conjuntas.*

La serie de publicaciones mencionadas anteriormente estaban de acuerdo con el mandato del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud de reforzar los sistemas locales de salud, promover estudios para crear nuevos modelos operacionales o sus componentes críticos, evaluar la equidad, eficiencia y calidad, así como la cobertura obtenida, la utilización eficiente de recursos y el grado de participación comunitaria.

También de acuerdo con este mandato, la investigación para estas publicaciones se realizó básicamente con proveedores de servicios y la comunidad, facilitándose la aplicación de los resultados en las medidas correctivas para una mejor salud de la población.

** *Acciones integradas en los sistemas locales de salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina.* Cuaderno Técnico No. 31; Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1990. También publicado en portugués por la Biblioteca Pioneira de Administración e Negócios-PROAHSA, São Paulo, 1990.

Strengthening the Implementation of Local Health Systems--The English Speaking Caribbean Countries--Assessment for Change. Serie SILOS No. 16, Pan American Health Organization/World Health Organization, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1992. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

Evaluación para el cambio: Bolivia, Haití y República Dominicana, Serie SILOS No. 25, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud/Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C., 1993. También publicado en portugués por la Facultad de Salud Pública de la Universidad de São Paulo, Brasil, 1995.

¿Cuál fue el resultado de las investigaciones?

Se encontró que en el pasado la evaluación de los programas de salud solía estar dirigida a actividades aisladas, fuera del ámbito del proceso administrativo. Por otro lado, en los actuales estudios realizados por el proyecto OPS/W.K. Kellogg lo que interesaba constantemente era identificar posibles soluciones administrativas para los cambios inmediatos o de mitad del período de implementación de las transformaciones.

La evaluación se llevó a cabo mediante la recopilación y el análisis de datos, usando diferentes metodologías, para determinar la pertinencia de la planificación de los servicios de salud en los sistemas locales, el progreso alcanzado durante la ejecución y los mecanismos de control de la eficiencia para vencer las dificultades.

En todos los casos se pretendía establecer una estrecha relación entre el administrador local y el investigador. Se encontró que el papel del administrador local era más evidente en las fases iniciales del proceso de evaluación, en la observación de la pertinencia del programa, mientras que el papel del investigador se destacaba más en el análisis del impacto.

¿Cuáles deficiencias fueron encontradas?

Prescindiendo de la región analizada, los SILOS evaluados presentaban deficiencias comúnmente encontradas también en otros servicios de salud de América Latina. Los indicadores principales mostraban la necesidad de capacitar a los líderes del sector salud en ADMINISTRACIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y METODOLOGÍA OPERACIONAL, así como la necesidad de interesarse más por la CALIDAD de los servicios prestados, sea de atención ambulatoria u hospitalaria.

Principales problemas identificados:

- Deficiencias en la coordinación intra y extrasectorial.
- Sistemas administrativos, clínicos y epidemiológicos ineficientes.
- Escaso aprovechamiento de la información existente para la adopción de decisiones.
- Necesidad de capacitación permanente de recursos humanos en determinadas áreas.
- Deficiencias en el mantenimiento de instalaciones y equipo.
- Resistencia a la descentralización de la autoridad para tomar decisiones en el nivel local.
- Conocimientos técnicos limitados para la programación y la gestión estratégica locales.
- Administración inadecuada de material, medicamentos, vacunas y otros suministros.
- Falta de motivación y de preparación para actuar en equipo.
- Conocimiento limitado de la administración financiera en el nivel local.
- Falta de normas para la referencia y contra-referencia de pacientes.
- Desconocimiento de las técnicas de evaluación de la calidad.
- Ninguna tendencia a utilizar indicadores epidemiológicos para tomar decisiones.
- Descuido en las técnicas básicas de saneamiento y desconocimiento de los procedimientos de protección ambiental.

¿Por qué publicamos esta serie de Manuales?

En vista de las cuestiones identificadas en las observaciones de estudios de casos, la OPS, de acuerdo con la Fundación W.K. Kellogg, decidió publicar una serie de manuales con objetivos generales orientados a incrementar el desarrollo económico y social en los SILOS mediante una mejor administración del sector salud; mejorar la productividad de los servicios públicos y mejorar las condiciones de saneamiento en el nivel urbano (protección ambiental) y en la lucha contra las condiciones de vida insalubres.

¿Cuáles temas son tratados en los Manuales?

Los temas tratados en esta serie HSS/UNI de Manuales son:

1. Tendencias contemporáneas en la gestión de la salud.
2. Conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud.
3. Recursos humanos en salud.
4. Administración de recursos materiales en salud.
5. Administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas.
6. Mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo
7. Administración financiera para gerentes de salud.
8. Pautas para el establecimiento de sistemas locales de información.
9. **Gerencia de la calidad.**
10. Vigilancia epidemiológica.
11. Vigilancia sanitaria.
12. Vigilancia ambiental.*

¿A quién sirven estos Manuales?

Los Manuales fueron preparados para auxiliar las actividades de gerencia diaria de los responsables superiores por la administración de sistemas locales de salud y sus componentes. Las cuestiones son tratadas de manera amplia para el no especialista en los temas, y no tiene el objetivo de enseñar técnicas básicas de procedimientos. Su formato fue hecho con el propósito de recibir revisiones periódicas y eventuales actualizaciones de sus capítulos. Esperamos así haber contribuido, por lo menos en parte, para la solución de problemas identificados en las evaluaciones realizadas.

Humberto de Moraes Novaes
Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud
Editor General de la Serie

* La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS sigue preparando otros Manuales para esta Serie PALTEX de documentos operativos: No. 13, Prevención y control de infecciones hospitalarias (incorporado en el Volumen IV de esta serie), y No. 14, Prototipo de educación en administración hospitalaria.

PRIMERA PARTE

Autora Responsable: Carol Gilmore
« Joint Commission International »
Oakbrook Terrace, IL, E.U.A.

Introducción

Ya hace años que se está hablando de mejorar la calidad de la atención médica, pero la diferencia en los años noventa, es la existencia de sistemas y métodos superiores para asistir a las diferentes instituciones en dicha tarea. Además, en la presente década este mejoramiento se ha convertido en una obligación. Casi todos los pacientes y profesionales de salud saben que la atención médica podría ser mejor, lo que ha llevado a muchos países a lanzar iniciativas de reforma de sus sistemas sanitarios.

Entre los factores que han contribuido a esta necesidad están:

- Una mayor conscientización por parte de los pacientes como usuarios de los servicios de salud.
- Mayor atención a la calidad en todas las ramas de la economía, al reconocer que esta es la clave para el éxito a largo plazo.
- La necesidad de controlar los costos de salud.

La reforma del sistema de salud solo puede considerarse como un éxito, si la calidad de la atención médica mejora como resultado de los cambios, ya que la mayoría de las personas consideraría a la reforma un fracaso si la calidad empeorara aunque los costos bajaran.

En un discurso frente a profesionales de la calidad en la salud, Dennis S. O'Leary, presidente de la (Joint Commission on

Accreditation of Healthcare Organizations)* Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos expresó: "la reforma al sistema de salud de los Estados Unidos de América será un experimento enorme, caro y riesgoso. Tendremos que saber si las reformas que aprobemos están teniendo los efectos deseados, para que podamos hacer correcciones a mitad de camino", y aseveró que "el debate a nivel nacional sobre la reforma al sistema de salud se ha concentrado principalmente en su costo y accesibilidad, que son aspectos vitales, pero ni se acercan al problema en general. Debemos prestarle igual atención al problema de la **calidad**".¹

Los hospitales y redes de atención de salud (sistemas locales de salud o SILOS), en realidad, pueden no tener "pacientes cautivos" en el futuro, ya que habrá más opciones. Las autoridades y trabajadores de los SILOS deben darse cuenta que tendrán que ganarse su puesto de ser el "profesional escogido" con cada paciente. Es decir, hacer que ese paciente vuelva a la misma institución aunque tenga la opción de hacerse atender en otra.

No hay muchos profesionales de la salud que puedan hacer caso omiso de las necesidades de sus instituciones y redes sanitarias y afortunadamente estos profesionales, por

* Comisión multi-institucional, en los Estados Unidos, establecida en 1951 para acreditar organizaciones de salud según estándares e indicadores de calidad propuestos por expertos en las respectivas áreas, a la que en este Manual nos referimos como "la Comisión Conjunta".

la naturaleza misma de su trabajo y capacitación, por lo general quieren mejorar los resultados y satisfacer a sus pacientes.

El desafío para los líderes del sector sanitario es idear e instrumentar, de manera exitosa, sistemas que fomenten el deseo que tienen los profesionales de mejorar los servicios y, al mismo tiempo, satisfacer las exigencias de los pacientes y demás usuarios por mayores informes sobre la calidad de la atención médica.

Definición de calidad*

La calidad es el concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la Organización Mundial de la Salud la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgos para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Uno de los problemas con la palabra calidad, aunque haya sido definida de la manera mencionada, es que todavía no queda del todo clara dado que calidad significa algo distinto para cada persona:

- para un cirujano, una operación de cadera puede ser de alta calidad cuando todo sale sin mayores sobre-

saltos en la sala de operaciones, el paciente se recupera y es dado de alta puntualmente y sin ninguna infección grave;

- un profesional de terapia física puede ver el mismo caso como de alta calidad si el paciente puede caminar con casi un 100% de su capacidad normal después del tratamiento;
- el paciente seguramente considerará su capacidad de caminar, pero también si está totalmente libre de dolor;
- el administrador de un hospital podrá considerar un procedimiento como exitoso, si este se lleva a cabo dentro de los límites económicos establecidos por el paciente y no incluye complicaciones costosas.

Todas son consideraciones válidas, porque si la atención médica es de alta calidad o no depende mucho del criterio de quién la analiza.

Cuando se utiliza la palabra calidad, en realidad, el usuario por lo general considera características típicas de la atención médica, como **eficiencia, cuidados y eficacia**. Los programas de calidad, en realidad pretenden además mejorar el desempeño, los resultados y otros aspectos, así como reducir los costos de la institución.

La Comisión Conjunta de los Estados Unidos utiliza el concepto de "**desempeño institucional**", que es más preciso que la palabra calidad sola. La información sobre el desempeño institucional se puede utilizar para juzgar la calidad y la Comisión Conjunta ofrece definiciones sobre las dimensiones de dicho desempeño.²

* N. del A. (HMN): Al final de este Manual véase el Apéndice III, Glosario de términos sobre "calidad".

Definiciones de las dimensiones del desempeño

Hacer lo correcto

- La **eficacia** del procedimiento o tratamiento en relación a la condición del paciente:

El grado al que la atención/intervención para el paciente ha demostrado lograr el resultado deseado/programado.

- La **adecuación** de una prueba, procedimiento, o servicio específico para satisfacer las necesidades del paciente:

El grado al que la atención/intervención proporcionada es relevante a las necesidades clínicas del paciente, dado el nivel actual de conocimientos.

Hacer lo correcto correctamente

- La **disponibilidad** de una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio para el paciente que lo necesita:

El grado al que la atención/intervención adecuada está disponible para satisfacer las necesidades del paciente.

- La **puntualidad** con que una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio necesario es proporcionado al paciente:

El grado al que se proporciona la atención al paciente en el momento más beneficioso o necesario.

- La **efectividad** con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados:

El grado al que la atención/intervención para el paciente es coordinada entre los médicos, instituciones y con el tiempo.

- La **seguridad** del paciente (y otros) a quienes se proporcionan los servicios:

El grado al que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el paciente y otros, incluyendo al médico.

- La **eficiencia** con la que se proporcionan los servicios:

La relación entre los resultados (de la atención) y los recursos utilizados para prestar servicios al paciente.

- El **respeto y cuidado** con que se prestan los servicios:

El grado al que el paciente o un apoderado participa en las decisiones sobre su atención y el nivel de sensibilidad y respeto hacia las necesidades, expectativas y diferencias individuales por parte de los que prestan el servicio.

Las definiciones de la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud y de la Comisión Conjunta son solo dos de muchas definiciones sobre calidad y desempeño, aunque la mayoría de ellas tienen algo en común. La calidad no se limita a un aspecto, sino que incluye la satisfacción del paciente, la eficiencia y los resultados clínicos. Las definiciones son útiles para que se puedan tener marcos de referencia en común cuando se discutan los temas de calidad y desempeño institucional.

Las definiciones por sí solas, sin embargo, no le sirven ni a la persona ni a la institución, ni a la red de salud para mejorar la

calidad, pero antes de ahondar en el tema, sería conveniente recordar algunos antecedentes sobre la calidad en la salud.

Antecedentes en la gestión de calidad

Las prácticas contemporáneas para mejorar la calidad en las instituciones sanitarias, tienen tres orígenes generales:

- El método científico.
- Las asociaciones de profesionales.
- Los modelos industriales.

Estas tres áreas tienen influencia sobre los programas de gestión de calidad, cuyos métodos asocian:

- el método científico tradicional utilizado por profesionales de la salud;
- con actividades de garantía y control de calidad definidas por los profesionales de la salud;
- con modelos que surgieron de la industria manufacturera.

La medicina moderna ha utilizado el método científico para llevar a cabo sus investigaciones. Los fabricantes de productos farmacéuticos, por ejemplo, dependen del método científico para determinar la eficacia de los medicamentos. Los médicos utilizan estos métodos para su investigación, evaluar la documentación relacionada a sus casos, seleccionar opciones de tratamiento y evaluar el éxito de su decisión. El método científico consiste en:

- definir un área de estudio;
- observar y determinar qué se conoce;
- generar hipótesis (sobre las causas);

- probar hipótesis/recopilar datos;
- utilizar los resultados para actuar.³

Los profesionales de la salud, como científicos que son, están capacitados para elaborar hipótesis y probarlas. Cuando su investigación demuestra que los cambios en las prácticas y procedimientos son adecuados, entonces los médicos y hospitales adoptan los nuevos métodos.

Esta tradición del método científico crea un marco óptimo para el mejoramiento de la calidad, dado que el personal clínico de un hospital ha estado expuesto a los métodos para analizar, probar y documentar como parte de su formación profesional.

Se conoce como el "**modelo industrial**", a un nuevo componente de los programas de evaluación de calidad y mejoramiento de la salud, debido a que surgió de las industrias manufactureras como la del acero y la de productos electrónicos.

La Gestión de Calidad Total (GCT) o el Mejoramiento Continuo de Calidad (MCC) son ejemplos de modelos industriales. Los profesionales de la salud de los Estados Unidos comenzaron a utilizar estos modelos en los años ochenta y continúan haciéndolo cada vez más.

Las asociaciones de profesionales de la salud también contribuyen con los métodos contemporáneos de mejoramiento de la calidad. Las organizaciones como la Comisión Conjunta, establecieron hace muchos años la expectativa de que las instituciones de salud y los médicos particulares realicen esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios. El trabajo de los principales teóricos, como Avedis Donabedian, y los clínicos más conocidos, también ha contribuido al mismo propósito.

El marco actual de la Comisión Conjunta para el mejoramiento de la calidad incluye a

los más destacados métodos científicos y modelos industriales. Cuando una organización como la Comisión Conjunta requiere, por medio de sus estándares y sondeos de acreditación, que los proveedores sanitarios posean programas de control de calidad, su influencia es muy grande.

Los modelos de mejoramiento de calidad en uso actualmente

La mayoría de las instituciones sanitarias en Estados Unidos utilizan un enfoque global para mejorar la calidad de sus servicios, basándose en modelos usados en otras ramas de la economía y adaptándolo al ambiente de salud.

La calidad, por supuesto, puede mejorarse de varias maneras, como un nuevo director exigente, un supervisor muy amable o nuevo equipo, pero estos son cambios temporales, y dependen un tanto de la suerte. El uso de modelos para mejorar el desempeño institucional aumenta la probabilidad de un éxito duradero.

Por otra parte, un programa de gestión de calidad, no puede substituir a otros procesos y estructuras básicos necesarios para el funcionamiento de un sistema de salud.

Sahney ha dicho que "aunque exista un programa de gestión total de calidad, esto no es un antídoto contra el exceso de decisiones o conductas equivocadas por parte de la administración central, sea cual fuera su filosofía."⁴

Un programa de gestión de calidad que exista más por escrito que en la práctica, dará pocos resultados y será considerado por los empleados como otro capricho de los administradores.

La premisa básica del mejoramiento de la calidad es que todo es un proceso, o una serie de pasos* y el propósito es analizar y mejorar dichos procesos. La garantía de calidad es importante para medir el verdadero desempeño a nivel individual y de sistema. Una distinción importante entre la garantía de calidad y el mejoramiento de la misma, es esa concentración en los procesos en lugar de en los individuos.

Es importante que los administradores examinen los problemas del sistema con tanto o más vigor que lo hacen con el desempeño individual. Después de todo, ¿qué parte del resultado para el paciente depende de todos los sistemas y procesos y cuánto depende de la capacidad real del médico? En los capítulos siguientes se explorarán los diferentes enfoques para la gestión de calidad y se responderán preguntas como esta.

El futuro

Las acciones de gestión de calidad, en el futuro, harán cada vez más hincapié en los indicadores, mediciones, recopilación y análisis de datos y bases de datos comparativas, campos todos que han sido objeto de muchos debates en la actualidad. Kelman escribe en el *New England Journal of Medicine*:

"Ni Canadá ni los Estados Unidos, ni ningún otro país, según mi conocimiento, ha progresado mucho en la elaboración y aplicación de medidas rigurosas para el control de calidad y efectividad a nivel nacional. Hasta que invirtamos mucho más en la evalua-

* Sobre este tema, véase el primer capítulo de la segunda parte de este Manual.

ción de la tecnología y la medición de la calidad de la atención, no podremos evaluar la efectividad médica de ningún sistema de salud, sin importar cuán organizado y bien financiado esté."⁵

Uno de los aspectos en los que aquellos interesados en la reforma del sistema de salud en Estados Unidos están de acuerdo, es que se necesita un enfoque más amplio, nacional o provincial o estatal, hacia la información sobre el desempeño.

En el futuro existirán una o más bases de datos nacionales a las que los profesionales e instituciones enviarán información sobre los resultados para los pacientes y de las que los profesionales recibirán informes detallados sobre su desempeño en relación a otros en la base de datos. Los pacientes quizás tengan un "boletín de calificaciones" con la lista de instituciones para facilitar sus decisiones sobre cuál elegir.

La gestión de calidad en el futuro también incluirá la "re-ingeniería" que, como la gestión total de calidad, se originó en la industria y es la última metodología que ha sido adoptada en los hospitales de Estados Unidos para mejorar sus operaciones.

Algunos expertos lo ven como un programa de mejoramiento de calidad bien elaborado, mientras que otros lo ven como un proceso totalmente nuevo.

En la re-ingeniería se incluye el uso de métodos, instrumentos, principios y análisis de datos para responder a la pregunta, "Si estableciéramos este negocio hoy, ¿cómo sería?" y luego para implementar la respuesta. Se puede substituir la palabra negocio por SILOS, clínica u hospital. Los par-

tidarios de la re-ingeniería creen que los modelos de mejoramiento de calidad limitan a las instituciones a mejorar lo que ya existe y que la re-ingeniería conlleva a la creación de mejores sistemas para hacer las cosas.

Además, en Estados Unidos se está descubriendo que no hay un modelo en particular que funcione para la gestión de calidad. Se necesita, en el sector de salud, un control de calidad básico, una garantía de calidad para monitorear el desempeño, programas de mejoramiento de calidad y la reingeniería para rediseñar completamente las funciones.

Los modelos particulares de iniciativas de calidad que funcionen mejor en una institución, se relacionarán directamente a los cambios que esté tratando de realizar.

Richard Thompson pregunta: "¿Estamos de acuerdo en que el concepto de hacer coincidir 'cuestiones de calidad' a 'iniciativas de calidad' específicas ayuda a aclarar la confusión causada por la coexistencia de programas de Mejoramiento Continuo de Calidad, Gestión Total de Calidad, Evaluación de Calidad y Mejoramiento de Calidad, obtención de credenciales, evaluaciones de colegas, los catorce (14) puntos de Deming, la trilogía de Juran, el premio Malcolm Baldrige, la Agenda de la Comisión Conjunta Para el Cambio (Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos), el uso de datos de resultados, investigación sobre la eficacia y la efectividad, pautas prácticas, indicadores de desempeño y otros intereses sobre la calidad?"⁶

La observación del Dr. Thompson es que no existe un modelo de iniciativa de calidad en particular que sea el apropiado para toda pregunta o problema.

Un problema en la distribución de medicamentos o en su abastecimiento puede ser tratado mejor por medio de una iniciativa de Gestión Total de Calidad. Una pregunta sobre el diagnóstico y el curso de tratamiento de los pacientes con un conjunto particular de problemas médicos, puede ser tratada con el uso de pautas o protocolos clínicos prácticos.

En el futuro, por lo tanto, se espera contar con la recopilación y comparación de datos, re-ingeniería y el uso de iniciativas de calidad específicas para solucionar el problema particular de ese momento. Este manual se concentrará en las principales acciones actuales en la elaboración de programas de gestión de calidad.

El mejoramiento de la calidad: La participación externa

Dado que hay diferentes partes que participan en el sistema de atención médica, existen distintos tipos de presión sobre el sistema para garantizar la calidad del servicio. Aquí nos concentraremos en tres grupos de organismos fuera de las instituciones sanitarias que tratan de monitorear o promover la calidad.

El Estado y la garantía de calidad

El Estado es la primera de las entidades que sirven como guardián público de la salud de la población. Una de las maneras básicas en las que el Estado garantiza que los servicios sanitarios sean prestados de manera competente, es por medio del *otorgamiento de licencias o certificados de habilitación*.

En la mayoría de los países, un hospital o institución sanitaria, tanto como los profesionales de la salud (médicos y enfermeros), deben poseer una licencia del Estado, que les permite prestar servicios de salud a los solicitantes que hayan obtenido un mínimo de competencia que garantice la protección de la salud pública, seguridad y bienestar. Esta es, sin embargo, una medida limitada, ya que la licencia por lo general se otorga de por vida, puede ser renovada fácilmente y muy pocas veces es anulada.

En algunos países, el Estado toma otras medidas para garantizar la calidad de la atención médica que subvenciona, es decir, para los pobres y los ancianos. El gobierno federal, en los Estados Unidos y algunos otros países, depende de organismos de

acreditación para evaluar la competencia de hospitales y otras instituciones sanitarias que proporcionan dicha atención y también contrata a organizaciones que evalúan a colegas para garantizar que la atención médica se rija por los estándares reconocidos a nivel profesional.

Las organizaciones de evaluación de colegas, colegios o consejos médicos, tienen la autoridad para identificar problemas en calidad e intervenir cuando sea necesario dando asesoramiento, sanciones o multas a los hospitales y a los médicos.

Organismos de acreditación

La segunda fuerza externa importante que pretende promover la calidad en la salud es la de los organismos que acreditan a las instituciones sanitarias. Uno de los más antiguos y reconocidos de estos organismos, es la Comisión Conjunta que hemos mencionado anteriormente, y que ha servido como modelo para muchos entes similares tanto en los Estados Unidos como en otros países.* En la actualidad, la comisión norteamericana acredita hospitales, asilos de ancianos, agencias de atención médica a domicilio, hospitales psiquiátricos, consultorios, laboratorios y redes sanitarias.

Los evaluadores de la Comisión Conjunta periódicamente evalúan el cumplimiento de diferentes instalaciones con sus estándares, al revisar la documentación, conducir eva-

* Sobre el tema de acreditación en América Latina y el Caribe, véase la segunda parte de este Manual.

luaciones *in situ*, entrevistas con el personal y los pacientes, y evaluar las acciones de garantía de calidad de la institución. En algunos sectores, como en los hospitales y agencias de atención a domicilio, el gobierno federal considera a una institución como en cumplimiento de sus estándares establecidos y como elegible para prestar servicios y recibir reembolsos para sus pacientes de la seguridad social estatal o Medicare, si está acreditada por la Comisión.

La Comisión ha elaborado estándares integrales y los utiliza para evaluar casi todos los aspectos de las operaciones y servicios clínicos de las instalaciones. Estos estándares, por lo general, son aceptados como razonables, válidos y posibles de lograr y son reconocidos como los estándares nacionales para la prestación de servicios al paciente y para la gestión de instalaciones. Estos son formulados, revisados y refinados de manera continua en respuesta a los cambios en el campo de la salud.

Asociaciones profesionales y compañías de seguros

Las asociaciones profesionales que representan a hospitales, e instituciones sanitarias y profesionales especializadas han, en muchos países, establecido estándares de calidad en sus áreas de especialidad, por medio de la certificación de profesionales en su campo específico. La certificación le otorga reconocimiento a una persona que posee ciertas calificaciones predeterminadas por la asociación.

Por ejemplo, existen en los Estados Unidos 23 juntas de especialización que ofrecen la certificación a los médicos de esos diferentes

campos. No obstante, no existe una base sistemática de información que les permita a estas juntas conocer la actividad profesional actual de los que certifican, o el estado de su licencia. A pesar de eso, varios grupos en los Estados Unidos utilizan la certificación de la junta para determinar si un médico debe recibir privilegios en el hospital, reembolsos o una póliza de seguro por daños contra terceros.

Algunas asociaciones profesionales han elaborado pautas que sugieren cuáles son los elementos esenciales de calidad, cuáles deben ser las metas de las garantías de la calidad de la misma y las acciones que deben lograr esas metas, tales como la evaluación y mejoramiento de calidad, la documentación y el registro. Muy pocas veces, sin embargo, las asociaciones tienen los medios para monitorear estas acciones entre sus afiliados.

Existe una tendencia en aumento, por parte de las compañías de seguros y sus representantes, de monitorear a los pacientes que tienen pólizas con ellas, lo que les permite luego revisar de manera retrospectiva los factores de calidad, tanto como la utilización de recursos. La multa por no cumplir puede consistir en negarse a pagar por el servicio, enviar al paciente a otro médico o presentar demandas por negligencia debido a servicios innecesarios o deficientes. Dichas sanciones han servido como mecanismos de control de calidad.

Estándares, chequeos genéricos, casos para notificar, pautas prácticas e indicadores

Los gobiernos, los organismos de acreditación, las compañías de seguros y otras partes interesadas en la garantía de calidad han tratado de diseñar medidas válidas y

confiables para evaluar la competencia clínica de manera objetiva, entre las que están los estándares para la práctica, los chequeos genéricos para revisar los archivos, un sistema para notificar los acontecimientos adversos, pautas prácticas y caminos críticos a seguir e indicadores de desempeño.

Estándares para la práctica profesional

Los estándares para la práctica profesional, que constituyen la más antigua de las medi-

das de calidad, se refieren al desempeño esperado, con el que se compara el trabajo de un profesional o institución.

Al contrario de las pautas y los procedimientos operativos establecidos, los estándares están diseñados para evaluar la práctica y no para asistir a los profesionales directamente.

El Índice de Estándares del Manual para la Acreditación de Hospitales de 1995 (Cuadro 1) de la Comisión Conjunta, contiene un grupo de estándares integrales utilizados por la misma para evaluar hospitales.

CUADRO 1

Índice de Estándares del Manual para la acreditación de hospitales de 1995, EUA

Sección 1. Funciones centradas en la atención del paciente

Derechos del paciente y ética de la institución
Evaluación del paciente
Cuidado del paciente
Educación
Continuidad de la atención

Sección 2. Funciones de la institución

Mejoramiento del desempeño institucional
Liderazgo
Gestión del entorno de atención médica
Gestión de recursos humanos
Gestión de información
Vigilancia, prevención y control de infecciones

Sección 3. Estructuras con funciones

Cuerpos Directivos
Gerencia y administración
Personal médico
Enfermería

Fuente: 1995 Accreditation Manual for Hospitals (AMH) - Volume I: Standards.⁷

Nota: Para estándares recomendados por la OPS para América Latina y el Caribe véase la segunda parte de este Manual.

Redes de atención de salud*

Con objeto de atender la necesidad de prestación de asistencia sanitaria mejor coordinada a la población de los Estados Unidos, las organizaciones dispensadoras, los profesionales y las compañías de seguro, entre otros, se dedican activamente a establecer sistemas de salud integrados. Pese a su diversidad, cada uno de los modelos de estos sistemas da esperanzas de prestar atención poco costosa, que bien vale lo que paga por ella el comprador de los servicios.

A medida que comienzan a surgir redes de atención de salud con carácter de fuerza en la acción asistencial, se ha hecho evidente la necesidad de evaluación externa. Por varios decenios, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud ha prestado servicios de evaluación y acreditación a las organizaciones pertinentes cuyos servicios son la corriente principal del sistema asistencial. Por ende, es natural que la Comisión Conjunta siga ahora la evolución de dicho sistema para velar por que se ponga el debido interés en prestar atención de calidad a los pacientes, en virtud de estos nuevos arreglos.

Las normas citadas en el "Accreditation Manual for Health Care Networks" (Manual de Acreditación para Redes de Servicios de Salud) de 1994 de la Comisión Conjunta se

* El texto de esta sección sobre redes de atención de salud se ha tomado, con adaptaciones, del "Accreditation Manual for Health Care Networks" (Manual de Acreditación para Redes de Servicios de Salud) de 1994 de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos. Observar que el concepto de "redes de servicios" en los Estados Unidos es muy similar, en tésis, al de los sistemas locales de salud (SILOS) de América Latina y el Caribe.

refieren a la actuación de la red con respecto a los derechos y responsabilidades de los afiliados, la ética de la institución, la continuidad de la atención, la educación y comunicación de los afiliados, el liderazgo, la administración de recursos humanos, la gestión de información y el mejoramiento de la actuación de la red. Los requisitos particulares de atención clínica se refieren a las normas aplicables a las distintas clases de sitios de prestación de asistencia sanitaria. (El Apéndice A contiene un capítulo del manual de acreditación).

Si bien las normas no son medidas directas de calidad, la observancia de las aplicables se ha convertido en el marco de referencia nacional para pronosticar el futuro desempeño de la organización. Cuando la información sobre la observancia de las normas va acompañada de la visión retrospectiva que ofrecen las medidas de resultados, se puede trazar un perfil completo de desempeño de la organización y vigilarlo con el tiempo. La Comisión Conjunta se propone introducir medidas de resultados y otras relacionadas con el desempeño, al proceso de acreditación de redes en un futuro próximo.

La formulación de normas para la red se guió por la idea de que una red de atención de salud tiene una estructura central de integración que realiza un conjunto básico de funciones para coordinar la prestación de asistencia sanitaria a una población definida en distintos medios. La integración de estos se destina a ofrecer una gama continua de servicios necesarios a la población definida. La red administra la prestación de asistencia por medio de sus propios recursos o de los de sus miembros participantes. Esos arreglos pueden incluir o no la gestión de los beneficios de la atención de salud.

La Comisión Conjunta define a una red como una entidad que presta servicios de salud integrados a una población definida de individuos o proporciona los medios para ello. Una red ofrece servicios amplios o especializados y se caracteriza por una estructura centralizada que coordina e integra los servicios prestados por organizaciones y profesionales que, en calidad de miembros, participan en la red.

La Comisión Conjunta tiene normas aplicables a los servicios prestados por la red. Las redes que deseen someterse a un estudio de acreditación por la Comisión Conjunta deben cumplir las condiciones siguientes:

- La red tiene un proceso de evaluación de la calidad de sus servicios que entraña análisis de la atención prestada por clínicos, que pueden ser parte integrante de la red o independientes de esta.
- La red está localizada dentro de los Estados Unidos o es administrada por el gobierno de ese país o con arreglo a una carta constitutiva otorgada por el Congreso.
- Al hacer la solicitud correspondiente, la red señala todos los servicios que proporciona y le indica a la Comisión Conjunta si cada uno se presta directamente, por contrato o por medio de algún otro arreglo.

Una vez hecha la encuesta de la red, se le otorga a esta una categoría de acreditación

en trámite si ha demostrado el debido cumplimiento con las normas aplicables.⁸

Chequeos genéricos para la revisión de historiales médicos

El Gobierno Federal de los Estados Unidos cubre directamente los costos de hospitalización de más de 30 millones de beneficiarios del programa de Medicare y, por lo tanto, tiene un gran interés en garantizar la calidad del servicio de sus profesionales. Por eso ha contratado a organizaciones de evaluación de colegas, para asegurarse que los servicios prestados por los hospitales sean verdaderamente necesarios y satisfagan los estándares de calidad reconocidos profesionalmente, además de llevar a cabo regularmente revisiones retrospectivas de expedientes médicos.

Este proceso de revisión se ha perfeccionado mucho con el correr del tiempo. En 1986, se introdujeron los chequeos genéricos como parte de la revisión de pacientes de hospitales, llevada a cabo por la Organización de Evaluación de Colegas (Véase el Cuadro 2). Se realizan seis chequeos genéricos retrospectivos, con una muestra de pacientes hospitalizados que reciben pagos de la seguridad social estatal (Medicare) y cuando se detecta un problema, se toman una serie de pasos para intervenir.

CUADRO 2
Organización de Evaluación de Colegas
Chequeos genéricos de calidad propuestos para revisar
los expedientes de pacientes hospitalizados ◇

□ **Adecuación de la planificación para dar de alta**

Ninguna documentación de planificación para dar de alta o atención de seguimiento apropiada con consideración del estado y necesidades físicas, emocionales y mentales en el momento de dar de alta.

□ **Estabilidad médica del paciente**

- a. Presión arterial en un período de 24 horas de dar de alta (sistólica menos de 85 o más de 180; diastólica menos de 50 o mayor de 110).
- b. La temperatura en un período de dentro de 24 horas de dar de alta, mayor de 38,3°C [oral], mayor de 38,9°C [rectal].
- c. Pulso de menos de 50 (ó 45 si el paciente está tomando bloqueadores beta), o mayor de 120 antes de 24 horas después de dar de alta.
- d. Resultados de diagnóstico anormales que no son tratados y resueltos o donde el expediente no explica por qué no están resueltos.
- e. Fluidos intravenosos o drogas después de la medianoche del día de alta.
- f. Secreción de pus o sangre o herida o área abierta 24 horas antes de dar de alta.

□ **Muertes**

- a. Durante o después de cualquier operación realizada a lo largo de la hospitalización.
- b. Luego de volver a la unidad de terapia intensiva, unidad de atención coronaria u otra unidad de atención especial, dentro de 24 horas de haber sido dado de alta.
- c. Otro tipo de muerte no esperado.

□ **Infección contraída en el hospital***

□ **Nueva intervención quirúrgica no programada**

Durante la misma hospitalización por la misma condición que para la previa intervención o para corregir un problema surgido de la operación.

□ **Trauma sufrido en el hospital**

- a. Operación no programada, que incluye pero no está limitada a, la extirpación o reparación de un órgano o parte del cuerpo normal (cirugía no descrita específicamente en la autorización de operación).
- b. Caída*
- c. Complicaciones serias de la anestesia.
- d. Cualquier intento de transfusión o reacción seria a una transfusión.
- e. Úlcera de decúbito adquirida en el hospital y/o deterioro de un decúbito existente.*
- f. Error de medicación o reacción adversa a un medicamento (1) con grandes posibilidades de daño o (2) con un resultado que debe ser corregido.
- g. Corrección de la falta de atención que resulte en complicaciones graves o posiblemente graves.

□ **Chequeo Opcional**

Cambios de medicación o tratamiento (incluyendo la interrupción) dentro de las 24 horas de haber sido dado de alta sin observación adecuada.

Observaciones: ◇ El alcance del trabajo de la organización para evaluar colegas entre 1988 y 1990, incluye un sistema de puntaje que refleja las diferencias en severidad de posibles problemas de calidad.

* Para los puntos marcados con un asterisco en este cuadro, el evaluador de colegas debe registrar el fracaso del chequeo, pero no tiene que referirse al nivel de severidad posible de los problemas de calidad al médico, hasta que surja un estándar.

Fuente: The Primer on Indicator Development and Application. Measuring Quality in Health Care, "The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations", 1990, pg. 77.

Sistema de notificación de acontecimientos

Otro mecanismo de control de calidad, instrumentado en el área metropolitana de Chicago, es el Chicago Hospital Risk Pooling Program (CHRPP), un fideicomiso que funciona como un seguro por daños contra terceros para catorce (14) hospitales comunitarios. Con este sistema se recopila información en cada uno de estos catorce hospitales sobre la atención a los pacientes, y los eventos que tienen la posibilidad de

resultar en demandas judiciales por compensación.

Los informes se realizan al mismo tiempo del evento, cubren todo el hospital y se concentran en las áreas de mayor riesgo, por las que se hacen la mayoría de las demandas, tales como la sala de operaciones (véase el Cuadro 3) y de emergencia. El objetivo de este sistema es reducir los daños prevenibles al paciente y reducir las pérdidas económicas catastróficas de las demandas. El CHRPP es efectivo en identificar entre el 45 y 80% de todas las demandas antes de que éstas sean presentadas.

CUADRO 3
< <Chicago Hospital Risk Pooling Program (CHRPP)> >
Eventos en la sala de operaciones y
unidad de atención de postanestesia que
pueda generar demandas

1. Operación a paciente equivocado.
2. Operación equivocada llevada a cabo (mama removida del lado equivocado, lugar equivocado para una laminectomía).
3. Regreso no programado a la sala de operaciones durante la misma hospitalización.
4. Paciente operado para corregir una laceración, perforación, desgarramiento o corte de un órgano luego de una intervención quirúrgica.
5. Intubación o extubación que resulta en herida (incluyendo daño a los dientes).
6. Paro cardíaco en la sala de operaciones o unidad de atención de postanestesia.
7. Paro respiratorio en la sala de operaciones o unidad de atención de postanestesia.
8. Muerte en la sala de operaciones o unidad de atención de postanestesia.
9. Infarto agudo del miocardio en la sala de operaciones o unidad de atención de postanestesia.
10. Reintubación en la unidad de atención de postanestesia.
11. Falta de autorización escrita (excepto en emergencias médicas) o autorización inadecuada para los procedimientos.
12. Paciente herido durante el traslado a o en la sala de operaciones o unidad de atención de postanestesia.
13. Paciente quemado por equipo.
14. Agujas, esponjas o instrumentos que faltan, comparado con el número original.
15. Objeto o material extraño encontrado durante la cirugía (excepto balas, hojas de cuchillo u otros objetos relacionados al accidente que requiere la cirugía).
16. Fallas neurológicas postquirúrgicas que no estaban presentes en el momento de ser internado.
17. Muestra perdida.
18. Cualquier otra reacción adversa del paciente.
19. Error de transfusión.

Fuente: The Primer on Indicator Development and Application. Measuring Quality in Health Care. "The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations", Oakbrook Terrace, IL, 1990, pg. 80.

Nota: En el Apéndice II de este Manual, se seleccionaron para el lector latinoamericano una serie de indicadores de resultados para diferentes aspectos de la atención de salud (HMN).

Pautas prácticas y planes de atención

De la misma manera que los procedimientos administrativos (a veces llamados procedimientos administrativos estándar) se usan para definir procesos no clínicos, las pautas prácticas clínicas (a veces llamadas *protocolos clínicos o parámetros prácticos*) son utilizadas en entornos clínicos. Estas pautas contienen estrategias que asisten a los médicos para tomar decisiones y ofrecen maneras aceptables de diagnosticar, administrar y prevenir enfermedades o anomalías específicas y también sirven como material didáctico que analiza los consejos de expertos clínicos reconocidos, mantienen a los médicos al tanto de las últimas investigaciones y evalúan la importancia clínica de los resultados de investigaciones, que a veces son conflictivos.

Las pautas prácticas han sido elaboradas por sociedades médicas desde hace más de cincuenta años y se han hecho muy populares recientemente en los Estados Unidos, debido a la preocupación sobre la variación de los servicios de salud prestados y a los costos de las acciones judiciales. Además de las sociedades médicas especializadas, la "Agency of Health Care Policy and Research" (AHCPR) u Organismo de Políticas e Investigación en la Salud, establecido por el congreso de los Estados Unidos ha respaldado la elaboración de pautas para la práctica clínica.

Las pautas aparecen en publicaciones médicas, están disponibles en la mayoría de las bibliotecas de medicina y pueden ser obtenidas de las organizaciones patrocinadoras y de la AHCPR. Cada pauta respaldada por la AHCPR se prepara en diferentes formatos para diferentes públicos. Una versión técnica, el "Guideline Report", está diseñada para los investigadores, profesores, asociaciones profesionales y afines; una ver-

sión más corta, la "Clinical Practice Guideline", está diseñada como referencia para los profesionales de la salud; una versión abreviada, la "Quick Reference Guide for Clinicians", contiene información fácil de entender sobre la anomalía y opciones de tratamiento para ayudar al paciente a que participe en las decisiones sobre su salud.

Los planes de atención son programas multidisciplinarios que incorporan a las pautas para la práctica clínica y proporcionan un plan detallado de atención para los pacientes con diagnósticos específicos: *procesos, plazos y responsabilidades desde la preadmisión hasta después de darles de alta.*

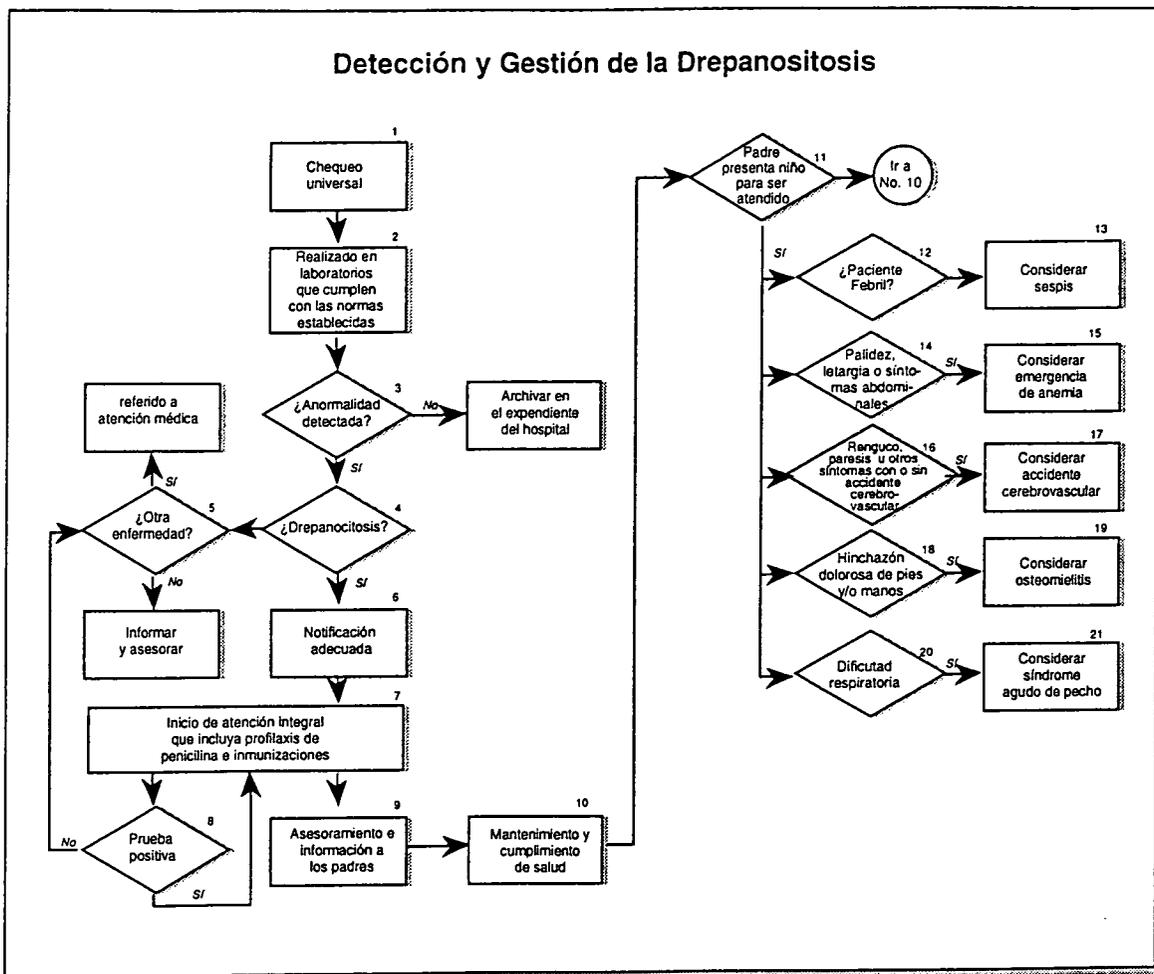
Ofrecen un calendario día por día que le permite a cada miembro del equipo conocer los exámenes de diagnóstico, consultas, tratamientos, instrucción y las necesidades para planificar el momento de darle de alta, los que pueden ser discutidos con los pacientes y sus familiares, para así alentarlos a que participen en las decisiones sobre su salud.

Los planes de atención, que fueron primero ideados para la industria, ahora se aplican a la atención de pacientes teniendo tres aspectos en cuenta: tiempo, costo y disponibilidad de recursos.

Estos se elaboran determinando primero cada actividad que debe ser incluida en el plan de atención. Luego, se les coloca en secuencia y diagrama en orden, después se estima el tiempo necesario para cada acción y, por último, se determinan los planes de acción que se refieren a un renglón de cero, el tiempo mínimo necesario para completar la secuencia, si es que todo se realiza según el plan.

CUADRO 4

Pauta práctica



✧ Este algoritmo muestra la organización, flujo y puntos de decisión para identificar y atender a los recién nacidos y lactantes con drepanocitosis, características de la drepanocitosis y otras hemoglobinopatías, y para informar y asesorar a sus padres (los números se refieren a las anotaciones en las pautas originales).

Fuente: Abstracts of Clinical Care Guidelines, un boletín del "Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations", Volume 5, Número 6, Julio/Agosto, 1993, pg. 3.⁹

Indicadores de calidad

A medida que la ciencia y la cuantificación tienen un papel más predominante en el mejoramiento de la calidad, se buscan cada vez más pruebas tangibles para asegurarse que la calidad existe o puede mejorarse.

Una de las maneras de obtener la información que nos permita tomar decisiones sobre la calidad se conoce como el indicador de calidad.

Existen tres tipos de pruebas para evaluar la calidad:

- **Primero, la estructura, o las condiciones físicas e institucionales adecuadas en las que se puede mejorar la calidad.**
- **Segundo, el proceso, o las acciones que constituyen la prestación de buena atención médica.**
- **Tercero, el resultado, o qué es lo que se logra con el paciente.**

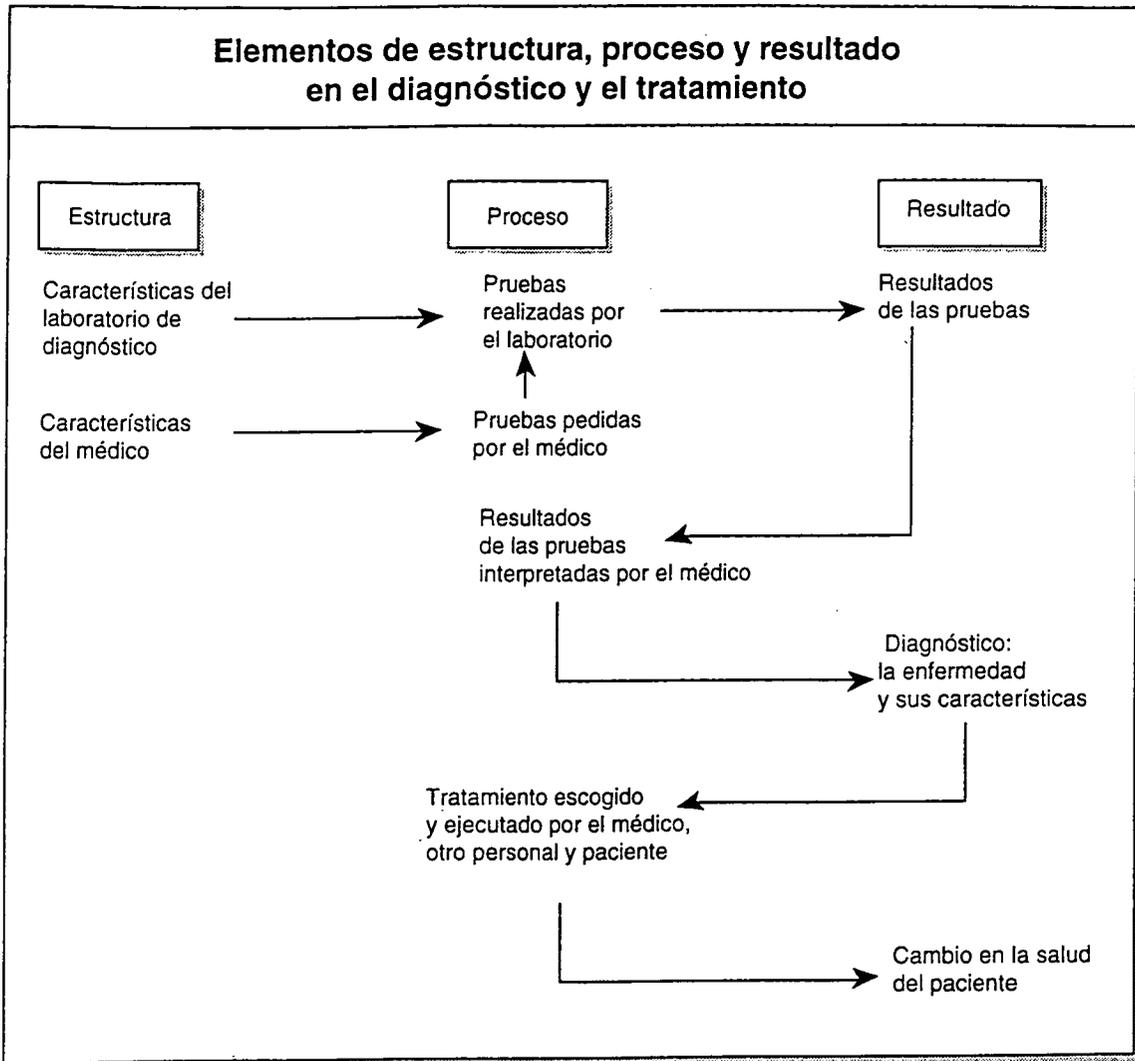
Estos tres conjuntos de información son más útiles para evaluar la calidad cuando son vinculados por causalidad. La estructura lle-

va al proceso, que a su vez lleva a los resultados deseados, cadena de eventos que debe ser claramente identificados para un programa de mejoramiento de la calidad. (Véase Cuadro 5).

Por lo general, la evaluación de la calidad ha dependido mucho y casi exclusivamente de las medidas de estructura y proceso de atención. Los organismos gubernamentales y de acreditación y los grupos profesionales han encontrado más fácil establecer estándares para la atención pertinentes a la estructura y el proceso y por lo general han hecho caso omiso de los indicadores de resultados en su monitoreo de la calidad de las instituciones sanitarias. El equilibrio, sin embargo, ha cambiado y el eje central de la investigación para el mejoramiento de la calidad ahora son los indicadores de resultados en la atención médica.

Los esfuerzos para cambiar la calidad no son un lujo, ni en los países donde se considera que los recursos son escasos. El monitoreo y mejoramiento de la calidad son instrumentos de ahorro. El objetivo de obtener una mejor calidad se ha convertido en una necesidad, debido a diferentes factores y también porque los profesionales de la salud tienen a su disposición ahora varios mecanismos que les permiten evaluar la calidad de sus servicios e instrumentar los programas de mejoramiento.

CUADRO 5



Cuadro 5: Este cuadro representa el paradigma estructura-proceso-resultado en la práctica.

Fuente: "The role of outcomes in quality assessment and assurance," por A. Donadedian en *Quality Review Bulletin*, noviembre de 1992, página 358.

Bosquejo para el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño institucional

La calidad depende del desempeño de las personas y de las estructuras, sistemas, procesos y recursos disponibles para respaldar ese desempeño.

En este manual no se propone que un programa de mejoramiento de la calidad reemplace a la necesidad de un edificio sin riesgos, disponibilidad básica de suministros, expedientes médicos exactos y completos, buena capacitación clínica o decisiones administrativas adecuadas.

Un programa de mejoramiento de calidad complementa a estos otros importantes factores de una institución sanitaria, y puede asistir al personal y a los administradores a tomar las decisiones sobre las prioridades que deben establecerse según los recursos limitados que estén disponibles.

Costos

Existe un consenso en el campo de la salud en que la calidad no es un gasto sino un ahorro. Richard J. Coffey, Ph.D., director de los sistemas administrativos de los hospitales de la Universidad de Michigan en Ann Arbor, por ejemplo, al presentar los datos, gastos y ahorros relacionados al proceso de "calidad total" de la institución, llegó a las siguientes conclusiones:

"En los años fiscales entre 1989 y 1991, los beneficios económicos como resultado del proceso de mejoramiento de la calidad total fueron por la suma de \$17.774.000 y los

costos de \$2.468.000, lo que resultó en una contribución de \$15.306.000 o una ganancia de más del 700%. Si se toma en cuenta la suma de \$1.461.000 en costos estables de mano de obra para la formación y capacitación, la contribución neta de \$13.845.000 todavía es considerable, de lo que se puede concluir que la calidad y el ahorro no son contradictorios, sino que son compatibles."¹¹

¿Quién es responsable de la calidad?

La calidad debe ser, en toda institución, de interés de todos, pero debe comenzar con los dirigentes.

Los directores del hospital, profesionales clínicos y administrativos deben ser los protagonistas de todo programa de mejoramiento de calidad, porque si no existe ese compromiso, lo único que se producirá será propaganda. El uso de modelos de procesos de mejoramiento, como la gestión de calidad total, proporciona un enfoque sistemático para la gestión de servicios de salud.

Para mejorar el desempeño de su red u hospital, se deben analizar los servicios y resultados de los pacientes desde un enfoque científico. Se debe también administrar recursos humanos, lidiar con relaciones interpersonales e interdepartamentales, estimular la creatividad, ser activo como dirigente, otorgar el poder de decisión a los demás y poseer una cultura de la institución.

Elementos esenciales de un programa de mejoramiento de calidad

El establecimiento de un programa para mejorar la calidad debe:

- Estar basado en decisiones de los líderes dirigentes.
- Estar basado en prioridades que estén relacionadas a la misión y plan estratégico de la organización.
- Tener el ejemplo de los dirigentes, pero también asumir que todos son responsables de la calidad.
- Proporcionar capacitación para todo el personal.
- Incluir el estudio, por parte de los dirigentes, de la teoría, principios y métodos cuantitativos.
- Ofrecer la capacitación de los facilitadores del proceso para mejorar el desempeño.
- Incluir el trabajo de equipo, otorgar a todos el poder de decisión, responsabilidad y los recursos necesarios.

Las razones propias

Antes de discutir cómo elaborar un programa para evaluar y mejorar la calidad en su institución sanitaria, piense en las razones por las que lo quiere hacer. Es muy probable que sea por razones de eficiencia y que su hospital o red de salud del SILOS preste servicios y atención al costo más bajo, lo que se puede lograr mejorando la calidad.

También puede ser que quiera mejorar los resultados para los pacientes, tratando de reducir los errores y poniéndole más atención al abastecimiento y los sistemas de organización de expedientes médicos y de suministro de medicamentos. Quizás haya pensado que un programa activo de evaluación y mejoramiento pueda proteger a su institución contra las demandas judiciales.

Los profesionales de la salud en su institución tal vez digan que ellos pueden ofrecer un mejor servicio, pero que los sistemas y procesos que deben respaldarlos en su trabajo, en realidad lo hacen todavía más difícil. Un ejemplo sería que un médico no tenga la jeringa adecuada para aplicar una inyección.

¿Existe en su institución el problema de satisfacer al paciente, por razones de competitividad? ¿Por otras razones? ¿Se puede en su institución reclutar a los mejores profesionales, médicos, cirujanos y enfermeros? ¿Sería esto más posible si se mejorara la calidad?

Todas estas son razones válidas para realizar un esfuerzo sistemático para mejorar el desempeño de su institución, la que tiene la responsabilidad de prestar los mejores servicios posibles. Un programa de mejoramiento de calidad debe incluir los métodos para que la institución pueda indentificar los problemas o procesos que deben ser el blanco de dichas acciones y, además, llevarlas a cabo.

Teoría y conceptos claves

Avedis Donabedian tiene un enfoque compuesto de tres partes para la evaluación de calidad: estructura, proceso y resultado. La información que sirva para juzgar la calidad, cree Donabedian, puede ser clasificada en una de esas tres categorías:

□ Estructura

La estructura contiene las características del marco en que se prestan los servicios, entre los que están los *recursos materiales* (tales como instalaciones, equipo y dinero), *recursos humanos* (tales como el número y las calificaciones del personal) y de la *estructura institucional* (como la organización del personal médico, métodos para la evaluación de colegas y métodos de reembolsos).

□ Proceso

El proceso contiene lo que en realidad se realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones del paciente al buscar atención médica, tanto como las acciones del profesional para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento.

□ Resultado

El resultado comprende los efectos de la atención para el estado de salud de los pacientes y poblaciones.

Las mejoras en el conocimiento del paciente y los cambios en su salud, consecuente a la conducta, se incluyen bajo una amplia definición de "estado de salud", del mismo modo que lo es el "grado de satisfacción" del paciente con la atención.¹²

Algunos de los nombres claves en los modelos industriales de mejoramiento son W. Edwards Deming, Joseph M. Juran y Philip Crosby. Hay muchos expertos que han contribuido a la teoría del mejoramiento de calidad, pero aquí solo nos limitaremos a hablar sobre tres de ellos.

W. Edwards Deming realizó una gran contribución a la industria manufacturera japonesa después de la segunda guerra mundial. Deming creía en el control de la calidad a través de las estadísticas como la base para la calidad en la gestión y pensaba que la calidad podía mejorarse, si antes se hacía lo mismo con los procesos y las relaciones entre procesos.

Joseph M. Juran, otro líder en el movimiento por el mejoramiento de la calidad, se concentró en las responsabilidades administrativas. Su filosofía incluye la:

Trilogía de Juran:

- *planificación de la calidad;*
- *control de calidad;*
- *mejoramiento de la calidad.*

La filosofía de calidad de Philip B. Crosby es la de estándares para lograr la total ausencia de defectos y cree que las instituciones deben establecer objetivos claros para sus esfuerzos de mejoramiento de la calidad.

También existen otras autoridades en la teoría y métodos del mejoramiento de la calidad y su hospital u organización no necesita seleccionar cualquier teoría en particular, aunque es importante conocerla.

Se puede concentrar en lo que tienen en común, seleccionar los aspectos de los diferentes métodos que funcionan mejor para su institución y luego ponerlos en práctica, evaluarlos, mejorarlos y volver a ponerlos en práctica.

Los métodos industriales pueden ser aplicados al sector de la salud, porque la mayor parte de los errores en la atención al paciente ocurren como resultado de la conexión entre procesos, especialidades o

departamentos, que son problemas institucionales y de sistemas.

El papel de los responsables por el mejoramiento de la calidad es aprender las teorías y metodologías, asistir a los profesionales a identificar sus problemas relacionados a la calidad y proporcionar a los profesionales métodos coherentes para realizar las mejoras.

¿Por dónde empezar? Por los dirigentes

Se necesita de un compromiso por parte de los dirigentes* de una institución o sistema de atención médica, de que respaldarán la instrumentación de un programa para mejorar el desempeño.

El director y otros altos funcionarios deben apoyar los esfuerzos del personal por mejorar, lo que va desde una dirección activa en los proyectos hasta solo estimular diferentes proyectos, otorgándole al personal el tiempo necesario. Siempre es preferible tener lo primero.

Cuanto mejor formados e informados y más práctica tengan los dirigentes en la teoría y metodología relacionada al mejoramiento del desempeño, más podrán estos líderes apoyar y guiar los esfuerzos del personal.

Los programas para mejorar la calidad seguramente pueden ser exitosos en un departa-

mento específico, en una disciplina o especialidad específica; pero lo que lograrán es limitado en su alcance. La mejora estará limitada a ese departamento o servicio. Los programas limitados a unos cuantos individuos o departamentos, sin embargo, no resultarán en una continua mejora del desempeño institucional.

Los programas que no coordinen las diferentes disciplinas o departamentos pueden acabar como un país con nuevos caminos hacia las afueras de la ciudad, pero sin conexiones. No se pueden lograr muchas mejoras duraderas y efectivas sin el compromiso de los más altos funcionarios de la institución.

La atención médica es, en cierta manera, como cualquier otro rubro: hay clientes, insumos, inventarios y productos pero, sin embargo, la contribución de todo paciente es única y los productos pueden y deben ser diferentes, dependiendo de las necesidades y deseos de cada paciente. Los métodos para mejorar la atención y los servicios deben poder adaptarse a este propósito.

Un programa de evaluación y mejoramiento de la calidad solamente tendrá éxito si participan los más altos funcionarios de la institución. El programa no funcionará si la elaboración e instrumentación han sido delegadas completamente a un individuo o departamento específico, por lo que los dirigentes de un hospital o red de salud deben señalar qué es lo que esperan del programa.

Es común que los hospitales en los Estados Unidos utilicen los servicios de consultores externos para proporcionar asistencia en la elaboración de un programa de mejoramiento del desempeño, hecho a medida para su institución. Los consultores proporcionan sus conocimientos técnicos, pero también ac-

* Los puestos y personas de dirección en una institución dependen del sistema de atención médica local. Si en un sistema cada institución tiene un director de hospital, un director médico y otros altos funcionarios en el SILOS, que tienen control sobre los recursos y presupuestos, entonces estos son los líderes a los que se refiere este Manual.

túan como facilitadores objetivos de los procesos de planificación y decisiones estratégicas de los dirigentes.

Los consultores, por supuesto, no son un componente indispensable para elaborar un programa, ni tampoco son útiles si los dirigentes no han pensado en detalle sobre el compromiso que están dispuestos a hacer para implementar un programa de mejoramiento del desempeño en todo el hospital.* Una alternativa para los consultores es enviar a un grupo de dirigentes a que asistan a un curso de capacitación o estudio intensivo de los manuales.

¿Por qué los dirigentes?

Los dirigentes deben convertirse en facilitadores de estas iniciativas, quitando los obstáculos del camino, y haciendo de la calidad la principal prioridad de la institución. También deben considerar las consecuencias de sus políticas y prácticas administrativas y deben estar dispuestos a cambiar las que, accidentalmente, resulten en una peor calidad.

El principio de Juran para los dirigentes de una institución es "¡Hagan planes a lo grande!", para llevar a cabo una revolución en la calidad y una ruptura con las prácticas administrativas tradicionales.

Los líderes, con la contribución del personal, deben definir quiénes representan la base de clientes de la institución, para lo que

* Como apoyo al proceso de mejoramiento de la calidad, véase más adelante el papel de los ingenieros gerenciales, en la segunda parte de este Manual.

se deberá recopilar información sobre los mismos. Los dirigentes tienen la responsabilidad de establecer un sistema adecuado, determinar las necesidades de los clientes y evaluar las implicaciones de dichas necesidades para la elaboración de *productos* y *procesos*, aunque muchas veces los principales responsables deciden ir más allá de la supervisión y participan directamente visitando a los clientes claves o revisando y comentando sobre los diferentes informes de investigación de mercado o satisfacción de los clientes.

Su conocimiento sobre los sistemas más grandes y los objetivos de la organización a menudo les permite tener un análisis más profundo. Algunas de sus otras tareas son las de establecer los equipos para los diferentes proyectos, asegurarse de que se lleve a cabo la capacitación necesaria y crear las estructuras para verificar la efectividad de los macroprocesos institucionales.

Además del mejoramiento de la calidad, los dirigentes también tienen un papel preponderante en cuanto al control de calidad, que evalúa el desempeño verdadero, lo compara con las necesidades de la institución y trata de cerrar las brechas existentes.

La auditoría de calidad, en muchas empresas japonesas, es llevada a cabo por el total del consejo de calidad, incluyendo al presidente de la organización. Estas acciones se llaman, naturalmente, la Auditoría de Calidad del Presidente y tratan sólo con esos sistemas o procesos fundamentales que tienen que ver con toda función principal de la organización.

Las ventajas de realizar estas auditorías son las que resultan siempre que los administradores toman el liderazgo en lugar de quedarse como espectadores: una mayor probabilidad de que se tratará de resolver cualquier problema y se haga hincapié en la idea de

que la calidad es, en realidad, la principal prioridad de la institución.

Basarse en las prioridades

Uno de los principales derroches de recursos es no utilizar lo que se aprende en la capacitación, que también se puede aplicar al área de mejoramiento de calidad.

Un error que pueden cometer los dirigentes, es anunciar que la institución comenzará un programa de gestión de calidad, con la capacitación del personal en la teoría y procesos de mejoramiento de calidad, para luego dejar al personal que utilice lo que aprendió, sin darle ninguna dirección sobre lo que es importante.

Antes de lanzarse a una campaña masiva y costosa de formación y capacitación, los líderes deben determinar su programa y prioridades, revisando cuidadosamente su misión, plan y objetivos estratégicos.

Si estos todavía no existen, los líderes dirigentes deben por lo menos tomarse el tiempo de determinar las funciones claves de la organización, tales como la prevención y la continuidad de la atención, etc.

Para poder elaborar los objetivos de calidad de la institución, los dirigentes deberán asumir la responsabilidad personal para definir las áreas de prioridad específicas para tratarse en períodos de tiempo predeterminados. Será más fácil para los líderes observar los macroprocesos específicos de la institución, tales como el rendimiento de los productos o servicios, el desempeño competitivo, el mejoramiento de la calidad, el costo de la baja calidad y el desempeño de los administradores, para

determinar cuáles de estos macroprocesos deberán tener metas de calidad.

Los dirigentes luego establecerán objetivos de calidad específicos para cada proceso, seleccionarán los pocos objetivos vitales en los que se enfocará la institución durante el año siguiente e incorporarán estas metas al plan empresarial de la organización.

Los principales administradores luego subdividirán sus metas de calidad, identificarán los pasos específicos a tomar, asignarán la responsabilidad de esos pasos y establecerán plazos para su logro, además de determinar cuáles son los recursos necesarios para cada objetivo.

Entre estos recursos se deberá incluir, el tiempo específico para que los miembros de los equipos de proyectos los guíen, el apoyo a los técnicos y especialistas, tiempo para la capacitación y procesos necesarios para administrar el proyecto, aunque no deberá limitarse a eso.* Es absolutamente necesario que los dirigentes proporcionen estos recursos y, para que la organización se beneficie de la gestión estratégica de calidad, los líderes deben concentrar los recursos de la institución para lograr los objetivos de calidad.

Los dirigentes identifican las prioridades

¿Cómo determinan los líderes las prioridades? Para esto se deben considerar varios factores:

□ ¿Dónde existen resultados demasiado deficientes para los pacientes? (Por ejemplo, demasiadas infecciones postoperatorias).

* Véase más adelante el papel de los ingenieros gerenciales, en la segunda parte de este Manual.

- ¿Dónde existen problemas de sistemas de distribución que amenacen la seguridad de los pacientes o del personal? (Por ejemplo, el abastecimiento deficiente de guantes desechables).
- ¿Existen aspectos de costo que estén relacionados al sistema de atención al paciente? (Por ejemplo, para un paciente con un diagnóstico especial, la institución le reembolsa por una hospitalización de cinco días, pero los pacientes con ese diagnóstico son internados por mucho más tiempo).
- ¿Hay un momento del día específico, en el que los pacientes no asisten a sus citas médicas? (Por ejemplo, después del almuerzo).
- ¿Se ha preguntado a los pacientes dónde perciben ellos los problemas? ¿Hay problema para esperar por una cita? ¿Se ha extraviado su expediente médico o sus resultados de laboratorio? ¿Se les han explicado sus alternativas para la atención médica? ¿Se sienten bien atendidos por el personal del hospital?

Formación, capacitación y conscientización

Los dirigentes mismos, si es que desean ser los catalizadores de un cambio en la organización, deben recibir una formación sobre los conceptos de modelos para mejorar, la calidad y tomar decisiones sobre como aplicar esos conceptos en su institución.

Primero, los principales administradores deben ser capacitados sobre la teoría y la práctica del mejoramiento de la calidad. En la mayoría de los casos, por medio de un consultor o colega que haya recibido una capacitación especial.

Dicha capacitación deberá:

- Ayudar a los dirigentes a que se convenzan ellos mismos y unos a otros sobre la necesidad de establecer un programa a nivel institucional para mejorar el desempeño.
- Convencer a los dirigentes que esto debe ser un enfoque sistemático y científico con su participación, pero también la del personal a todo nivel.
- Convencer a los dirigentes de que dicho programa requerirá cambios personales de su parte y cambios en la manera en que han administrado la institución tradicionalmente.
- Asistir a los líderes a definir sus expectativas sobre la calidad de la organización.
- Asistirlos a formular un plan específico relacionado a la calidad y establecer metas específicas relacionadas a la calidad.
- Ayudarles a identificar a los clientes (pacientes, contribuyentes, etc.) y abastecedores (compañías farmacéuticas, ministerio de salud) para su institución.
- Asistirles a identificar qué información poseen o les falta sobre sus necesidades, deseos y opiniones de sus clientes (pacientes, contribuyentes, etc.).
- Ayudar a vincular todo plan estratégico que haya sido elaborado, a los planes de calidad o asistir con la elaboración de un plan estratégico que incluya al nuevo plan de calidad.
- Si la institución tuviese una junta directiva, esta o un representante de la misma pueden participar en el proceso. Los resultados del trabajo de la dirección, como mínimo, deberán ser revisados por la junta.

Esta capacitación se llevará a cabo utilizando varios instrumentos que poseen muy fácilmente los consultores, quienes pueden guiar a los dirigentes en este proceso en un período de entre una y tres semanas, que tal vez se subdivida en varias sesiones.

Los líderes de la evaluación de calidad deben asegurarse que todas las partes claves estén capacitadas para realizar el trabajo.

Existen tres clases de intercambio de información que son necesarias para una implementación exitosa:

- la formación es la transferencia de conocimientos generales, para aprender a pensar, hacer preguntas y adaptarse a circunstancias cambiantes;
- la capacitación es la transferencia de habilidades muy específicas, para aplicarse en circunstancias bien definidas, para generar resultados predecibles en el desempeño;
- la conscientización es el cultivo de una comprensión general y el entusiasmo por una idea.

Existen tres aspectos básicos que deben tratarse al elaborar la estrategia de comunicación de una institución:

- **¿Quién necesita saber?** Lo que significa que es indispensable conocer las necesidades de los diferentes sectores de un proyecto de gestión de calidad: clínicos, personal de apoyo del proyecto, administración y el público en general.
- **¿Qué es lo que necesitan saber?** Diferentes personas necesitan aprender distintas habilidades, calificaciones e información.
- **¿Cómo se debe llevar a cabo la enseñanza?** Son posibles varios formatos, incluyendo la cátedra tradicional, un programa de aprendices y la capacitación en el trabajo. Métodos distintos son los adecuados para

diferentes sectores y para los diferentes tipos de información que debe ser transmitida.

Una vez que los dirigentes hayan establecido el plan, y el directorio lo haya revisado y aprobado, se podrá formar un "*consejo de calidad*", que preferiblemente tenga un alto grado de participación de los dirigentes de la institución.

El director del SILOS, hospital, o red de servicios, podrá ser el director del consejo, quien tendrá que participar activamente, en lugar de ser solamente un expectador.

En el consejo de calidad también se deberá incluir a los participantes que representen al personal clínico (médicos, técnicos, etc.), los ingenieros,* el área de enfermería, etc. Luego se deberán establecer las prioridades y/o clarificar las prioridades identificadas por el ligerazgo institucional, durante su trabajo de planificación de la calidad.

Un número selecto de personal que tenga características particulares de todos los niveles de la institución serán capacitados para ser facilitadores, lo que por lo general llevará cuatro o más días. Los facilitadores capacitados podrán utilizar los instrumentos de mejoramiento de calidad y presidir reuniones.

En este capítulo tuvimos oportunidad de describir:

- la importancia del liderazgo, educación y participación;
- la importancia de la priorización;
- la importancia de la comunicación de los principios de la planificación;
- la importancia de la formación de "consejos de calidad".

Veamos, a seguir, un ejemplo (Cuadro 6).

* Véase en la segunda parte de este Manual, el capítulo sobre el papel de los ingenieros gerenciales.

CUADRO 6
Ejemplo de implementación de
un programa de mejoramiento de calidad.
Hospital general de una comunidad

El hospital general quería convertirse en una institución orientada por los pacientes, por los datos y con vistas continuas al mejoramiento.

Por eso decidió primero formar y capacitar a los dirigentes, por medio de la experiencia práctica en la aplicación de los instrumentos y principios de la Gestión de Calidad Total (GCT).

Segundo, el hospital integró el programa de GCT con otras funciones de planificación, como por ejemplo, *la planificación estratégica*. Durante los primeros y segundos pasos, el hospital había tratado con la aplicación de GCT en la atención al paciente.

Los administradores del hospital, para comenzar a usar los instrumentos y principios del GCT, asistieron a un seminario de un día y medio sobre lo que es el GCT y qué éxito ha tenido en la industria y en la salud. Al final del seminario, se les pidió a los participantes hacer sugerencias y definir prioridades, y preparar una lista de problemas crónicos en su institución.

Luego de la capacitación, el consejo de calidad del hospital utilizó la lista de problemas crónicos y recopiló la contribución del personal médico para identificar un proyecto piloto multidisciplinario e interdepartamental para el hospital. Se escogió como tema, la recuperación después de la radiología en la sala de emergencia.

Una organización externa capacitó formalmente a los equipos y facilitadores y se estableció un plazo de seis meses para terminar el proyecto.

A medida que progresaba este equipo, se impartió una introducción de 12 partes para todos los administradores de más alto nivel. Para esto tuvieron que identificar un proceso en su departamento y practicar con los instrumentos de GCT para mejorar el proceso. Este curso de 12 partes lo enseñó el administrador del hospital.

Un equipo multidisciplinario encabezado por médicos y enfermeros analizó diferentes procesos individuales de atención a los pacientes, basándose en diagnósticos de gran volumen y riesgo, para implementar el mejoramiento de calidad a nivel clínico, utilizando métodos clínicos.

La calidad no refleja el desempeño de un departamento o disciplina, sino que la alta calidad es el resultado del trabajo conjunto de los departamentos, divisiones, especialidades y disciplinas para evaluar y mejorar los servicios de salud. En la calidad se

incluyen, entre otros aspectos, la eficiencia, eficacia, accesibilidad y adecuación de la atención y los servicios. Para mejorar la calidad, se necesita tomar muy en cuenta las opiniones de los pacientes y demás usuarios de los servicios sanitarios.

La implementación de un programa de mejoramiento de calidad

En los capítulos anteriores se discutieron las razones por las que una institución debe establecer un programa de mejoramiento de la calidad y el papel crucial que debe tener la dirección en ese proceso.

Una vez que exista el compromiso, se deberán realizar las mediciones, acorde a los objetivos del hospital. Se puede utilizar el plan estratégico del hospital para diseñar la evaluación que respalde esas metas.

La pregunta que se debe hacer en los hospitales es "¿quiénes son los clientes (pacientes, familiares, instituciones gubernamentales, compañías de seguro-salud, la propia comunidad, otros)?" y la institución debe preguntarles: "¿cómo se pueden mejorar los servicios? En este capítulo pasaremos a la implementación del programa.

Diseño del enfoque de la organización para el mejoramiento de la calidad

Se debe recordar que cualquiera sea el diseño al principio, luego será cambiado, tal vez muchas veces. Como mínimo, este proceso de diseño deberá incluir los objetivos de la institución para un programa de mejoramiento de la calidad.

También deberá incluir un plan para la formación de dirigentes, concientizando a todo el personal sobre los conceptos, la capacitación a fondo de algunos que se con-

vertirán en facilitadores del proceso, o algunas ideas de implementación y métodos y modelos de selección.

Se deberán considerar todas las notificaciones y permisos necesarios. ¿Necesitarán los equipos la aprobación del consejo de calidad en etapas específicas del trabajo del equipo? Gran parte del trabajo de diseño deberán llevarlo a cabo los líderes cuando estén aprendiendo sobre el mejoramiento de calidad. Los dirigentes deberán asumir la responsabilidad de definir objetivos específicos para ser logrados en períodos de tiempo predeterminados.

Concentración en PROCESOS y NO en el DESEMPEÑO INDIVIDUAL.

Este es un concepto crucial, ya que se les debe recordar continuamente a los dirigentes, administradores y personal de la institución que lo importante es el resultado del proceso y no el desempeño individual.

Por lo general, en el pasado, para controlar la calidad, se concentraban los esfuerzos en encontrar casos que cayeran fuera de las expectativas y luego, la atención se concentraba en el desempeño de un profesional que era el responsable de ese caso.

Actualmente los programas tienen menos énfasis en el desempeño individual y casos (pese que en algunas situaciones estos son necesarios) y están enfocando principalmente *los procesos*.

El desempeño individual es crítico, pero debe evaluarse en un contexto donde se pregunte: "¿Cómo está funcionando el sistema?", en lugar de "¿Quién tiene la culpa?"

El objetivo más importante es concentrar la atención en la información y la medición de sistemas que puedan respaldar los esfuerzos para ser productivos el día de mañana, en lugar de culpar por lo que pasó ayer.

Las instituciones sanitarias, no obstante, deben asegurar que los médicos y demás profesionales posean sus certificados para trabajar en sus respectivas áreas. Cuando se identifique a una de estas personas como incompetente, se necesitará corregir el problema. Además, es un indicio de que tal vez el proceso tuvo fallas, porque una persona está ocupando una posición que requería más cualidades que las que poseía.

Esta concentración en el proceso o "¿Cómo está funcionando el sistema?", en lugar de "¿Quién tiene la culpa?", existe porque esta es la causa de la mayoría de los problemas de calidad. Deming y Juran son partidarios de la regla 85-15, la que propone que alrededor del 85% de las fallas en cualquier institución se debe a los sistemas y no al desempeño individual.

Además, si se hace hincapié en el desempeño individual, encontrando simplemente a quién se debe culpar por los problemas, la raíz del problema por lo general no se identifica y corrige, por lo que el mismo problema puede ocurrir otra vez.

Por eso se puede avanzar si nos concentramos en los procesos, ya que todo lo que se lleva a cabo en el campo de la salud es un proceso que tiene una variante. Las acciones relacionadas a la calidad se alejarán cada vez más de la revisión individual, para concentrarse en el nivel de desempeño continuo y agregado.

Resumiendo, la ciencia del mejoramiento de los procesos, trata de identificar y reducir las fuentes de variaciones en los mismos. En otras palabras, el mejoramiento de los procesos busca distinguir lo que es realmente vital para el trabajo, tomando los pasos adicionales necesarios que resulten de las imperfecciones, aunque no todas las variaciones sean negativas.*

Cada paciente requiere planes de tratamiento diseñados para sus necesidades físicas o psicosociales. Además, los médicos por lo general se apoyan en juicios simples para decidir lo que deben hacer, lo que demuestra el criterio profesional de los clínicos y demás. Otros tipos de variaciones presentan más problemas. Las diferencias regionales en los costos de hospitalización, las características de tratamiento de los médicos y el uso y proporción de éxito de procedimientos específicos son todos ejemplos de un sistema repleto de variaciones sin atención, que son reducidas por el mejoramiento sistemático de procesos.

Áreas específicas para mejorar

Es importante saber que es mejor concentrarse en los procesos en lugar de en el desempeño de los individuos, antes de seleccionar un área para mejorar y dicha área deberá ser un proceso, como por

* Sobre el diseño de procesos véase el primer capítulo de la segunda parte de este Manual.

ejemplo, "16% de los pacientes que toman antibióticos no reciben su dosis nocturna", en lugar de "los enfermeros cometen demasiados errores con la medicación".

Las razones por las que los pacientes no están recibiendo sus medicamentos, tal vez varíen y se deban a diferentes causas como: los enfermeros del turno de la noche tienen demasiadas tareas al mismo tiempo, el turno de la noche en la farmacia no prepara las dosis apropiadas, los pacientes se resisten a despertarse para tomar los medicamentos, etc.

Las áreas seleccionadas para el trabajo de mejoramiento deben estar basadas en el objetivo y estrategia de la institución. Además, la organización deberá considerar toda información disponible del personal y pacientes, como por ejemplo, la opinión de los pacientes y familias sobre sus servicios.

¿Dónde han surgido problemas de "calidad"?

¿Son tan importantes como para afectar los resultados para los pacientes?

¿Esta área también afecta directamente las finanzas del hospital o del SILOS?

Por ejemplo, un patrón de resultados de pruebas de laboratorio retrasados o perdidos pueden alargar el período de hospitalización, lo que al mismo tiempo puede aumentar los costos por encima de los límites de reembolso. Según la experiencia, también es aconsejable comenzar con proyectos que sean factibles, lo que significa que si existen opciones, no se deben tomar los proyectos de mayor envergadura, tales como la completa reorganización de la administración de información para el primer proyecto de mejoramiento de calidad.

La sugerencia de ideas o "tempestad cerebral" es uno de los métodos, instrumentos o herramientas que son útiles para generar una lista de posibles áreas para mejorar la calidad. Para esto se debe seleccionar un tema específico y pedirle al público que haga sugerencias sobre el mismo. Se podría comenzar con preguntas como: "¿qué problemas de procesos o sistemas existen en nuestra institución, que afecten negativamente los resultados para los pacientes?"

Se debe alentar a la gente a pensar en lo que parecen procesos simples, como por ejemplo, que los enfermeros no saben cómo contactarse con ciertos médicos en horas de la noche, y procesos más complicados, como la adquisición y distribución de medicamentos.

"Tempestad cerebral"

□ ¿Cuándo se usa?

Háganse sugerencias en cualquier etapa del proceso de mejoramiento de calidad, para generar listas de temas para evaluar, componentes de procesos, datos para recolectar, problemas o posibles soluciones.

□ ¿Cómo?

- definir el tema de la sesión de sugerencias;
- tomar un poco de tiempo para pensar sobre el tema;
- establecer un límite de tiempo para hacer sugerencias;
- hacer que cada participante diga su idea en un momento determinado, pero ni los líderes ni los miembros de equipos deben comentar sobre las ideas en este momento. El líder o

miembro debe escribir ideas en una pizarra o en algo que todos puedan ver;

- cuando se termine el período para hacer sugerencias, se deben clarificar las ideas vagas o ambiguas, pero no debe haber críticas en ese momento.

□ **Beneficios:**

El hacer sugerencias estimula la creatividad, proporciona muchas perspectivas y ayuda a los equipos a llegar a un consenso.

Se debe invitar a los empleados y pacientes o familias a una reunión con algunos de los dirigentes principales, donde un facilitador capacitado les informe que el propósito de la reunión es identificar todas las áreas posibles donde se pueda mejorar la calidad, asegurándose de aclarar cuál será el resultado de la reunión. Se podría presentar una lista de ideas por ejemplo, y la posibilidad de si alguna de ellas continuará siendo útil. Tal vez sea buena idea repasar los objetivos de la institución con el grupo.

Se le puede pedir al grupo que haga sugerencias sobre una lista de todos los problemas de calidad en la institución. ¿Dónde ven ellos que esa calidad pueda ser mejor? Las reglas para hacer sugerencias son importantes porque cada participante necesita saber que puede hablar sin que otro participante critique sus comentarios, y el facilitador necesita hacer cumplir las reglas de manera amable pero firme. El propósito de hacer sugerencias es presentar todas las ideas que haya, aunque parezcan tontas, y es de esperar que el grupo logre una larga lista de veinte o más temas.

¿Qué hacer ahora con la lista de problemas? Se debe verificar con los participantes que lo que está escrito es realmente lo que quisie-

ron decir. ¿Queda claro el significado para todos los participantes? El facilitador debe encontrar los temas que estén repetidos o sean parecidos en la lista. ¿Están de acuerdo los que hicieron esas sugerencias en que estas pueden integrarse juntas? Se deben eliminar al máximo las duplicaciones, tratar de quedarse con ocho temas o menos y ponerle números a la lista final. Si se está usando una pizarra, hay que asegurarse de que alguien escriba la lista final en papel y la distribuya a todos los participantes.

Es obvio que algunos de los temas serán fáciles de tratar, mientras que otros estarán fuera del control del grupo. Se debe informar al grupo sobre lo que se espera, ya que uno de los instrumentos explicados más adelante ayudará con la selección de las áreas más importantes.

Selección de las áreas prioritarias

Puede ser difícil decidir qué áreas deben ser de prioridad. Tal vez los médicos clínicos quieran concentrarse en el área clínica y los administradores en el área financiera, pero se debe recordar que existen instrumentos para el mejoramiento de la calidad que se deben usar para que ayuden en este difícil proceso. El beneficio de usar técnicas en el proceso de tomar decisiones es que estas pueden proporcionar una estructura para la discusión y el debate. El uso de técnicas o herramientas, también puede reducir la influencia desproporcionada que ciertos miembros del equipo puedan tener debido a su posición o status.

En este proceso se puede utilizar una matriz de prioridades, que es un método para seleccionar una de varias posibilidades y por el que se deciden los requisitos que son impor-

tantes y se los usa como una base para alcanzar una decisión aceptable. Este método es útil porque cuando se termina, el equipo puede estar satisfecho de que el tema que seleccionó está basado en requisitos considerados cuidadosamente, como el costo o el impacto para los resultados de los pacientes.

Matriz de prioridades

□ ¿Cuándo se usa?

Por lo general se usa para seleccionar prioridades de problemas y oportunidades para el mejoramiento que deben ser tratados y soluciones para ser implementadas (véase el Cuadro 7).

□ ¿Cómo usarla?

- comience con la lista de opciones (más de ocho hará el cuadro bastante complicado);
- decida cuál será el requisito para seleccionar las opciones, sistema de puntaje para cada uno y el puntaje deseado para cada requisito. Tal vez desee considerar los requisitos según la importancia que tendrán al hacer la selección;
- dibuje el cuadro con el requisito y puntaje de manera horizontal, y la lista de opciones de forma vertical;
- considere cada opción en relación al requisito y escriba el puntaje en el cuadro.

Cuando el cuadro ya haya sido completado, al evaluar los resultados pregúntese:

- ¿hay alguna opción que encaje en todos los requisitos?
- ¿hay más de una opción para considerar porque se satisfacen

ciertos requisitos?

- ¿está claro que se han eliminado algunas opciones?
- si una opción reúne los requisitos, pero no todos, ¿todavía vale la pena considerarla?

Si todas o la mayoría de las opciones consideradas reúnen la mayoría de los requisitos, tal vez exista la necesidad de determinar otros criterios para tomar la decisión.

Otra técnica, para ir consolidando una larga lista de ideas en una lista con las más importantes, es la votación múltiple que se usa junto a la sugerencia de ideas para identificar los pocos temas que merecen una atención inmediata. Esto no incluye el determinar requisitos y solo se evalúan los temas basados en su propia opinión o cuán importante es el tema.

Una vez que se haya definido el área de prioridad, los resultados deben ser presentados al consejo de calidad, grupo de dirigentes o miembros del directorio, para la aprobación de un equipo de proyecto que le dará seguimiento al tema que resultó del proceso de determinar prioridades.

Selección de miembros del equipo

Los miembros del equipo deberán representar aquellas áreas que se relacionen al tema seleccionado, lo que incluye la participación de empleados claves. Por ejemplo, en el caso de la adquisición de medicamentos y problemas de distribución, sería conveniente incluir a un abastecedor, farmacéutico, técnico de farmacia, representante del departamento de adquisiciones, interno, enfermero y paciente en la medida de lo posible.

CUADRO 7
Ejemplo de una matriz de
prioridades para el mejoramiento ♦

Temas y Requisitos	Mejor calidad del servicio	Mayor satisfacción del paciente	Mejora la moral del personal	Reduce los costos	Total
Tema 1	Sí= 6 No= 4	Sí= 3 No= 7	Sí= 7 No= 3	Sí= 0 No= 10	Sí= 16 No= 24
Tema 2	Sí= 5 No= 5	Sí= 3 No= 7	Sí= 4 No= 6	Sí= 10 No= 0	Sí= 22 No= 18
Tema 3	Sí= 2 No= 8	Sí= 5 No= 5	Sí= 6 No= 4	Sí= 2 No= 8	Sí= 15 No= 25
Tema 4	Sí= 7 No= 3	Sí= 6 No= 4	Sí= 2 No= 8	Sí= 6 No= 4	Sí= 21 No= 19
Tema 5	Sí= 10 No= 0	Sí= 8 No= 2	Sí= 7 No= 3	Sí= 6 No= 4	Sí= 31 No= 9
Tema 6	Sí= 4 No= 6	Sí= 2 No= 8	Sí= 8 No= 2	Sí= 8 No= 2	Sí= 22 No= 18

♦ "Sí" y "No" representan el número de votos afirmativos y negativos. El tema número cinco sería la prioridad para el equipo en este ejemplo.

Los participantes del personal deberán ser individuos que hayan demostrado trabajar bien en equipo, tener interés por su trabajo, terminar sus labores a tiempo e interesarse por los problemas. La persona escogida para ser el líder del equipo deberá ser alguien con un interés especial en el tema y que pueda ayudar al equipo a salir de estancamientos.

Por lo general es bueno solicitar voluntarios de áreas claves identificadas previamente, pero los voluntarios deberán entender que no serán escogidos solo porque se ofrecieron a

hacerlo, ya que los líderes deberán asegurarse que estos sean las personas idóneas para el trabajo. Además, el líder del equipo deberá seleccionarse de entre los dirigentes de la institución, siempre y cuando esta persona no trate de guiar al equipo hacia donde él o ella quiera.

Formación y capacitación de los miembros del equipo

Los miembros del equipo deberán ser capacitados para manejar los instrumentos/herramientas de mejoramiento de calidad y métodos cuantitativos, recibiendo primero una orientación. Luego de este primer paso, deberán recibir capacitación adicional a

medida que se necesite, lo que se llama "capacitación puntual".

Cuando el equipo esté, por ejemplo, al punto en que necesite recopilar información sobre la adquisición y distribución de medicamentos actual del hospital, deberá recibir capacitación y formación sobre el proceso, las fuentes de datos y su recopilación y técnicas de análisis de procesos (flujogramas). Se puede capacitar al equipo sobre la identificación y selección de soluciones, cuando esté en esa etapa del proyecto.

Mayor definición

El equipo deberá definir cómo va a trabajar: fechas de reuniones, plazos, deberes de los miembros del equipo: quién va a preparar las agendas, tomar actas, fijar reuniones, papel del líder y del facilitador.

También deberá evaluar cuidadosamente el tema escogido y estar seguro de que cada miembro tenga claro cuál es el problema con el que trabajará el equipo, para tener una clara definición del problema, ya que cuanto más específicamente se pueda identificar, mejor. Pero hay que tener cuidado porque si el equipo altera la definición del problema de manera significativa a este punto, la

nueva versión deberá ser presentada a la administración para confirmar que el tema sigue siendo una prioridad.

Recopilación de datos

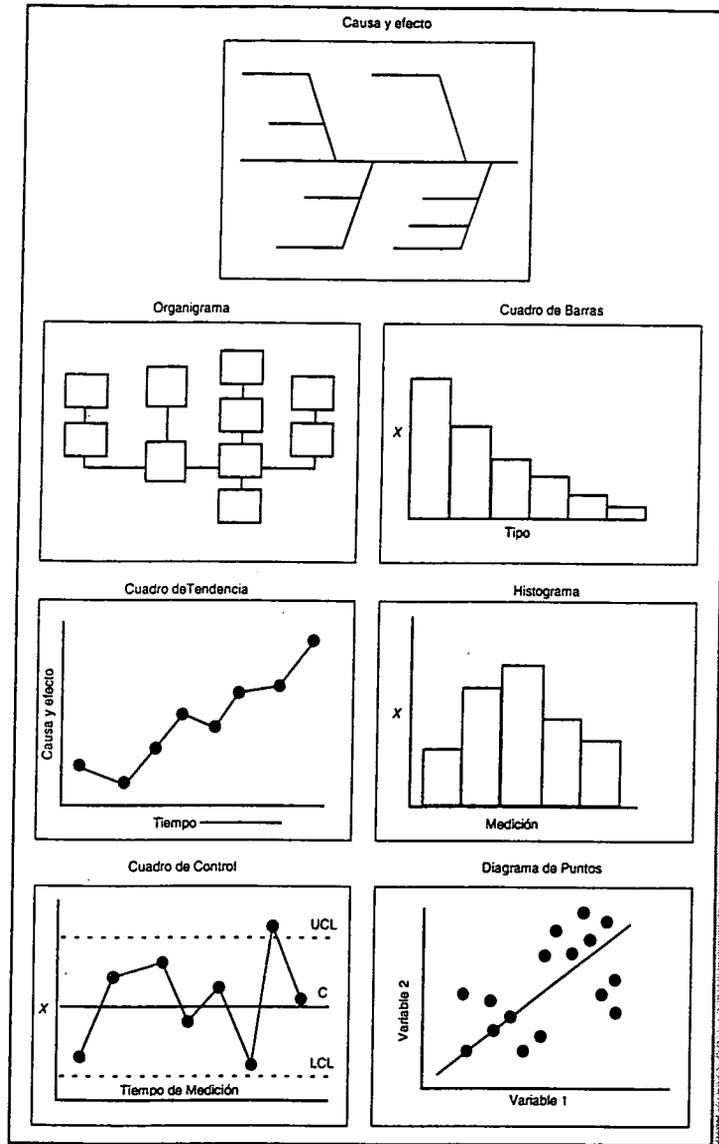
Las necesidades de datos dependen del tema que esté siendo evaluado. El tema tal vez sea que los laboratorios tardan demasiado en obtener resultados y que muchas veces estos se pierden, pero es importante especificar. ¿Cuánto tardan? ¿Ocurre con todos los resultados? ¿Cuántos se pierden? En algunos casos se necesita un análisis de las operaciones actuales para identificar los pasos y círculos en el proceso y el tiempo que se tarda con cada paso. En este paso se deberán incluir las revisiones de todos los documentos escritos relacionados al proceso, observación y documentación de la situación real y entrevistas, para luego elaborar el flujograma.

Análisis de datos

El análisis convierte a los datos en información. Los datos que se recopilan pueden ser presentados de varias maneras, que deberán determinarse según la naturaleza de los mismos. El Cuadro 8 muestra algunos de los varios tipos de presentación de datos.

CUADRO 8

Tipos de presentación de datos



Fuente: Quantitative Methods in Quality Management, editado por D.R. Longo y D. Bohr, American Hospital Association, Chicago, 1991, página 61.¹³

El equipo necesitaría, en este momento, información comparativa como por ejemplo, el índice de cesáreas de su hospital tal vez sea 16% y usted quizá piense que es alto, pero, ¿sabe usted cuál es el índice de los hospitales de la zona? Puede ser que basándose en los estándares actuales, su índice esté bajo los límites normales.

De ser así, usted tal vez decida que lo que creía ser un problema en realidad no lo es o tal vez continúe prestándole atención, porque piensa que a pesar de los índices de otros hospitales, su índice puede ser mejor que el actual. ¿Cómo es en otros países? Los datos se deben observar de varias maneras. Si se establece la tendencia de cesáreas por día de la semana, tal vez encuentre que el índice es más alto los viernes. ¿Cuál podría ser la causa de esto?

Encontrar las causas de fondo

Nosotros podemos adivinar cuál podría ser la causa de una situación, pero ¿está esta conclusión respaldada por los datos? Es importante tratar de identificar las causas de fondo utilizando datos. Por supuesto que los administradores experimentados pueden adivinar y muchas veces tienen razón. Pero no hace falta adivinar cuando cierto análisis por parte de aquellos involucrados en el proceso es muy posible que identifique las causas adicionales, clarifique las razones de la causa y ayude a comprenderlo para que puedan contribuir más a encontrar una solución.

* N. del Ed. Estamos en la fase final de publicación del Directorio Latinoamericano y del Caribe de Hospitales con datos de más de 15.000 hospitales de América Latina y el Caribe, que podrá ser utilizado en el futuro, para referencias y comunicación, así como para comparación de informaciones ("benchmarking").

Si los datos no pueden ser recopilados, el personal puede hacer sugerencias sobre las causas o entrevistar a los expertos sobre las mismas. Al final, sin embargo, el equipo debe estar seguro que está trabajando para resolver las causas de fondo y no los síntomas del problema.

También vale la pena calcular el costo directo e indirecto del problema. Esto es importante porque más tarde se querrá saber si se han hecho ahorros gracias al nuevo proceso.

Encontrar soluciones

Se deben buscar maneras de eliminar pasos en un proceso, capacitar al personal para las diversas tareas y mejorar esa capacitación y la comunicación.**

Este es el momento para poner en tela de juicio las estructuras actuales. La creatividad, el conocimiento y experiencia sobre las diferentes maneras de realizar los procesos son importantes en este momento. En lugar de solo restringir el acceso al sistema de suministros médicos, pregúntele al equipo qué ocurriría si se cambiara a un solo abastecedor que mantuviera el suministro e hiciera entregas diarias. Tal vez no funcione, pero la misma discusión puede llevar a mejores soluciones, por lo que hasta las ideas más descabelladas deben considerarse seriamente.

También pueden ser muy útiles en esta etapa las técnicas como la realización de sugerencias.

** Véase el primer capítulo de la segunda parte de este Manual.

cias ("tempestades cerebrales") y la matriz de prioridades descritas en la sección de identificación de problemas.

Vale la pena visitar otras organizaciones que estén llevando a cabo el mismo proceso y que no necesariamente estén en el mismo rubro. Si se trata del sistema de abastecimiento de suministros médicos, se deben estudiar los casos de hospitales en otros países que tengan una buena reputación por sus sistemas y los métodos que usan los hoteles o fabricantes para administrar los suyos.

Es importante calcular el costo directo e indirecto, a largo y a corto plazo de la solución. Si el costo de la solución es más alto que si el problema continuase, el equipo deberá considerar sus recomendaciones cuidadosamente.

Probar las soluciones seleccionadas

Antes de poder estar seguro sobre las mejores soluciones, se deberá probar por lo menos una de ellas. ¿Funcionará esta buena idea en la práctica? ¿Producirá los resultados esperados? La implementación de un nuevo proceso sin llevar a cabo pruebas previas es muy riesgosa, especialmente en el sector de salud. Luego de la primera, es muy probable que el nuevo proceso necesite de revisión y más pruebas.

Planificar la transición

Es importante tener un plan paso por paso para implementar el nuevo proceso e interrumpir el anterior. En este momento también se debe identificar qué tipo de capacitación se necesitará para el personal en la implementación.

Identificar "resultados exitosos" y monitorear

¿Cómo se podrá saber que el proceso está funcionando? ¿Si los resultados del laboratorio se obtienen en seis horas, si los suministros médicos no urgentes son recibidos en una hora, si los errores en la medicación se han reducido más allá de un nivel específico? Tal vez usted pueda basar sus resultados exitosos en lo que usted considere lo mejor.

Por ejemplo, si el Hospital General tiene un índice de cesáreas de 3% y su hospital tiene un índice de 15%, usted ha introducido cambios en los protocolos y prácticas para las cesáreas, por lo que su nueva meta es de 3%, pero sea cual fuere su objetivo, tendrá que medirlo a medida que pase el tiempo para saber si está mejorando o empeorando.

Informes

Mantenga a sus superiores informados a lo largo de este proceso. Los directores y juntas de directivas de hospitales y redes de los SILOS se interesarán por este tipo de trabajo. Infórmelos sobre el estado del proyecto, las lecciones aprendidas, los próximos pasos y los resultados del monitoreo continuo.

Resumen

Entre las iniciativas de su institución para mejorar la calidad, se deberán incluir:

- compromiso y participación de los dirigentes;
- un plan de calidad para la institución y un consejo de calidad;

- concentrarse en las prioridades relacionadas al plan estratégico de la organización;
- concientización de todo el personal, formación a fondo de los dirigentes y capacitación de los facilitadores y participantes de equipos a medida que se necesite;
- selección y establecimiento de un equipo para trabajar en las áreas de prioridad;
- recopilación de datos;
- análisis de datos;
- encontrar las causas de fondo;
- encontrar, probar y seleccionar soluciones;
- un plan de transición de antiguos a nuevos procesos;
- identificar medidas;
- publicar informes periódicamente.

El trabajo de equipo en el mejoramiento de la calidad

El uso de equipos para mejorar la eficiencia y efectividad en una institución es una técnica muy antigua. Los equipos han sido utilizados en la industria y están siendo introducidos ampliamente en las instituciones sanitarias. En este capítulo se tratará con el rol de los equipos en el mejoramiento de la calidad en el sistema de atención médica. Primero, se analizará el concepto de equipos y se hará hincapié en el rol de los equipos de proyectos en el mejoramiento de la calidad y luego se analizará el funcionamiento de uno de ellos: cómo se desarrolla, cuáles son sus roles y tareas y cómo funciona.

El concepto de trabajo de equipo

El concepto de equipo es diferente al de comisión, ya que una comisión tradicional, sea permanente o *ad hoc*, por lo general ha significado un grupo de gente con un propósito definido y casi siempre estático. Un equipo, por otra parte, es un grupo bien integrado que trabaja con el propósito de lograr un objetivo bien definido.

De los muchos tipos de equipos que trabajan en organizaciones, se deben distinguir dos: equipos autodirigidos y de proyecto. Los equipos autodirigidos, que a veces son llamados autoadministrados, se están haciendo más populares en la industria en general y en algunas instituciones sanitarias. Los equipos autodirigidos son una alternativa para organizar y administrar una institución.

Un equipo autodirigido tendrá una estructura descentralizada en lugar de vertical, enfatizará menos el aspecto de supervisión y exigirá más responsabilidad por parte del personal.

Por lo general es permanente, representa un departamento o función en una institución e incluye a todos los miembros de ese departamento o función en el equipo. Ese equipo establece su propio plan dentro del objetivo colectivo de la institución y lo implementa; trata de concentrarse en lo que necesita el paciente y mejorar la eficiencia y calidad de su servicio o producto. Los elementos claves en un equipo autodirigido son darle al mismo la autoridad de tomar las decisiones importantes, respetar su autonomía, ser flexible en el enfoque y capacitar a los miembros en todas las funciones. La autoridad del equipo aumenta a medida que este madura y se desarrolla y la necesidad de supervisión externa va desapareciendo.

Las instituciones que han adoptado el método de equipos autodirigidos han tenido que hacer cambios significativos en su estructura organizativa, estilo administrativo y cultura institucional. Si bien se ha probado que los equipos autodirigidos han mejorado dramáticamente la moral de los trabajadores, la productividad y la calidad de los servicios, no todas las organizaciones pueden lidiar con los cambios estructurales necesarios para cambiar de estilo administrativo hacia los equipos autodirigidos.

En este capítulo no nos concentramos en los equipos autodirigidos, sino en los equipos de proyectos. Al contrario de los primeros, los equipos de proyectos por lo general pueden abarcar a varios departamentos o pertenecer solo a uno y únicamente los representantes de departamentos o unidad están incluidos. En lugar de abarcar todo el trabajo, los miembros de los equipos de proyectos solo se concentran en el mejoramiento de un proceso específico, y cuando lo completan se pueden desarticular o continuar para tratar con otro proceso. El equipo de proyecto, por lo general, tiene menos autoridad que el

equipo autodirigido, y los miembros son supervisados a diario en su trabajo, aunque tal vez no tengan el poder de implementar sus propias decisiones.

Los equipos de proyectos son cruciales para el éxito de cualquier sistema de monitoreo y mejoramiento de calidad. Por lo general, una sola persona no posee suficientes conocimientos o experiencia para entender todo lo que ocurre en un proceso de monitoreo de calidad. Los mejores resultados casi siempre se obtienen de los equipos cuyos miembros reúnen sus habilidades, talentos y conocimientos, ya que idean soluciones efectivas y permanentes para los problemas crónicos de calidad.

Los trabajadores en el terreno son los expertos que ven primero los obstáculos para la calidad y al involucrarlos directamente en un proceso se aprovecha su talento en la institución.*

El participar en un equipo les da a los empleados mayor control en la tarea de mejorar la calidad, lo que lleva a una mayor satisfacción, motivación y eficiencia. También les resta importancia a los secretos y competencia dentro de una organización y reduce el nivel de enajenación.

El apoyo mutuo entre los miembros de equipos se desarrolla cuando el entusiasmo de una persona se deteriora durante un proyecto largo. El espíritu de trabajo de equipo puede ser un ejemplo para otros, al permear a otros sectores de la organización y alentar a todo el personal a que participe

en el programa de mejoramiento de calidad, para entender su naturaleza, propósito y dirección.

El funcionamiento de un equipo de mejoramiento de calidad

Etapas de desarrollo

Un equipo, como cualquier otro grupo, se desarrolla en sus propias etapas.

□ La *etapa inicial* es la de formación y los miembros exploran cuidadosamente sus roles, status y relación con el dirigente. Es posible que los miembros estén entusiasmados por su cuenta y tengan optimismo o tengan sospechas y temor. En esta etapa el grupo trata con temas generales y a veces abstractos. Sus esfuerzos inciertos de exploración tal vez puedan lograr poco que los acerque al objetivo del proyecto.

□ La *segunda etapa* podría ser difícil para un equipo, porque sus miembros pueden comenzar a darse cuenta que su tarea será más complicada de lo que esperaban, que no manejan muy bien el enfoque científico para la calidad y que no es fácil trabajar en equipo. Esto puede llevar al desaliento y a actitudes defensivas.

□ La *tercera etapa* trae cierta estabilidad. Los miembros superan las diferencias con respecto a sus intereses y responsabilidades, aceptan las reglas del juego para el equipo y las idiosincrasias individuales. Se logra la cooperación al darse cuenta que los objetivos del proyecto son posibles de lograr y a medida que se desarrolla una actitud amistosa, invierten más tiempo y energía en el proyecto y comienzan a progresar significativamente.

* Véanse más adelante, en el primer capítulo de la segunda parte, las responsabilidades de este equipo para preparar las rutinas operacionales de la institución.

□ En la *cuarta etapa*, el equipo ha establecido sus relaciones y expectativas y comienzan a cooperar y a concentrarse en sus tareas de diagnosticar y resolver problemas. Ya es un grupo sólido que disfruta del trabajo que realizan de manera constructiva.

Es importante que un equipo comprenda que todo grupo humano pasa por estas etapas, aunque las características varíen. Los miembros del equipo deben aceptar los altibajos del proyecto como algo natural. Puede haber períodos de desaliento cuando se descubren los errores en las diferentes etapas de un proyecto cuantitativo de monitoreo de calidad, pero a medida que el equipo aprende con la experiencia, el equipo se recupera y progresa.

Roles en un proyecto de equipo

Si bien un proyecto de monitoreo y mejoramiento de calidad debería afectar las vidas de mucha gente en la institución, los roles más importantes son los de los participantes activos del equipo de proyecto.

□ *Los administradores.* Es el grupo de gerentes o dirigentes claves en la institución, que supervisan y dan su apoyo a las acciones del equipo de proyecto. Son personas con diversas habilidades y experiencias que tienen un interés personal en el éxito del proyecto y la autoridad para hacer cambios y proporcionar los recursos necesarios para la tarea, pero que no dirigen el proyecto en sí.

Seleccionan a los miembros del equipo de proyecto, los guían y apoyan y les proporcionan recursos. Se reúnen con el equipo de manera regular, mantienen informada al resto de la organización sobre el progreso del equipo y tienen la responsabilidad principal de proporcionar los

recursos necesarios para implementar las recomendaciones del equipo.

□ *El líder del equipo.* Esta persona facilita o administra las operaciones del equipo: organiza las reuniones, las preside, se ocupa de los detalles administrativos, coordina las acciones del equipo y supervisa la preparación y presentación de informes.

El líder está en contacto con el equipo administrador y crea y mantiene vías de comunicación dentro y fuera del equipo. Los líderes efectivos comparten las responsabilidades con otros miembros y crean las oportunidades para que todos participen y se destaquen. El líder del equipo debe tener calificaciones administrativas y personales para tratar con los demás miembros.

□ *Experto en calidad/facilitador.* Un experto en calidad es alguien que se especializa en el enfoque científico para la evaluación y mejoramiento de calidad y que posee aptitudes didácticas. Si no es un miembro del equipo, el experto deberá asistir a las reuniones, no para dirigir las, sino para observar e instruir al equipo sobre sus aspectos técnicos de monitoreo de la calidad. Fuera de las reuniones, el experto de calidad puede ayudar con la recopilación de datos, su análisis, interpretación y presentación de resultados.

□ *Miembros del equipo.* La naturaleza del proyecto puede determinar a quiénes se selecciona para formar parte del equipo. Las personas por lo general están estrechamente relacionadas con el tema y deberán representar a los diferentes niveles, profesiones y categorías. Todos los miembros participarán en las reuniones, desempeñarán tareas específicas en el proyecto y contribuirán con su experiencia y conocimiento.

Es esencial que todos los miembros se sientan como parte del proyecto, que debe

verse como una prioridad y no como un estorbo para el trabajo de cada uno. Las otras tareas del equipo, como quién se encargará de tomar las actas, establecer el temario, redactar el resumen, conseguir documentos, etc., pueden ser rotadas entre los diferentes miembros.

Tareas de un equipo de proyecto

El equipo, con la asistencia de la administración, deberá lograr varios objetivos.

- *Identificar las metas del proyecto.* ¿Qué es lo que se espera del proyecto? ¿Cuál es el plazo? ¿Qué cambios se pueden esperar?
- *Preparar la explicación del proyecto.* ¿Cuáles son los límites del proyecto? Definir los propósitos, roles, límites y estructura y líneas de autoridad.
- *Determinar los recursos.* Lo que se necesita en términos de presupuesto, equipo, asesoramiento de expertos, apoyo, etc.
- *Seleccionar al líder de equipo.* Seleccionar a un líder, utilizando un proceso adecuado, que esté bien informado, esté interesado y tenga la capacidad de desempeñar la tarea.
- *Asignar a un experto en calidad.* Elegir a un asesor sobre calidad que conozca bien lo referente a evaluación y mejoramiento de la misma, y sobre capacitación.*
- *Establecer las reglas del juego.* ¿Cómo se establecerá el temario? ¿Cuál será el sistema para tomar las actas? ¿Cuáles son las reglas para la asistencia, puntualidad,

lugar y fecha de reunión, participación, asignaciones, formación, etc.?

Dinámicas del equipo

El líder y los miembros deberán, para fomentar el funcionamiento efectivo del equipo, recordar algunos consejos que siguen los equipos exitosos:

- Se comunican de manera abierta y no defensiva, y escuchan atentamente.
- Se respetan, tienen confianza y apoyan unos a otros.
- Alientan la participación equitativa y la expresión de opiniones disidentes; solicitan y comparten ideas.
- Afrontan las disputas, desacuerdos y problemas de manera constructiva. El líder y miembros del equipo, además deberán recordar las técnicas que hacen más efectivas las discusiones.
- No dan cátedra, pero inician discusiones y solicitan información y opiniones.
- Evitan las conversaciones simultáneas y que los oradores dominantes monopolicen la reunión y tratan de hacer hablar a los introvertidos.
- Evitan que la conversación se vaya por la tangente.
- Buscan el consenso, resuelven diferencias y logran acuerdos.
- Cierran las discusiones resumiendo las conclusiones principales.

* Este profesional en América Latina y el Caribe puede ser representado por el ingeniero gerencial, como veremos más adelante, en la segunda parte.

Técnicas para tomar decisiones de grupo

El equipo de proyecto utilizará todos o algunos de los instrumentos científicos y cuantitativos para recopilar e interpretar datos y tomar decisiones. En otros capítulos cubrimos dichos instrumentos, pero hay algunas técnicas que un equipo puede utilizar durante la mayoría de las reuniones. Estas técnicas no estadísticas ayudan a los miembros a explorar ideas y a tomar decisiones. Las tres técnicas siguientes podrán ser adoptadas por cada equipo.

□ *"Tempestad cerebral"*. (Se proporcionó un ejemplo de esto en los capítulos anteriores).

Se puede explorar una amplia gama de opciones antes de tomar una decisión y una de las maneras de generar una lista de tales opciones es hacer sugerencias. Esta técnica alienta a los miembros a ser creativos en un marco de libertad. No se retiene ninguna idea, porque el objetivo del momento es de cantidad y no calidad; no es la evaluación, sino la generación de ideas para recopilar la lista más larga posible.

La sugerencia de ideas aumenta la participación de los miembros y produce la mayor cantidad de ideas en un corto período de tiempo. Reduce las actitudes negativas y permite a los miembros divertirse al mismo tiempo; la crítica y evaluación de ideas vendrán después. La sugerencia de ideas alienta la creatividad, la exageración y la complementación de ideas de otros. Todas las ideas deben ser registradas, tal vez en una pizarra.

□ *Votación múltiple*. Esta es una técnica para reducir una amplia lista de ideas a las que sean más importantes. Se utiliza junto a la sugerencia de ideas para identificar los pocos temas críticos que requieren atención

inmediata y se puede usar en todas las etapas de la resolución de problemas o para identificar los temas claves en una discusión.

En la votación múltiple, primero se usa una lista de ideas para ver si hay algunas que están repetidas o son similares. El grupo ayuda a determinar si hay temas similares que pueden agruparse. A cada tema se le asigna un número y cada miembro escribe el número de temas que desea discutir, para luego seleccionar a los temas escogidos por los miembros en forma de votación. La lista se reduce al eliminar los temas que recibieron menos votos. El tamaño y los deseos de los grupos influirán en los resultados.

□ *Técnica de grupo nominal*. Este es un enfoque más estructurado para generar una lista de opiniones y luego reducirla. Con esta técnica, existe un bajo nivel de interacción en el grupo y es particularmente efectiva cuando los miembros del equipo recién se conocen. También es apropiada para temas muy polémicos.

El líder introduce y aclara el problema. Es bueno escribirlo en un lugar donde todos puedan leerlo y luego se le pide a los miembros que hagan sugerencias. Primero escriben sus ideas en silencio, sin hablar o distraerse.

Cuando todos hayan terminado, el líder le pedirá a cada miembro que lea una idea de su lista y la escriba en una pizarra. Se repite el mismo proceso hasta que todos hayan terminado con su lista. En esta etapa no se permite discusión o aclaración.

Cuando la lista esté completa, el líder preguntará si hace falta alguna aclaración. Cuando se haya acabado con las aclaraciones, el facilitador, con la cooperación del equipo, condensará la lista, combinando temas si fuese necesario.

La segunda parte sigue el formato de votación múltiple, pero de manera más formal. Digamos que el líder reparte tres tarjetas a cada miembro, para que estos luego escriban un tema en cada tarjeta y le asignen un puntaje, con el más alto para el más importante. Luego se colectan las tarjetas y se cuentan los votos y el tema que haya sacado la mayor cantidad de votos será la primera selección del grupo. Los miembros luego revisan y discuten los resultados y acuerdan en seleccionar entre los temas que recibieron más votos.

El mejoramiento de la calidad se lleva a cabo eficientemente con el uso de equipos de proyecto, los que tienen un rol más amplio en el monitoreo y mejoramiento de la calidad. Un equipo, sin embargo, tiene su propio sistema de desarrollo, que deben conocer sus miembros.

De la misma manera, los equipos deben conocer la dinámica normal, técnicas y procesos para tomar decisiones de un equipo de mejoramiento de la calidad.

Indicadores, normas para las prácticas y caminos críticos

El enfoque tradicional para el monitoreo de calidad ha sido el de evaluar las estructuras clínicas e institucionales dentro de las cuales se prestan los servicios, tanto como el proceso utilizado.

Esta perspectiva ahora está siendo suplementada haciendo mayor hincapié en los resultados de la atención médica, y a medida que aumenta la supervisión externa (Estado, compañías de seguros y agencias de acreditación), existe una mayor preocupación de medir los resultados del desempeño como un importante indicador de calidad. Las instituciones sanitarias han comenzado a instrumentar un monitoreo sistemático de su desempeño basándose en la recopilación y análisis de datos, y su uso para mejorar la calidad.

Por lo general, los intentos de garantizar la calidad han utilizado métodos de observación de caso por caso (auditoría médica). Una de las desventajas de este enfoque es que la coordinación e integración de los resultados se hace más difícil, los problemas sistemáticos no son detectados fácilmente y no se puede lograr la comparación objetiva de los resultados dentro de una institución y entre las diferentes instalaciones. Del énfasis en casos individuales, ahora se está cambiando a una examinación sistemática y global de las tendencias, utilizando análisis cuantitativos que lleven a conclusiones válidas y significativas.

En este capítulo, primero nos concentraremos en los indicadores de resultados, para luego pasar a discutir el sistema para recopilar datos objetivos y significativos, el método de analizar e interpretar los datos y maneras de incorporarlo dentro de un sistema de mejoramiento de calidad.

Características de los indicadores de resultados*

Los indicadores, como ya hemos mencionado, son medidas cuantitativas de calidad relacionadas a la estructura, proceso y resultado de la atención médica. Aquí nos concentraremos en los indicadores de resultados de la atención, los que tienen varias características.

□ Primero, los indicadores de resultados no evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio. La confianza que uno tiene en esa inferencia depende del vínculo de causa entre la estructura, proceso y resultado; los buenos resultados se pueden obtener a pesar de procesos y estructuras inadecuadas.

□ Segundo, la relación de causa entre el proceso de la atención y su resultado, depende de la interacción de otros factores, como la mezcla de casos y la gravedad de la enfermedad ("case mix"). Cuando normalizamos el efecto de riesgo, por lo tanto, aumenta nuestra confianza en la medición del resultado.

□ Tercero, un número suficientemente grande de casos debe ser recopilado, para deducir si se están prestando buenos servicios. La atención puede ser muy buena aunque muera el paciente.

* N. del Ed. En América Latina estamos utilizando la expresión "indicador" para constatar estándares cualitativos e "índices o tasas" para los cuantitativos.

□ Cuarto, los malos resultados son señales de que se necesita mayor investigación.

□ Quinto, cuanto más completa la estandarización, más precisa y exacta será la advertencia para la investigación.

□ Sexto, los resultados reflejan la contribución de diferentes aspectos del sistema de atención médica y no solo la capacidad y competencia de los prestadores de servicios. Al mismo tiempo, los resultados esconden la información sobre lo que anduvo bien o mal, por lo que tenemos que analizar la estructura y proceso de la atención médica.

□ Séptimo, las mediciones de resultados deben ser específicas en cuanto al tiempo y los resultados inmediatos pueden ser utilizados para el monitoreo subsiguiente de la atención; los resultados retrasados son útiles en el monitoreo retrospectivo para mejorar la atención médica en el futuro.

□ Octavo, los pacientes y el público comprenden mejor los resultados que los aspectos técnicos de estructuras y procesos. Pero estos últimos, sin embargo, son igualmente importantes para garantizar la calidad. Las mediciones de resultados nos dicen lo que ha ocurrido, pero una evaluación de estructura y proceso nos indica la capacidad de una institución para proporcionar una buena atención médica.

Monitoreo de la calidad: el enfoque cuantitativo

El monitoreo sistemático y objetivo de la calidad requiere la recopilación rutinaria y revisión de datos, que ayuden a evaluar si el desempeño cumple con los niveles esperados de servicio. Las mediciones de resultados y procesos son una parte esencial de dicho sistema de monitoreo de calidad, ya que al determinar qué datos recopilar, una institu-

ción debe tener presentes algunos factores importantes.

Selección de indicadores

Existen varios tipos de indicadores:

□ Primero, los *indicadores centinelas* de casos, identifican un evento serio y significativo que debe ser investigado inmediatamente cada vez que ocurre. Por ejemplo, en caso de una muerte materna, se debe realizar una evaluación inmediata para evitar que ocurra nuevamente en el futuro. Los indicadores centinelas de casos son importantes para garantizar la seguridad del paciente, pero menos útiles para medir el desempeño global de una institución. Estos indicadores centinelas de casos deben ser una parte esencial del sistema de monitoreo.

Indicadores que transmiten una información de la ocurrencia de un evento específico grave, evalúan eventos "serios".

Los eventos "serios", por definición, necesitan análisis tipo "caso por caso" todas las veces que el evento ocurre.

Cuando la información dada por el indicador es comunicada como el número de ocurrencias de un evento "serio" el indicador es llamado "centinela".

Un ejemplo de indicador de evento centinela es:

**Mortalidad relacionada
por transfusión sanguínea
÷ Pacientes recibiendo
transfusión.**

□ Segundo, los *indicadores de datos agregados* (continuos o basado en tasas), son los que miden el desempeño basándose en eventos que ocurren frecuentemente y con la recopilación de varios casos indicadores ayudan a determinar el nivel de desempeño

de una institución sanitaria, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño del pasado, de otras instituciones o con puntos de referencia a nivel nacional.

Hablando técnicamente, los indicadores no son solamente una frase, como "mortalidad materna". Para describir la información del indicador se puede usar una fracción; en este caso es un indicador con base en índices o tasas.

El numerador es el número de eventos de interés y el denominador es el número de pacientes en los cuales el evento de interés podrá haber ocurrido:

Número de pacientes en el cual ocurrió un evento específico ÷ Número de pacientes que tuvieron una condición específica o un procedimiento.

La revisión de casos individuales es necesaria cuando la tasa en que el evento ocurre representa una proporción significativa de todos los casos en los cuales podría haber ocurrido o sea, cuando fue alcanzado un umbral.

Un ejemplo de indicador basado en tasas o índices es:

Número de pacientes que reciben cesárea por primera vez por falta de progreso ÷ Número de pacientes que tuvieron operación cesárea.

Las instituciones deben concentrarse en lo que es realmente importante, ya que existe un número infinito de mediciones que se podrían realizar. Una consideración importante en este sentido son las expectativas y la satisfacción del paciente.

Otro factor que debe considerarse es la expectativa de organismos externos, particularmente del Estado y las compañías de seguros.

Algunas terceras partes que cubren costos de salud, alegan que el 80% de sus gastos provienen de 20% de intervenciones médicas, por lo que esperan que los que prestan servicios de salud le den prioridad a la medición y mejoramiento del desempeño. La mayor parte de las fallas en toda institución sanitaria no tiene que ver con la aptitud y desempeño individuales, sino con los sistemas y hasta los profesionales competentes sufren las consecuencias.

La prioridad debe ser la de mejorar los sistemas y procesos.

Por otra parte, no se deben recopilar más datos que los que se van a usar.

Esto puede resultar caro e improductivo y por eso deben establecerse prioridades, como la selección de procesos que afectan a grandes números de pacientes, que los ponen en serio riesgo cuando se realizan inadecuadamente y los propensos a problemas.

El Cuadro 9 ofrece una de las listas de funciones que vale la pena considerar cuando se seleccionen indicadores para una instalación de atención especializada. Son las que mencionó la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos en su Manual de Acreditación de Hospitales.* Estos son estándares amplios que permiten flexibilidad para medir cada función. Cuando el lector selecciona un indicador debe primero considerar qué función importante pretende analizar.

En el Cuadro 10 se presenta una lista de mediciones de resultados.

* Para América Latina y el Caribe, véanse estándares e indicadores en la segunda parte de este Manual.

CUADRO 9

Funciones a considerar en la selección de indicadores

Atención al paciente

- Derechos del paciente y ética institucional
- Evaluación de pacientes
- Tratamiento de pacientes
 - uso de medicamentos
 - procedimientos quirúrgicos
 - atención nutricional
- Información dada a los pacientes y familiares
- Coordinación de atención, que incluye el ingreso a la institución o servicio

Funciones de la institución

- Liderazgo
- Gestión de información
- Gestión de recursos humanos
- Gestión del ambiente de atención médica
- Vigilancia, prevención y control de infecciones
- Mejoramiento del desempeño institucional

Estructuras con funciones importantes

- Cuerpos directivos
- Gerencia y administración
- Personal médico
- Enfermería

Fuente: Framework for Improving Performance. From Principles to Practice. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, 1994, página 20.¹⁴

CUADRO 10

Lista de mediciones de resultados

Categoría	Especificaciones
Atención técnica:	
Mortalidad por enfermedades, anomalías, procedimientos y poblaciones específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidad infantil • Mortalidad materna • Mortalidad por sexo y edad
Mortalidad, morbilidad e incapacidad prevenibles	<ul style="list-style-type: none"> • Casos centinelas (por ejemplo, muerte en el hospital luego de intervención de bajo riesgo)
Mediciones de resultados enfermedades o anomalías específicas	<ul style="list-style-type: none"> • Presión sanguínea en los hipertensos durante el tratamiento. • Glucosa en los diabéticos tratados con insulina, dietas o terapia hipoglicémica
Presencia de anomalías que representan fallas de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Úlcera decúbita se desarrolló durante la hospitalización • Reinternación por complicaciones o terapia inapropiada en la internación previa • Infecciones contraídas en el hospital • Complicaciones postoperatorias
Complicaciones durante o después de la terapia	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios físicos • Cambios mentales • Cambios psicológicos
Cambios en el estado funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso • Conveniencia • Asistencia económica
Atención interpersonal:	
Paciente insatisfecho con la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Control del dolor • Bienestar • Nivel de energía
Mala adaptación a enfermedades crónicas	

Fuente: Quantitative Methods in Quality Management, editado por D.R. Longo y D. Bohr, American Hospital Association, Chicago, 1991, página 29.

NOTA: Otros ejemplos sobre eventos clínicos o administrativos seleccionados por el editor son presentados en la segunda parte de este Manual.

A continuación presentamos una lista de mediciones de resultados que proponen comúnmente los programas de garantía de calidad basados en los hospitales:

- mortalidad asociada al hospital (médica, quirúrgica, terapia intensiva);
- duración de la internación (médica, quirúrgica, terapia intensiva);
- reinternación por la misma enfermedad;
- infecciones contraídas en el hospital;
- complicaciones relacionadas a la hospitalización;
- incapacitación, cambios positivos o adversos en el estado psicológico, y
- satisfacción del paciente.

En un sistema comunitario de atención médica, la siguiente sería una lista ilustrativa de áreas en las cuales se pueden desarrollar indicadores:*

Acceso

- contactos iniciales que no resultaron en atención;
- citas canceladas y ausencias a citas;
- período de espera para la atención;
- período entre la primera llamada y la cita;
- pacientes que usan la sala de emergencia para la atención de no emergencia;
- evaluaciones del acceso.

Continuidad de la atención

- visitas al profesional de costumbre;
- servicios utilizados simultáneamente;

- retrasos en dar de alta;
- recomendaciones a otros profesionales no completadas;
- satisfacción o quejas sobre la continuidad de la atención.

Participación del paciente

- retiro del plan de salud;
- participación de la familia o el paciente en el plan de atención médica;
- pacientes en la comisión de asesoramiento;
- oportunidades de aprender ofrecidas.

Gestión de calidad

- presupuesto comprometido para la gestión de calidad;
- acciones de gestión de calidad actuales;
- indicadores de mejor desempeño.

Gestión de recursos

- duplicación de programas en la red de los SILOS;
- gastos programados comparados con los actuales;
- utilización programada comparada con la actual;
- visitas a la sala de emergencia que derivan en internación.

Existen varios organismos en los Estados Unidos que han comenzado a publicar evaluaciones sobre el desempeño basado en los indicadores de diferentes instituciones.

* Para otros ejemplos, véase el Anexo en la segunda parte de este Manual.

Un programa muy conocido patrocinado por los empleadores y elaborado por el "National Committee for Quality Assurance" (Comisión Nacional para la Garantía de la Calidad), se conoce como HEIDIS, la sigla de "Health Plan Employer Data and Information Set" (Datos e información sobre los planes de seguro médico de los empleadores).

Este programa explica a los encargados de planes de salud conocidos como HMOs ("Health Maintenance Organizations" o empresas privadas de prepago), un método estándar para identificar, calcular y notificar sesenta mediciones de desempeño, que abarcan la calidad, satisfacción del paciente, utilización y datos financieros.

Es muy probable que esto se convierta en una norma del sector de seguro médico en los Estados Unidos para medir el desempeño de los futuros planes de salud del país.

Como una evaluación típica de HEIDIS tal vez asigne puntajes a las siguientes mediciones de calidad de la atención:

Servicios preventivos

- vacunación infantil;
- chequeo de colesterol;
- mamografía;

- chequeo de cáncer del cuello uterino.

Atención prenatal

- bajo peso al nacer;
- atención prenatal en el primer trimestre;
- parto por cesárea.

Enfermedades crónicas

- internaciones por asma;
- examen retinal para la diabetes.

Acceso y satisfacción de los miembros

- acceso por grupo de edad;
- satisfacción, quejas y retiro del plan de salud.

Establecimiento de indicadores*

Antes de ensayar y comenzar a usar un indicador es muy conveniente anotar la información sobre cada uno en forma sistemática; la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos ha preparado un formulario útil para esa labor (Cuadro 11).

* El texto de esta sección sobre indicadores se ha tomado con adaptaciones del Primer on Indicator Development and Application, 1990, de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud.¹⁵

CUADRO 11

Formato del formulario de establecimiento de indicadores

I. Descripción del indicador

Describa la función, la actividad o el resultado empleado como medida de un estándar.

II. Definición de términos

Defina los términos incluidos en el indicador que exigen más explicación para fines del acopio de datos.

III. Tipo de indicador

A. Indique si se trata de indicador cuantitativo/cualitativo:

1. un indicador basado en tasas, índices o
2. un indicador de acontecimientos centinela

B. Indique si se trata de un indicador cuantitativo/cualitativo y se refiere principalmente a:

1. un proceso de atención o
2. un resultado de la atención.

IV. Justificación

A. Explique por qué es útil este indicador y qué estándar de proceso o resultado concreto se vigilará.

B. Indique las referencias complementarias en que se basa la justificación citada.

C. Indique los elementos de calidad evaluados con este indicador.

V. Descripción de la población del indicador

A. Numerador del indicador, y
Denominador del indicador (casos de tasas, índices).

B. Subclasificaciones (indique las subpoblaciones de pacientes según las cuales se separarán los datos del indicador para análisis).

VI. Lógica del acopio de datos del indicador

- A. Enumere los elementos y las fuentes correspondientes de los que se puede recuperar información.
- B. Describa la secuencia de agregación de los elementos de información por medio de los cuales identifica el indicador cuantitativo los acontecimientos señalados por el numerador y el denominador.

VII. Factores básicos

Enumere los factores que pueden explicar cualquier variación de los datos del indicador y, de ese modo, las actividades directas de mejoramiento de la calidad.

- A. Factores relacionados con los pacientes (factores fuera del control de la organización de atención de salud que influyen en los resultados obtenidos por los pacientes)
 - 1. Gravedad de la enfermedad (factores relacionados con la gravedad de la enfermedad o su estado antes del tratamiento).
 - 2. Comorbilidad (factores de morbilidad, no intrínsecos a la enfermedad primaria que pueden influir en la frecuencia del acontecimiento señalado por el indicador).
 - 3. Otros factores relacionados con los pacientes (factores distintos de los de morbilidad, como la edad, el sexo o la negación del consentimiento, que pueden influir en el acontecimiento).
 - B. Factores relacionados con los profesionales (de ordinario, factores controlables por la organización, relacionados con ciertos profesionales, por ejemplo, enfermeras, médicos y especialistas en terapia respiratoria)
 - C. Factores institucionales (de ordinario, factores controlables por la organización que influyen en determinados aspectos de la atención del paciente o la capacidad general de los dispensadores de atención para prestar servicios).
-

En la **descripción del indicador** se indica la función, la actividad, el evento o el resultado empleado como medida de un estándar. Las descripciones varían en su complejidad. Algunas pueden ser sencillas, como "pacientes en quienes ha fallado la angioplastia coronaria transluminal percutánea". Otras pueden ser complejas por la introducción de varias puntualizaciones importantes.

Un ejemplo de una descripción compleja es "mortalidad postoperatoria de los pacientes sometidos a derivación coronaria aislada, subagrupados por:

- procedimientos primarios y subsiguientes; y
- electivos y de urgencia".

El segundo elemento del conjunto de datos del indicador es una **definición de términos**

empleada en la descripción correspondiente, que necesita explicarse más y que permitirá lograr que todos los usuarios del indicador acopien y evalúen los mismos datos.

Sin definiciones uniformes, es difícil y a veces imposible recolectar datos comparables y analizarlos bien.

El ejemplo del indicador de mortalidad postoperatoria por derivación coronaria mencionado antes explica el proceso de definición de términos (véase el Cuadro 12). Conviene definir los términos con la mayor precisión posible, lo que incluye traducción a terminología específica y de amplia aceptación, como los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión, y la Modificación Clínica (ICD-9-CM).

CUADRO 12

Definición de términos del indicador de mortalidad posoperatoria por derivación coronaria

	Término	Definición
1.	Mortalidad posoperatoria	Clasificación de la causa de defunción en los documentos de egreso de un paciente hospitalizado que se sometió a derivación coronaria.
2.	Derivación coronaria aislada	Derivación coronaria (códigos 36.10-36.19 de la ICD-9-CM) sin reemplazo ni reparación simultáneos de válvulas (35.-), resección de aneurisma ventricular (37.32-37.33), endarterectomía carotídea (38.12) u otros procedimientos vasculares periféricos mayores (38.44-38.45).
3.	Subsiguiente	Reoperación uno o varios meses después de la derivación coronaria inicial.
4.	Electiva	Derivación coronaria programada o no de urgencia.
5.	De urgencia	Derivación coronaria que presuntamente exige una intervención de urgencia.

Establecimiento de indicadores

El elemento siguiente del conjunto de datos está constituido por indicadores de acontecimientos centinela o basados en tasas y por indicadores del proceso de atención o del resultado de esta.

El indicador de mortalidad postoperatoria por derivación coronaria se basa en tasas y permite evaluar un resultado de la atención. La determinación del tipo de indicador es un paso importante porque ayuda a establecer el punto central de la evaluación y el uso de los datos del indicador.

□ El elemento de racionalidad ("rationale") de un conjunto de datos del indicador explica por qué sirve un indicador para especificar y evaluar el [estándar de] proceso o el resultado de la atención a cuya medida se destina.

Por ejemplo, considérese el indicador "pacientes con cáncer primario de mama sometidas a resección quirúrgica y enviadas a grupos de apoyo o rehabilitación de carácter psicosocial". La racionalidad (justificación) de este indicador está en que la resección de cáncer de mama tiene a menudo importantes repercusiones sociales y psicológicas. Por ende, se espera que una paciente de cáncer primario de mama se beneficie del envío a un grupo de apoyo o rehabilitación. La falta de esa clase de ayuda reducirá a menudo la calidad de su vida.

El dejar de enviar a la paciente sometida a resección de cáncer de mama a un grupo de apoyo postoperatorio puede brindar una oportunidad de mejorar la forma en que los profesionales y la organización realizan las actividades de enseñanza y planificación del egreso, así como el grado de participación de la paciente y su familia en la atención de la misma.

Los datos producidos por este indicador llevarán o deben llevar a un análisis de los factores básicos y al mejoramiento cuando sea necesario. Al dar la racionalidad de un indicador, quienes pretendan usarlo entenderán su valor potencial más a fondo y podrán juzgar mejor sus méritos. Esas racionalidades (justificaciones) deben tomarse de referencias bibliográficas complementarias en la medida en que existan.

□ El siguiente elemento del conjunto de datos es una descripción de la población del indicador (es decir, el numerador y el denominador).

La población del indicador "pacientes a quienes se comienza a administrar la terapia trombolítica para el infarto agudo de miocardio más de seis horas después de iniciarse el dolor", es el siguiente:

- numerador = número de pacientes que reciben terapia trombolítica para el infarto agudo de miocardio más de seis horas después de iniciarse el dolor;
- denominador = número de pacientes que reciben terapia trombolítica para el infarto agudo de miocardio.

Las poblaciones del indicador pueden subclasificarse según los atributos de los pacientes evaluados por el indicador. La finalidad de la subclasificación es proporcionar poblaciones más homogéneas. Este es un método apropiado y eficaz de "ajuste del riesgo" porque incorpora directamente al indicador atributos de los pacientes que representan un grado uniforme de riesgo clínico.

El indicador "mortalidad postoperatoria de pacientes sometidos a derivación coronaria aislada subclasificada por:

- procedimientos primarios y subsiguientes
- electivos y de urgencia"

demuestra la subclasificación de ciertas poblaciones de pacientes con el fin de derivar datos más válidos. Un desglose sistemático de esta descripción del indicador demuestra sus subpoblaciones constituyentes. El calificativo *aislada* especifica a un grupo distinto de pacientes sometidos a derivación coronaria dentro de la población total de pacientes intervenidos con ese fin, a quienes no se ha practicado un procedimiento quirúrgico cardiovascular concurrente. Las dos subagrupaciones, "primarios y subsiguientes" y "electivos y de urgencia" estratifican a esta población en otros cuatro grupos, a saber:

- derivación coronaria electiva, primaria, aislada;
- derivación coronaria de urgencia, primaria, aislada;
- derivación coronaria electiva, subsiguiente, aislada;
- derivación coronaria de urgencia, subsiguiente, aislada.

Puesto que las diferentes probabilidades de morir después de una derivación coronaria afectan a cada una de estas subpoblaciones, en el indicador se ha incorporado directamente un ajuste para tener en cuenta la mezcla de casos o "case mix" (o la gravedad de la enfermedad del paciente).

Estas subagrupaciones producen datos de indicadores de interpretación más fácil para los usuarios. Por ejemplo, los hospitales y profesionales participantes en la atención de

una elevada proporción de pacientes sometidos a derivación coronaria electiva, primaria, aislada esperarían tener una tasa general de mortalidad posoperatoria por esa causa inferior a la observada por los hospitales y profesionales dedicados a la atención de una gran parte de los pacientes con compromiso cardíaco clínico que necesitan una derivación coronaria de urgencia, subsiguiente, aislada.

La lógica del acopio de datos del indicador se refiere a la secuencia de la agregación de elementos de información por medio de la cual identifica el indicador los eventos señalados en el numerador y el denominador.

Los términos usados en el indicador se traducen a elementos de información concretos y las fuentes de datos correspondientes se determinan según los elementos que puedan recuperarse (véase el Cuadro 13). La lógica del acopio de datos del indicador relativo a "pacientes con traumatismos con diagnóstico de hemorragia cerebral extradural o subdural sometidos a craneotomía más de cuatro horas después de llegar al departamento de emergencias" explica este proceso (véase el Cuadro 14).

El último elemento del conjunto de datos del indicador es una delineación de los posibles factores básicos que explican la variación de esos datos y, con ello, las actividades directas de mejoramiento de la calidad.

Tres grupos de factores pueden explicar esas variaciones y guardan relación con los pacientes, profesionales y sistemas institucionales.

CUADRO 13

Elementos y fuentes de información del indicador de la mortalidad postoperatoria por derivación coronaria

Elementos	Fuentes
1. Tiempo del procedimiento en el quirófano	Informe/registro de la operación o registro de anestesia.
2. Causa de defunción en los de documentos de egreso	Portada de los registros médicos, certificado defunción o nota de evolución del médico.
3. 36.10-36-19 de la ICD-9-CM	Informe de la operación, portada de los registros médicos, resumen de egreso, interrogatorio/examen físico o notas de evolución del médico.
4. Nota de derivación coronaria previa	Interrogatorio/examen físico o notas de evolución del médico.
5. Procedimiento de urgencia/electivo	Programa del quirófano, informe de laboratorio del cateterismo, informe del quirófano o notas de evolución del médico.

Los factores relacionados con el paciente incluyen:

- la gravedad de la enfermedad (factores relacionados con la gravedad de la enfermedad o su estado antes del tratamiento y que pueden influir en la frecuencia del evento identificado por el indicador);
- la comorbilidad (factores de morbilidad, no intrínsecos a la enfermedad primaria, que pueden influir en la

frecuencia del acontecimiento identificado por el indicador);

- otros factores (factores distintos de los de morbilidad, que pueden influir en la frecuencia del acontecimiento, como la edad, el sexo y la negación del consentimiento).

Ninguno de los factores identificados suele estar dentro de la capacidad de control de la organización ni del profesional.

CUADRO 14

Lógica del acopio de datos del indicador de "pacientes con traumatismos con diagnóstico de hemorragia cerebral extradural o subdural sometidos a craneotomía más de cuatro horas después de llegar al Departamento de Emergencias".

Elementos	Fuentes
1. Paciente con traumatismos = sí	
y	
2. Diagnóstico de egreso = hemorragia cerebral extradural o subdural (852.2 a 852.5)	2. Portada de los registros médicos Sistema de facturación Registro del Departamento de Emergencias
y	
3. Procedimientos = craneotomía (1,24 [excluida la trepanación solamente] y 02.02)	3. Portada de los registros médicos Informe del quirófano Sistema de facturación Registro del Departamento de Emergencias
y	
4. a. Hora de iniciación de la craneotomía	4a. Registro preoperatorio Registro de anestesia
menos (-)	
b. Hora de llegada al departamento de emergencias > 4 horas	4b. Registro del Departamento de Emergencias Hoja de recorrido de la ambulancia
5. Subclasificado según:	
a. paciente < 18 años	5a. Portada de los registros médicos Registro del Departamento de Emergencias
b. paciente > 18 años	5b. Portada de los registros médicos Registro del Departamento de Emergencias

Los factores relacionados con los pacientes pueden reflejarse en los datos del indicador. En el Cuadro 15 se presentan ejemplos de esos factores en el indicador de mortalidad posoperatoria por derivación coronaria.

Esos factores suelen ser explicaciones aceptables de las variaciones de los datos del indicador. Sin embargo, debe haber una delineación clara de los "factores relacionados con los pacientes" para evitar una mala interpretación de los datos, es decir, atribuir los datos imprevistos del indicador únicamente a los factores de esa índole que están fuera del control de las organizaciones y los profesionales, cuando de hecho las causas que afectan a estos y a aquellas también producen variaciones.

Además, a veces, los factores relacionados con los pacientes pueden ser modificados por el profesional o la organización. Por ejemplo, es posible reducir el número de casos de negación del consentimiento dando más información a los pacientes.

Los factores relacionados con los profesionales que influyen en las variaciones de los datos del indicador suelen ser controlables y, en realidad, se someten a un minucioso proceso de vigilancia. Como pueden controlarse, ofrecen normalmente oportunidades de

mejoramiento (por ejemplo, educación y asignación de responsabilidades distintas).

Los factores institucionales pueden influir en determinados aspectos de la atención de los pacientes o en la capacidad general de prestación de servicios que tienen los dispensadores de asistencia directa.

Estos factores señalan a menudo oportunidades de mejoramiento del sistema (de los sistemas) en el proceso de prestación de asistencia sanitaria, que puede entrañar el trabajo de varias personas.

Por ejemplo, un indicador que señale una oportunidad de mejoramiento de la competencia de cada profesional puede subrayar también la necesidad de que la organización mejore sus sistemas de otorgamiento de credenciales y educación continua. En ese caso, las estrategias de mejoramiento fructíferas pueden exigir educación o asignación de responsabilidades distintas a cada profesional, así como mejoramiento de los dos sistemas citados.

Los factores institucionales suelen ser controlables y también son objeto de un minucioso proceso de vigilancia. Al igual que los relacionados con los profesionales, de ordinario presentan oportunidades de mejoramiento (por ejemplo, reforma de ciertos procedimientos institucionales).

CUADRO 15

Posibles factores básicos relativos a los indicadores de mortalidad postoperatoria por derivación coronaria

Factores relacionados con los pacientes

1. Gravedad de la enfermedad: disfunción del ventrículo izquierdo, reciente infarto de miocardio, coronariopatía izquierda y caso de urgencia.
2. Comorbilidad: segunda forma de cardiopatía orgánica, antecedentes de casos graves de arritmia, diabetes insulínica, cardiopatía congestiva, vasculopatía periférica y coagulopatía previa.
3. Otros factores, edad, tabaquismo, sexo, superficie corporal menor de 0,8 y mayor de 2,0, y alcoholismo.

Factores relacionados con los profesionales

Calidad de la anestesia, derivación coronaria prolongada, muy pocas derivaciones coronarias al año, suficiente experiencia del técnico en perfusión certificado, mal control de la arritmia, revascularización incompleta, selección de pacientes y fecha escogida para la cirugía e idoneidad del especialista en terapia respiratoria.

Factores institucionales

Deficiencias de comunicación interdisciplinaria, escasez de personal, imprecisión de los resultados de los análisis de laboratorio, vigilancia y mantenimiento de equipo, falta de suministros, disponibilidad de médicos expertos después de la cirugía e idoneidad del proceso de otorgamiento de credenciales al personal médico.

Aspectos técnicos de la preparación del conjunto de datos del indicador

Varios aspectos técnicos de la preparación del conjunto de datos del indicador afectan su coherencia y claridad. Comprenden los siguientes:

- Todos los indicadores deben redactarse en plural (es decir, "pacientes" en lugar de "paciente").
- Los indicadores señalan eventos y en la redacción debe indicarse eso (por ejemplo, "pacientes con traumatismos que murieron en las 48 horas siguientes al ingreso y sometidos a autopsia", en lugar de "porcentaje de autopsias de los pacientes con traumatismos que murieron en un lapso de 48 horas").
- Los términos explicados en la sección sobre "definición de términos" del formulario de establecimiento de indicadores deben volver a enunciarse exactamente y en el mismo orden en que aparecen en la descripción del indicador.
- El numerador y el denominador que figuran en la sección de "descripción de la población del indicador" deben explicarse como el "número de eventos de interés (es decir, el número de pacientes a quienes les ocurrió el acontecimiento del indicador)".
- La redacción del numerador debe tomarse directamente de la descripción del indicador y la del denominador será distinta porque incluye a una población más numerosa.
- La racionalidad debe explicar específicamente el proceso o resultado que se pretende evaluar con el indicador.

Puntos sinópticos

Características de los indicadores

Los indicadores de desempeño son instrumentos empleables como guía para vigilar y evaluar la calidad de importantes funciones directivas, administrativas, clínicas y de apoyo. Tienen varias características importantes:

- Los indicadores no son medidas directas de calidad. Más bien, son medidas seguras y válidas empleables para evaluar importantes asuntos institucionales y relacionados con el desempeño de los profesionales.
- Hay dos clases de indicadores: los basados en tasas y los de eventos centinela. Los primeros permiten evaluar un evento en casos en que una determinada proporción de los acontecimientos ocurridos representa atención prevista. Por consiguiente, hay que investigar más cuando la proporción en que ocurre un evento adquiere importancia o se descubren ciertas tendencias o patrones en los datos. Los indicadores de eventos centinela permiten evaluar acontecimientos "graves" que exigen más investigación de cada caso.
- Los indicadores pueden proporcionar claves útiles sobre los resultados de los procesos clínico, administrativo y de otra índole (por ejemplo, con qué grado de eficacia, corrección y eficiencia se realizan).
- Los indicadores pueden servir para evaluar un estándar de proceso o un resultado de la atención. Los mejores indicadores de procesos evalúan los eventos o actividades estrechamente vinculados a los resultados obtenidos por los pacientes. Los indicadores de procesos y resultados pueden permitir la evaluación de un evento conveniente o no.

□ Para ser útiles, los indicadores deben tener un grado razonable de fiabilidad y validez.

□ La elaboración de un conjunto de datos específicos del indicador amplía su utilidad.

Ensayo de los indicadores

□ Se necesita un período de ensayo oficial de los indicadores porque el mejoramiento de su fiabilidad y validez antes de la introducción oficial ampliará su utilidad y valor para las organizaciones.

□ La evaluación de la fiabilidad de los indicadores es el proceso de cuantificación de la exactitud con que se identifican los acontecimientos del indicador en todos los casos pertinentes. La evaluación de la validez de los indicadores es el proceso de cuantificación de la medida en la cual señalan los indicadores los eventos que merecen análisis más detallado.

□ Un indicador puede ser fiable sin ser válido. No obstante, los problemas de fiabilidad de los indicadores pueden afectar gravemente su validez. Las evaluaciones de validez de los indicadores basados en tasas son más complejas que las de los de eventos centinela.

Uso de indicadores

□ Es evidente la necesidad de tener suficientes recursos para apoyar el establecimiento y empleo de indicadores. Esto comprende actividades relacionadas con educación y adiestramiento, asignación de tiempo de trabajo, computadoras y programas de informática, sistemas internos de gestión de la calidad y personal.

□ Hay muchas clases de métodos de medición y evaluación del desempeño. Las organizaciones deben determinar qué debe medirse, es decir, cuáles son las preguntas más importantes que cabe responder antes de adoptar, adaptar o establecer indicadores. Se puede aprovechar una creciente base de recursos externos.

□ En las etapas iniciales de la medición del desempeño, el número de medidas debe ser limitado; los usuarios deben convertirse en amos, no en esclavos, de los datos.

□ Un banco central de datos es un recurso importante y útil para apoyar la gestión, el análisis y el empleo de datos sobre el desempeño. Esos bancos de datos, ya sea que correspondan a una organización o a un grupo de ellas, ofrecen un marco para evaluar el desempeño en un momento dado, proyectar tendencias y hacer análisis con el tiempo. Las organizaciones han creado varios métodos para atender las necesidades de información.

□ Puesto que el uso de indicadores en el campo de la atención de salud es nuevo para muchas organizaciones, hay poca experiencia colectiva en la interpretación de datos (es decir, ¿qué significan estos datos para nuestra organización?). La honradez intelectual y el claro intento de la organización de usarlos constructivamente son requisitos previos para su análisis e interpretación productivos.

□ Los indicadores y los datos no son fines en sí, sino más bien medios para llegar a un fin (es decir, buscar oportunidades de mejorar la atención). Se debe realizar una acción fructífera cuando la interpretación de datos lleva a identificar campos de desempeño en que la atención puede y debe mejorar.

□ El uso de indicadores para evaluar la calidad de la atención de los pacientes es un concepto que hace pensar a muchos dispensadores y administradores de asistencia sanitaria. Es importante prever diversos grados de aceptación inicial y formular estrategias para fomentar la participación directa de los usuarios en el proceso.

En el apéndice B se enumeran los indicadores establecidos por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos para uso en los hospitales en 1995.

Pautas de atención clínica y rutas críticas

Las pautas de atención clínica son explicaciones de procesos de atención profesional apropiados que se han derivado de investigaciones empíricas o consenso profesional. No son indicadores de resultados, pero pueden emplearse como instrumentos para hacer un examen colegiado de casos particulares de resultados adversos, evaluar la idoneidad de la cirugía o de otros procedimientos invasivos y ayudar a establecer indicadores de proceso de calidad para actividades de vigilancia y evaluación y como puntos de referencia para examinar la conveniencia del uso de servicios auxiliares.¹⁶

Empleadas debidamente, las pautas de atención clínica, llamadas también pautas para la práctica, pueden reducir la variación de esta y, por ende, el costo para los dispensadores de asistencia individualmente o en grupos y las organizaciones de atención de salud, mejorar los resultados clínicos y dar más satisfacción a los clientes externos e internos.¹⁷

El apéndice C contiene parte de las pautas para el diagnóstico y tratamiento del asma formuladas por el programa nacional de edu-

cación para el asma y publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos.

Jody Cook, funcionaria del Hospital de la Fundación Kaiser, describe el proceso de establecimiento y ejecución de un programa de rutas clínicas. Las rutas clínicas son descripciones prácticas de la atención que deben recibir los pacientes con ciertos síntomas y diagnósticos. Según ella, comienza con un compromiso manifiesto de los dirigentes de la organización.

Para que un programa de rutas clínicas tenga éxito, los médicos y los servicios clínicos deben participar en todas las etapas de establecimiento y ejecución del programa.

Es preciso formar un equipo con un administrador experto. Un órgano supervisor debe seleccionar y arreglar por orden de prioridad las diversas clases de diagnóstico para establecer la ruta clínica. La decisión debe basarse en varios factores:

- la facilidad relativa de establecer la ruta clínica;
- un gran volumen de casos;
- los casos en que el período de hospitalización es mayor que el establecido como referencia;
- los casos en que se han descubierto importantes variaciones en la práctica;
- los casos con un alto riesgo de resultados adversos;
- una disposición a formar grupos interfuncionales para establecer una ruta clínica.

El equipo necesita determinar si empleará las pautas o los parámetros para la práctica establecidos como marco para su propio programa de rutas clínicas. En el ámbito nacional de los Estados Unidos, varias organizaciones profesionales médicas han formulado muchas pautas para la práctica

basándose en información corriente en la que se integran los resultados de investigaciones pertinentes y la competencia clínica del caso.

El equipo necesitará determinar los mejores métodos de divulgación de las pautas, educar a los usuarios y determinar hasta qué punto se siguen y cuál es su efecto en la atención de los pacientes. Conviene modificar la ruta clínica cuando se estime necesario.

A continuación se describe con detalles el proceso de establecimiento de rutas clínicas.¹⁸

Proceso de establecimiento de rutas clínicas

Primera semana

Primera reunión:

- presentaciones;
- análisis de funciones;
- discutir la finalidad del grupo;
- el grupo accede a establecer reglas básicas para asegurar el éxito;
- analizar el proceso de establecimiento de rutas clínicas;
- dar ejemplos de rutas existentes;
- analizar la información comparativa para el diagnóstico o procedimiento escogido como objetivo;
- asignar la responsabilidad del acopio de datos (reglamentos, protocolos, normas de atención, publicaciones de las mejores prácticas para un diagnóstico determinado, utilización diaria de recursos) para la próxima reunión;
- fijar la hora y escoger el lugar para las reuniones semanales;
- redactar y aprobar actas;

- evaluar la reunión;
- distribuir las actas antes de la próxima reunión.

Segunda semana

El equipo termina de recibir enseñanzas sobre acción (una sesión de 4 horas o dos de 2 horas).

Tercera semana

Analizar los datos acopiados.

Semanas tercera a decimatercera

- producir resultados clínicos multidisciplinares;
- cuestionar todas las actividades, prácticas y asuntos a partir de los resultados deseados;
- preparar un organigrama del proceso corriente;
- redactar el marco de referencia de la ruta;
- cuestionar todas las intervenciones a partir de los resultados deseados;
- compilar una lista de intervenciones cuestionables;
- asignar miembros del equipo para aclarar asuntos con las personas correspondientes;
- aclarar las intervenciones cuestionables;
- lograr un acuerdo para eliminar de la práctica las intervenciones sin valor manifiesto;
- compartir los hallazgos y resultados con el equipo;
- revisar los reglamentos y protocolos de la ruta de acuerdo con la nueva práctica.

Subcomité del proceso operativo

- evaluar los asuntos relativos a los sistemas multidisciplinarios a partir de los problemas señalados en el organigrama del proceso clínico;
- enumerar los asuntos que obstaculizan el proceso, señalados por el comité de procesos clínicos;
- escoger un asunto concreto para tratarlo;
- determinar las causas fundamentales del asunto;
- buscar datos para respaldar las causas señaladas;
- registrar la frecuencia del problema;
- registrar la importancia del problema;
- concentrarse en las causas fundamentales de máxima frecuencia o importancia;
- informar de los progresos los administradores de líneas de servicio y de zona;
- preparar un plan de acción o enviar el asunto al grupo correspondiente;
- negociar el nuevo diseño de los servicios;
- recomendar soluciones;
- hacer un análisis de costo-beneficio;
- escoger una solución;
- presentarla al defensor del asunto o a una persona homóloga.

Decimacuarta semana (Se reúne de nuevo todo el Comité)

Modificar la ruta para incorporar todos los cambios de la práctica.

Decimaquinta semana

Buscar un plan en servicio para comenzar a usar la ruta. Elección de una fecha piloto.

Décimasexta semana

- comenzar a usar la ruta;
- informar de los progresos los administradores de líneas de servicio y de zona;
- determinar el tamaño de muestra de los exámenes del cuadro de la ruta y de los de la unidad de gestión de la calidad;
- establecer indicadores mensurables de los exámenes del cuadro de la ruta con el aporte de los de la unidad de gestión de la calidad;
- establecer indicadores mensurables de los exámenes de la unidad de gestión de la calidad.

Semanas decimaséptima a decimoctava

- determinar el formato del análisis de la ruta;
- determinar la forma en que se resumirán los datos acopiados;
- determinar quién se encargará de analizar y acopiar datos;
- determinar el plazo para los análisis;
- acopiar datos;
- determinar si la varianza afectó, puede haber afectado o no afectó al resultado.

Cuatro meses

- presentar los datos acopiados al equipo;
- ¡Celebrar!

Cinco meses

El equipo analiza la revisión de muestra y la comparte con el personal.

- modificar la ruta, si procede;
- modificar la práctica clínica, si procede;
- determinar qué indicadores necesitan seguimiento o supresión, si ya no son procedentes.

Seis meses

- determinar los controles de medición vigentes (por ejemplo, informes mensuales de DSS para mostrar la situación existente);
- compartir esa información con los empleados, los administradores de líneas de servicio o de zona y otras zonas;

- analizar la ruta un vez al año, como mínimo;
- ¡Celebrar!

Las rutas críticas son similares a las clínicas. Las primeras proporcionan los detalles de la atención diaria de un diagnóstico determinado. Son una guía de los patrones terapéuticos acostumbrados y permiten ver un panorama completo. La ruta no sustituye las órdenes del médico, que necesita cada paciente.²⁰

En el Hospital General de Mount Clemens en Michigan se realizó un proyecto de veintidos meses para establecer una ruta crítica para la derivación coronaria sin complicaciones. En los Cuadros 16 y 17 se presenta parte de la ruta crítica.

CUADRO 17 (Cont.....)

Tratamientos		Estatura/peso precisos Afeitada/preparación O ₂ nasal	C. cateter arteria pulmonar C. línea A C. Monit. cardíaco OXP Bomba intraaórtica Intub/ventilador Preparación Lienzos Crg/deriv. corona. Autotransfusión Tubos/torácicos Cables marcapasos Cobija térmica Apósitos	Peso en la cama Ejercicios de tos y respiración profunda iniciado por la enfermera Exm. del apósito Ventilador Terapia respirat. Autotransf. OXP Vig. hemodinámica Tubos torácicos Marcapasos reserva Cobija térmica	Desconexión gradual del respirador/extub. al cabo 12 hrs. Espirometría con incentivo Fisioterapia torácica Peso 06.00 Oxigenoterapia Cambio apósito Ejerc. de tos y resp. profunda Monitorización cardíaca	OXP según se necesite Peso 06.00 Observ. de la incisión Retirar apósitos antes del traslado Exm. para quitar tubos torácicos las líneas del marcapasos Monit. cardíaca Oxigenoterapia según el PRO.TR	Peso 06.00 Observ. de la incisión Monit. cardíaca Oxigenoterapia según el PRO.TR	Peso 06.00 Observ. de la incisión Monit. cardíaca	Peso 06.00 Observ. de la incisión Monit. cardíaca
Medicamentos	Confirmación disponibilidad de sangre de donación autóloga, si se lo pide	Colocar dos venoclisis Antibt. profilác. preoperatorio	Sedación con anestesia Hemoterapia	Venoclisis Med. intraven. Vasoconstric. Sedación posop.	Anlg. intrav. Hemoterapia Vasoconstric. Sedación posop.	Receta analgésico intramuscular para dolor posop Retirar línea intravenosa principal, una línea periférica Med. rutina	Medic. rutina Cambio a cierre heparínico Medicamentos posoperat.	Medic. rutina Retirar el cierre heparínico Medicamentos posoperat.	Medic. rutina Medic. posoper.
Actividad		Reposo absoluto en cama	Reposo absoluto en cama	Reposo absoluto en cama	'Paciente se sienta en silla Rehab. cardíaca Rehab. pulmonar	Ambul. en el cuarto con ayuda Rehab. cardíaca Rehab. pulmonar	Ambul. en el corredor Rehab. cardíaca	Ambulación en el corredor Rehab. cardíaca/ Monit. telemetría	Ambulación en el corredor Ducha Rehab. cardíaca/ Monit. telemetría
Dieta		Nada por la boca	Nada por la boca	Nada por la boca	Líqs. claros antes extub., luego hasta 4 mg. de Na, dieta baja colest. de Asoc. EUA del Corazón (AHA)	4 mg. de Na, Asoc. EUA del Corazón (AHA)	4 mg. de Na, Asoc. EUA del Corazón (AHA)	4 mg. de Na, Asoc. EUA del Corazón (AHA)	4 mg. de Na, Asoc. EUA del Corazón (AHA)

OBSERVACIÓN : Los resultados preliminares obtenidos en el Hospital General Mount Clemens indicaron una menor tasa de complicaciones en los pacientes atendidos con arreglo a la ruta crítica. Los datos revelaron una tasa de complicaciones de 5% (1 de 20 pacientes) al seguir la ruta crítica y una de 16,6% (4 de 24) en el caso contrario.

T = tiempo, R = recuento, R.SC = recuento sanguíneo completo, EAI = exámenes antes de ingreso, RDG = radiografía, PO = Programa de operaciones, FC = Fecha de cirugía, Q/DC = quirófano/día de la cirugía, C = colocar, NiU en SC = Nitrógeno uréico en sangre creatinina, UCI = unidad de cuidados intensivos, SVP = signos vitales posoperatorios, OXP = oximetría de pulso, ECG = electrocardiograma, PRO.TR = Protocolo de terapia respiratoria.

Naturaleza de los datos cuantitativos: Conceptos estadísticos básicos

La tendencia actual en los programas de mejoramiento de la calidad es ir más allá de las evaluaciones individuales por cuadros y utilizar datos agregados de manera objetiva y válida.

Un enfoque cuantitativo sistemático y válido, para ser importante y útil, debe basarse en los conceptos y métodos estadísticos. Un entendimiento básico de los métodos cuantitativos y la gestión de información son ahora requisito para todos los que participen en la evaluación de la calidad de la atención al paciente. Tienen que conocer cómo se transforman los datos en información.

Es importante destacar que no es necesario que los profesionales de la salud dominen la terminología de estadísticas y los aspectos técnicos de una prueba. Por lo general, es suficiente tener sentido común y un entendimiento básico de los conceptos principales.

Las mediciones se basan en los siguientes conceptos básicos:

- población y muestra;
- técnicas de muestreo de probabilidad (simples, estratificadas y sistemáticas);
- técnicas de muestreo con ausencia de probabilidad (de conveniencia, con propósito y cuotas).

Estos conceptos son bien conocidos y comenzamos con la definición de datos.

No es posible realizar una medición exacta sin una *definición precisa de los datos* que deben ser recopilados. Por ejemplo, la

medición del regreso no programado a la sala de operaciones no puede ser importante y útil sin una definición precisa de lo que significa "no programado", el entorno (sala de emergencia o de operaciones) o el plazo de tiempo, etc.

La confiabilidad de los datos se refiere a si la medición da el mismo resultado cuando se repite, inclusive con diferentes observadores. Por ejemplo, la medición de un regreso no programado a la sala de operaciones es confiable si el mismo observador revisa el mismo caso en otro momento y llega a la misma conclusión, cuando la misma medición se usa consecuentemente con otros casos, cuando un observador diferente revisa el mismo caso y llega a la misma conclusión.

La confiabilidad de los datos no garantiza que estos sean exactos. Se debe tener en cuenta la validez, es decir que la medición en realidad mida lo que se quería medir. Por ejemplo, el regreso no programado a la sala de operaciones indica la calidad de la atención y por lo tanto es una medición válida.

La medición es exacta cuando indica la calidad, si esta existe (sensibilidad) y cuando indica su ausencia cuando esta no existe (especificidad).

La sensibilidad es la capacidad de la medición para indicar verdaderamente que una característica esté realmente presente. Se dice que da un falso positivo cuando indica esa presencia incorrectamente.

La especificidad es la capacidad de una medición de verdaderamente señalar la

ausencia de una característica, cuando en realidad esté ausente. Se dice que da un falso negativo cuando indica una ausencia de manera incorrecta. Cuando se eliminan los falsos positivos y los falsos negativos, el efecto del resultado combinado de sensibilidad y especificidad se llama valor predictivo de la medición. La sensibilidad, especificidad y el valor predictivo cuantifican la exactitud de la medición de calidad.*

Para la evaluación de calidad necesitamos mediciones de resultados y la capacidad de hacer comparaciones (por ejemplo, entre histerectomías realizadas en dos hospitales similares). No se pueden utilizar números sin procesar para poder lograrlo, se debe transformarlos para darle relevancia y utilidad, en estadísticas de proporción: tasas y razones.

Una tasa o índice es la frecuencia con la que ocurre un evento en relación a cualquier grupo de referencia. Por ejemplo, la tasa de infecciones contraídas en hospitales puede ser simplemente calculada como una proporción en un grupo de interés, que podría ser el número total de infecciones que ocurren en el hospital. Si se divide el número de infecciones contraídas en el hospital por el número de infecciones y se le multiplica por cien, se obtiene el número de infecciones contraídas en el hospital por cada cien infecciones. La tasa debe calcularse dentro de un plazo de importancia (por ejemplo, un año), en referencia a un grupo de importancia o de riesgo (por ejemplo, todas las infecciones que ocurran en el hospital) y un lugar específico (por ejemplo, el hospital A).

* En la última parte de este Manual hemos preparado un glosario con los más comunes términos utilizados actualmente en el "idioma de la calidad".

Una razón compara dos tasas en dos momentos diferentes. Por ejemplo, si la tasa de infecciones contraída en hospitales fue del 15% en el hospital A en 1990 y del 10% en 1993, la comparación se puede expresar en una razón. La razón de esas dos tasas (15 dividido por 10) es 1,5, lo que significa que hubo una caída del 50% en las infecciones contraídas en hospitales.

Una de las aplicaciones de las tasas es la obtención de una media, con un promedio de tasas de los diferentes hospitales para el mismo período de tiempo o el promedio en un hospital para diferentes períodos. Esta media de muestra luego se utiliza como punto de referencia para comparar y contrastar todas las tasas.

Cuando la comparación indica una desviación de la media de muestra, la desviación o variabilidad se mide con una estadística llamada desviación estándar. Cuanto más alta sea la desviación estándar, mayor será la variabilidad y menos representativa será la media de las tasas de los hospitales por separado. La desviación estándar es extremadamente importante en el análisis comparativo: cuando las tasas son uniformes, la desviación estándar es baja; cuando varían mucho, la desviación estándar es alta.

La comparación de tasas tiene un propósito importante, que es determinar cuanto varían de la tasa más común o esperada. Dos métodos estadísticos se pueden utilizar para determinar dicha desviación. El primero es el de la prueba de *ji* cuadrado, que calcula la distancia entre los diferentes eventos comparados con la tasa esperada. Esta prueba es muy usada por ser tan simple.

El análisis de regresión como análisis multifactorial nos permite evaluar los efectos de los numerosos factores en una medida de calidad. Por ejemplo, la tasa de infecciones contraídas en hospitales puede ser influencia-

da por el tipo de paciente en riesgo, el número de médicos con licencia, el estado de las instalaciones, etc. El análisis de regresión ayuda a determinar cuánto efecto han tenido cada una de estas variables independientes en la infección contraída en el hospital, la variable dependiente.

La transformación de datos a información

Los datos recopilados por los investigadores deben ser transformados en datos de importancia que pueda utilizar el equipo de garantía de la calidad. Los siguientes pasos son importantes en este sentido:

Comunicación de los resultados

Una vez que los datos hayan sido verificados y analizados deben ser presentados a un grupo que garantice la calidad, aunque tal vez no domine el campo de las estadísticas. Por lo tanto, la cantidad total de datos recopilados y manipulados tienen que ser presentados en forma compacta, utilizando materiales visuales que sean claros, comprensibles y que se concentren en los nuevos resultados. Entre los posibles tipos de materiales visuales a usar están los siguientes:

- Flujogramas utilizados para descripciones de procesos.
- Diagramas de causa y efecto utilizados para hacer sugerencias que influyan los resultados.
- Cuadros de tendencias que ayuden a examinar las tendencias con el pasar del tiempo.

- Histogramas utilizados para medir la frecuencia de eventos.
- Cuadros de control que ofrezcan límites máximos y mínimos para un promedio.
- Diagramas de puntos para establecer la relación entre dos variables.
- Cuadros de barras para determinar prioridades.

Identificación de las áreas a ser mejoradas

Antes de integrar los nuevos datos a un programa continuo de garantía de la calidad se debe determinar claramente que es lo que los datos representan o no. Concéntrese en el monitoreo de los datos que están particularmente relacionados con la calidad. Considere si los datos son imperfectos, si se utilizó un modelo con sesgos o incompleto, y si la variación es accidental. Identifique las áreas para la revisión de calidad que más se alejen del objetivo deseado o que son estratégicamente importantes.

Elaboración e implementación de un plan a seguir

Para poder aprovechar al máximo el uso continuo de la información se debe formalizar un plan para darles seguimiento a los resultados. Se debe seleccionar un equipo de proyecto que incluya representantes de todos los departamentos y niveles relevantes y aprovechar su participación en la planificación e implementación. Se debe mantener informado al personal sobre el proceso de implementación.

Inclusión de cursos de capacitación dentro del plan

Todos los departamentos deberán participar en los cursos de capacitación y estos deben servir para instruir al personal sobre la naturaleza de la recopilación de datos, los resultados, la implementación del plan, los plazos, y los aspectos éticos y jurídicos.

Dado que varias fuerzas externas están exigiendo evaluaciones sobre el desempeño

de las instituciones, muchas de estas han comenzado a implementar proyectos de monitoreo de calidad basándose en los indicadores objetivos de su desempeño.

Es importante que se haga hincapié en lograr un entendimiento sólido de los instrumentos y medidas cuantitativas en el diseño de proyectos que supervisan la calidad y utilizan los resultados para implementar los programas para mejorar dicha calidad.

El rol de las computadoras en el mejoramiento de la calidad*

El mejoramiento continuo de la calidad, que es una metodología específica para la evaluación y mejoramiento en las instituciones sanitarias, depende de decisiones tomadas basadas en los datos obtenidos con instrumentos estadísticos y no estadísticos. Las computadoras se han convertido en el campo de la medicina moderna, en el único medio factible de administrar un programa de mejoramiento de la calidad basado en datos. Una institución sanitaria debe tener fácil acceso a las fuentes de datos para tomar decisiones para propósitos no solo internos, sino también para satisfacer las exigencias de partes externas como organismos de acreditación, de regulación, y terceras partes que reembolsen gastos.

Este capítulo trata con los siguientes temas:

- Cómo un sistema de información computarizado ayuda al monitoreo y al mejoramiento.
- Cómo se debe seleccionar un sistema computarizado.
- Cuáles son las funciones de un software para la evaluación de calidad.
- Cómo implementar un sistema computarizado de monitoreo.

Sistemas de información computarizados y evaluación de calidad

Las aplicaciones de las computadoras son útiles en varias áreas de los SILOS: la administración de pacientes internados y no

internados, mantenimiento preventivo, gestión de riesgos, farmacia, servicios alimentarios, expedientes médicos, revisión de la utilización, gestión de inventario y todos los aspectos de las aplicaciones financieras (facturación, contabilidad, libro mayor, etc.).

Un sistema computarizado simplifica la logística para encontrar a los pacientes en la institución y ayuda a tomar decisiones clínicas y no clínicas pertinentes a la atención médica. La administración de pacientes mejora con un sistema computarizado porque este centraliza eficientemente la información sobre los mismos:

- internación;
- servicios a pacientes no internados;
- seguimiento médico;
- expedientes médicos;
- facturación.

Se pueden ingresar datos, actualizar archivos y corregir información rápidamente.

La revisión de utilización se ve favorecida por un sistema computarizado, porque puede proporcionar informes detallados y resumidos para todas las etapas del tratamiento del paciente. Se puede mantener el expediente del paciente, encontrarlo y buscarlo, obtener información en su historial, alertar al médico sobre cuadros incompletos y producir índices de enfermedades, médicos, intervenciones y combate a las infecciones.

Los sistemas de gestión de riesgos hacen hincapié en la prevención de daños y la reducción de pérdidas económicas, al

* Para mayores informaciones sobre sistemas de información véase el Manual No. 8 de esta Serie.

recopilar y evaluar información sobre eventos no deseados, cumplimiento de los estándares y funciones clínicas y administrativas. Un sistema computarizado registra los datos pertinentes para cada paciente: datos sobre el incidente, como lugar, fecha y hora, quiénes estuvieron involucrados y la causa. El informe enumera los incidentes no deseados por unidad de servicio y proporciona tendencias con el correr del tiempo. Los informes detallados también quizá se concentren en tipos específicos de incidentes.

Un sistema computarizado también tendrá gran influencia en la calidad de la atención médica, ya que puede reducir el número de pedidos no satisfechos, eliminar la duplicación de pedidos, mejorar la disponibilidad de resultados de pruebas, proporcionar asistencia clínica por medio de algoritmos y listas de verificación, hacer disponible la información sobre diferentes medicamentos y reducir los errores que ocurren debido a la mala transcripción, comunicación inadecuada y mala ejecución de pedidos que puede resultar en la dosis equivocada, etc. Una mejor disponibilidad de resultados de pruebas puede ayudar a cambiar los hábitos de ciertos médicos y a reducir el período de hospitalización.

La computarización, por lo tanto, no solo ayuda a la revisión de utilización, sino que asiste a la evaluación de calidad al mejorar la administración de los pacientes y de riesgos y el criterio clínico.

Selección de un sistema computarizado

Debe quedar claro que las computadoras solo son un complemento para tomar decisiones y resolver problemas, pero no pueden substituir a un proceso defectuoso.

Las pequeñas instituciones que tal vez tengan una muy buena dirección y que reco-pilen y analicen datos bien de manera manual, no deben sentirse presionadas para invertir en un costoso sistema de computadoras. La decisión sobre computarizar las operaciones de datos de una institución sanitaria, por lo tanto, debe depender del buen conocimiento de los problemas y necesidades de la institución.

Existen tres técnicas computarizadas que son útiles para la evaluación de calidad:

- La primera es la administración de la base de datos, que es un sistema para crear y actualizar archivos de la administración y evaluación de la calidad.
- La segunda técnica es el uso de instrumentos estadísticos para describir y analizar los datos, de los cuales hay dos tipos en la gestión de la calidad. El primer tipo de instrumentos es usado en las estadísticas descriptivas, las que proporcionan información como frecuencias, promedios, medias, etc., sobre asuntos o eventos de importancia para la evaluación y el mejoramiento de la calidad. El segundo tipo, las estadísticas analíticas, proporcionan tendencias y patrones sobre esos mismos asuntos y eventos por medio de mediciones correlacionales y de otros tipos.
- La tercer técnica es la manera en que la computadora puede asistir a los médicos clínicos para tomar decisiones. La computadora puede producir, para este fin, listas y algoritmos, que son muy útiles para alertar a los profesionales sobre los factores importantes que deben tenerse en cuenta al tomar decisiones clínicas.

Una vez que una institución sanitaria ya haya decidido computarizar sus fuentes de datos, el próximo paso será decidir si se va a instalar una sistema para toda la institución o si va a estar basado en cada unidad.

Un sistema único para toda la institución requiere de una cuidadosa planificación, un sistema a gran escala, y exige la integración de varios tipos de funciones en la organización. También requiere la coordinación de datos sobre el paciente, tales como la fecha de internación, servicios clínicos, farmacia, laboratorio, servicios alimentarios, contabilidad, etc.

Por otra parte, si la institución se inclina por un sistema computarizado por unidad, la decisión es relativamente más simple, ya que no hay que tratar con la integración de toda la institución.

Si una institución no quisiera instalar su propio sistema puede apuntarse para un sistema por suscripción. En un sistema de este tipo la institución deberá enviar los datos de salud hacia una computadora central que generará el análisis e informes necesarios. Un sistema de este tipo es caro, se concentra más en los datos y tal vez también en los aspectos clínicos. Al mismo tiempo, sin embargo, un sistema por suscripción produce datos comparativos sobre otras instituciones, lo que podría ser muy útil en términos administrativos y de garantía de la calidad.

Un sistema basado en la computadora personal, también le permite a una institución utilizar una red de área, comunicarse con una computadora central (mainframe) y ejecutar software integrado.

Revisión de software y calidad

Un sistema computarizado para la salud puede asistir en el monitoreo de la calidad, para lo que se debe seleccionar un programa de revisión que identifique cómo varía la atención al paciente de los estándares requeridos en tres áreas.

□ Primero, necesita variación en la atención en cuanto a la necesidad médica (por ejemplo, cirugía, transfusiones de sangre, uso de drogas, etc.).

□ Segundo, debe considerar la variación en la gestión médica (por ejemplo, un tratamiento adecuado, consulta, medicación, etc.).

□ Tercero, debe buscar las variaciones en las complicaciones médicas (por ejemplo, un regreso no programado a cirugía, una recuperación prolongada, etc.).

Toda institución sanitaria, al evaluar un software, debe considerar si el programa puede ordenar la información en estas tres áreas, si la puede analizar, determinar las tendencias con el tiempo, rastrearla de un departamento a otro y definirla para cada profesional.

Un programa de software, además de satisfacer las necesidades de evaluación de calidad, puede ser utilizado para otras funciones importantes en la institución sanitaria. La primera es el procesamiento de texto, ya que el software de este tipo permite la creación, edición y almacenamiento de datos en texto. Esto facilita la publicación de informes, documentos, memorandos y descripciones narrativas.

La mayoría de los programas de procesamiento de texto permiten flexibilidad en el formato, presentación de datos y a veces gráficas. Los programas para "desk-top publishing" o publicaciones profesionales, ayudarían en la producción de boletines con cuadros y cifras.

Otro uso que tiene el software es la hoja de cálculos que ayuda en el manejo de números, cálculos y el almacenamiento y actuali-

zación de datos. Los programas para bases de datos pueden almacenar grandes cantidades de datos, que puede ser fácilmente recuperada y permite cambios estructurales en los archivos para satisfacer diferentes necesidades. Si bien algunos programas de bases de datos permiten el almacenamiento y recuperación de información sobre las características demográficas, hospitalizaciones y datos de laboratorio del paciente, algunos tal vez deban ser adaptados a las necesidades de la institución.

Otro uso para el software es en el área de gráficas, para la presentación de datos. Aunque no permiten el manejo de datos, dichos programas pueden ser utilizados junto a una hoja de cálculos y permiten que las relaciones numéricas se presenten de varias maneras: cuadros, y gráficas de barras, proporciones, líneas y tendencias.

El software para las computadoras personales también puede realizar complicados análisis de los datos, ya que utilizan sofisticados métodos estadísticos para manipularlos. No solo pueden presentar distribuciones de frecuencia, medias y otras estadísticas simples, sino que también pueden calcular una variedad de análisis correlacionales y niveles de importancia.

Algunos paquetes de software combinan varios usos, como el procesamiento de texto, hojas de cálculo, gráficas y bases de datos. Un programa integrado permite que los datos sean fusionados de un módulo a otro, lo que resulta más conveniente, económico y flexible que los paquetes individuales. Al mismo tiempo, sin embargo, quizás tenga menos capacidad que los programas separados.

El software de comunicaciones permite la transferencia de datos de una computadora a otra y tal vez requiera de hardware adicio-

nal. Estos paquetes hacen conveniente la obtención de datos de la computadora central para su análisis.

Selección de software e implementación del sistema

Toda institución debe considerar varios factores al seleccionar el software para su uso efectivo. Primero, se debe indentificar qué datos son recopilados en la actualidad, quién lo hace y cómo. Las preguntas son si la computarización facilitará el proceso, que datos son prioridad y que software podrá satisfacer las necesidades. Se debe determinar qué cálculos y resultados se desean y cuán flexible es el programa en generar una serie de informes que satisfagan diferentes necesidades. (Véase el Cuadro 18).

También se debe saber qué capacidad de realizar gráficas contiene, cuán fácil es ingresar datos y usarlo. Un aspecto importante a considerar es cuán fácil es la copia de datos en caso de una falla en el sistema, se deben evaluar sus necesidades para el almacenamiento de datos, la necesidad de compartir información entre departamentos y decidir sobre la factibilidad de adquirir computadoras personales, una minicomputadora o una computadora central.

Sería aconsejable reclutar a alguien que conozca sobre computadoras y que pueda relacionar las necesidades de la institución con la disponibilidad de software y la capacidad del hardware. La compra de software debe realizarse basándose en las prioridades de datos, limitaciones del hardware y el costo. No se debe comprar ningún software sin haberlo visto funcionar antes o sin investigar como el vendedor prestará servicios de mantenimiento y actualización.

CUADRO 18

Software	Fabricante
<p>PROCESAMIENTO DE TEXTO WordPerfect Word Word Star</p>	<p>WordPerfect Microsoft Word Star International</p>
<p>HOJAS DE CÁLCULOS Lotus 1-2-3 Excel Quattro Pro</p>	<p>Lotus Development Corporation Microsoft Borland</p>
<p>BASES DE DATOS D Base Fox Pro Paradox</p>	<p>Borland Microsoft Borland</p>
<p>GRÁFICAS Harvard Graphics Draw Perfect Power Point</p>	<p>Software Publishing Corporation WordPerfect Corporation Microsoft</p>
<p>ESTADÍSTICAS SPSS Minitab BMDP</p>	<p>SPSS Incorporated Minitab Incorporated BMDP Statistical Software</p>
<p>INTEGRADOS Appleworks Microsoft Works PFS: First Choice</p>	<p>Claris Corporation Microsoft Corporation Software Publishing Corporation</p>
<p>COMUNICACIONES Carbon Copy Plus Maclink Plus Procomm Plus</p>	<p>Meridian Technology, Incorporated Data Viz, Incorporated Datastorm Technologies</p>

Fuente: *Journal of Nursing Care Quality*, 1992, Volumen 7, Número 1, página 21.

Es importante tener en cuenta que un sistema pueda actualizarse, ya que a medida que crezca la institución, surgirán nuevas necesidades de software. Por eso se debe determinar si las necesidades futuras podrán acomodarse añadiéndole al sistema actual, en lugar de tener que realizar costosas modificaciones. Se le debe prestar atención además al hecho de que algunos programas están disponibles en varios módulos que pueden ser implementados todos a la vez o uno por uno.

Algunos ejemplos de estos módulos son el criterio para chequear casos, proceso de monitoreo quirúrgico, perfil de médicos, registro de infecciones adquiridas en hospitales, revisión del uso de la sangre y de antibióticos, proceso de notificación de incidentes, etc. Cada uno de estos módulos, proporciona información valiosa, resume informes y detecta tendencias y patrones.

Se les recomienda a los funcionarios de las instituciones sanitarias que deseen evaluar los méritos de los distintos instrumentos estadísticos disponibles en software, que lean los siguientes artículos para poder discutirlos y compararlos en detalle:

D.C. Kibble y R.P. Scoville: "*Computer software for health care continuous quality improvement*," *Quality Management in Health Care*, 1993, Volumen 1, páginas 55-58.

R.P. Scoville y D.C. Kibbe: "*Tutorial: Using Microsoft Excel for Health Care*," *Quality Management in Health Care*, 1993, Volumen 2, páginas 63-71.

D.B. Aronow y K.L. Coltin: "*Information technology applications in quality assurance and quality improvement, Part I*," *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1993, Volumen 19, Número 9.

D.B. Aronow y K.L. Coltin: "*Information technology applications in quality assurance and quality improvement, Part III*," 1993, Volumen 19, Número 10, páginas 465-477.

D. Lansky: "*The new responsibility: Measuring and reporting on quality*," *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1993, Volumen 19, Número 11, páginas 545-551.

Se debe consultar a otros miembros del personal dentro de la institución antes de tomar la decisión final, se deben tomar en cuenta sus necesidades y opciones y se debe tratar de compartir datos y cooperar.

La capacitación de los usuarios es importante para lo que están disponibles los consultores, libros, videos, cursos, métodos, talleres y otros recursos. Se debe incluir a todos los usuarios del sistema de computación en el programa de capacitación para mantenerlos al tanto de las diferentes maneras en que se puede usar una computadora y de los cambios y actualizaciones en el hardware y software. Se puede utilizar una red informal dentro o fuera de la institución, como un grupo de usuarios o la asistencia técnica de un vendedor, para continuar capacitando al personal.

Una vez que se domine el uso de la computadora y sus posibilidades, se debe tratar con las preocupaciones de seguridad. Habrá que resolver el problema del robo de hardware y software, tanto como los problemas de derechos de autor y el uso y la duplicación de software. Los datos que utilicen el personal y los miembros del proyecto de equipo pueden ser confidenciales, desde el punto de vista de la administración, tanto como desde la perspectiva de derechos y privacidad. Durante los cursos de capacitación se ahondará sobre los aspectos éticos y jurídicos y sobre la política de la institución en cuanto a los aspectos de copyright.

La computarización de los datos se está convirtiendo rápidamente en un elemento esencial en la gestión de una institución sanitaria, tanto como en el monitoreo y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud. Toda institución afronta varias op-

ciones en cuanto a la disponibilidad de opciones de hardware y software y conviene evaluar cuidadosamente recursos, necesidades y futuras expansiones, antes de decidir hacia dónde dirigir la computarización.

Apéndice A*

Mejoramiento del desempeño de la red de atención de salud

Este apéndice representa una evolución en el empeño por entender el mejoramiento de la calidad en las redes de atención de salud. Define la conexión existente entre el desempeño de la red y los juicios sobre la calidad. Desplaza el centro de atención del desempeño individual al funcionamiento de los sistemas y procesos de la red, pero sigue reconociendo la importancia de la competencia individual de los profesionales.

También especifica la responsabilidad que tiene una red de coordinar, integrar y ejecutar actividades en materia de diseño, medición, evaluación y mejoramiento del desempeño. Por ende, aquí se describen las actividades indispensables que son comunes a una amplia variedad de métodos de mejoramiento y configuraciones de redes.

Los estándares citados reflejan la necesidad de:

- Medición continua para entender la variación del funcionamiento de los sistemas y procesos dentro de los elementos de una red y entre ellos.
- Medición de los resultados en los establecimientos del sistema asistencial y los procesos de atención de los elementos de una red con objeto de ayudar a establecer prioridades para su mejoramiento.

- Evaluación de la medida en que se han atendido las necesidades de los miembros en general y en materia de atención de salud, y respetado sus derechos.

- Evaluación de la competencia y del desempeño individuales (incluso mediante examen colegiado), cuando proceda.

Este apéndice está estrechamente relacionado con otras funciones importantes de una red de atención de salud. En particular:

- Presenta el marco de mejoramiento del desempeño que se debe emplear para diseñar, medir, evaluar y mejorar las funciones. Los estándares aquí citados asignan a las redes las funciones y los procesos más directamente relacionados con la obtención de buenos resultados para los miembros (ítems 3.3 a 3.4.2.5) y les ayudan a establecer criterios para identificar sus actividades de mejoramiento en sus respectivos elementos, por orden de prioridad.

- Los dirigentes de la red deben ofrecer el estímulo, la visión y los recursos necesarios para que las actividades descritas en este capítulo se puedan ejecutar, coordinar e integrar con éxito en los elementos correspondientes.

* Capítulo tomado del *1994 Accreditation Manual for Health Care Networks* de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos. Redes de atención de salud en los Estados Unidos podrían corresponder al enfoque de los sistemas locales de salud (SILOS) en América Latina y el Caribe. Para otras informaciones sobre este tema, véase los Manuales Nos. 1 y 2 de esta misma Serie.

□ La gestión de los datos necesarios para diseñar, medir, evaluar y mejorar la atención a los miembros y las funciones de la red exige un método que la abarque en su totalidad.

□ Los dirigentes y el personal deben adquirir los conocimientos necesarios para poder orientar acertadamente las actividades de mejoramiento y participar en ellas. Los estándares sobre gestión de recursos humanos deben determinar lo que se espera en materia de educación y abordar este proceso continuo de adquisición de conocimientos.

Por último, las pautas de calificación se han establecido expresamente para ayudar a las redes a prever las metas de los estándares a largo plazo y a trabajar por alcanzarlas. Las actividades aquí descritas requerirán diferentes plazos para su plena ejecución, varias clases y grados de cambio y tal vez adquisición o reasignación de recursos.

Por ende, la esperanza de cumplimiento total de muchas de estos estándares se incorporará gradualmente al proceso de encuesta y calificación a un ritmo armónico con la disposición que demuestren las redes de atención de salud y sus respectivos elementos a observarlas.

Estándares

Plan

El liderazgo y la planificación son indispensables para que una red pueda iniciar y mantener cualquier mejora. Esto es particularmente crítico para unir las nuevas actividades de mejoramiento y poner en marcha un método sistemático que cubra a toda la red. Estos estándares señalan la importancia de un método de mejoramiento planeado y la necesidad de que todos los elementos de la red y todas las disciplinas (o

sea, los grupos profesionales) colaboren para ponerlo en práctica.

La red tiene un método general, planeado y sistemático de diseñar, medir, evaluar y mejorar su desempeño: Las actividades descritas se realizan en colaboración e incluyen los elementos apropiados de la red y los profesionales interesados.

Diseño

Los nuevos procesos tienen un buen diseño cuando este es sistemático y comprende por lo menos las fuentes de información esenciales. Cada una de estas puede detallar especificaciones o expectativas de diseño que sirvan de estándar para medir el éxito.

Los nuevos procesos tienen un buen diseño. El diseño se basa en:

- La misión, la visión y los planes de la red.
- Las necesidades y expectativas de los miembros, el personal, los consumidores, los que pagan y otros.
- Las fuentes de información actualizadas sobre los procesos de diseño (como las pautas o guías clínicas para la práctica).
- El funcionamiento de los procesos y sus resultados en otras organizaciones y redes.

Medida

La medición (el acopio de datos) es la base para determinar el grado de funcionamiento de los procesos existentes y los resultados obtenibles. Para proporcionar datos útiles, debe ser sistemática, guardar relación con las dimensiones importantes del funcionamiento, tener la amplitud y frecuencia necesarias y realizarse uniformemente en los elementos de la red, donde proceda.

Los estándares de esta sección se refieren a asuntos como la finalidad de la medición, los criterios de selección de los procesos y resultados que deben medirse, las fuentes de datos importantes y la función continua de medición.

La red tiene un proceso sistemático de acopio de los datos necesarios para diseñar, evaluar y mejorar sus procesos y resultados.

□ Los datos acopiados incluyen medidas de procesos y resultados;

- estos datos guardan relación con las dimensiones pertinentes del funcionamiento y comprenden, por lo menos, los relativos a acceso e idoneidad;
- las medidas de resultados incluyen, por lo menos, clases como prevención, función fisiológica, funcionalidad y comodidad física y psicológica.

□ Se acopian datos sobre los asuntos prioritarios escogidos para mejoramiento y como parte de una medición continua.

□ La red acopia datos sobre:

- la medida en que se atienden las necesidades de los miembros, se les respetan sus derechos y se les satisface;
- la opinión de los profesionales sobre el funcionamiento actual y las oportunidades de mejoramiento.

□ La red mide el funcionamiento de los procesos en los servicios a sus miembros y de sus funciones pertinentes.

- los procesos medidos permanentemente incluyen los que:
 - afectan a un gran porcentaje de miembros;

- exponen a los miembros a un grave riesgo si no se realizan bien o se ejecutan cuando no se debe o se omiten cuando se necesitan;
- han sido o pueden ser propensos a tener problemas.

• los procesos medidos comprenden al menos los relacionados con:

- el ingreso, la evaluación y el tratamiento de los miembros;
- la transición en materia de atención entre los elementos de la red;
- los eventos clínicos adversos de importancia;
- las medidas preventivas y los programas de promoción de la salud;
- la utilización excesiva, insuficiente e ineficiente de recursos clínicos.

□ La red acopia datos sobre:

- su actuación financiera;
- sus actividades de gestión de riesgos;
- sus actividades de control de la calidad.

Evaluación

La interpretación de los datos acopiados ofrece información sobre el grado de desempeño de la red dentro de sus elementos y entre uno y otro, en muchas dimensiones y con el tiempo. Las preguntas sobre evaluación incluyen, por ejemplo, las siguientes:

□ ¿Hasta qué punto se cumple con los objetivos concernientes al proceso y a los resultados?

□ ¿Qué tan estable es un proceso o qué tan coherente es un resultado?

□ ¿En qué punto podría mejorar un proceso estable?

- ¿Se redujo o eliminó la variación indeseada de un proceso o resultado?
- ¿Se cumplieron las especificaciones de diseño de nuevos procesos?
- ¿Tuvieron éxito las medidas tomadas para mejorar el desempeño?

Además de evaluar el desempeño con el tiempo, se obtiene más información al comparar datos entre profesionales, elementos de la red y cuando hay bancos de datos de referencia pertinentes, redes y elementos similares de otras.

Los estándares se refieren a los elementos de un proceso de evaluación sistemática y recalcan la importancia de hacer preguntas de evaluación acertadas y de emplear procesos y mecanismos correctos para responderlas.

La red tiene un proceso sistemático de evaluación de los datos recopilados.

- El proceso de evaluación consiste en:
 - emplear técnicas de control de procesos estadísticos, según proceda;
 - comparar datos sobre:
 - los procesos y resultados de la red y los de sus elementos con el tiempo;
 - los procesos de la red y sus elementos con la información de fuentes actualizadas sobre el diseño y funcionamiento de los procesos (como las pautas clínicas para la práctica);
 - el funcionamiento de los procesos de la red y sus resultados y los de sus elementos con los de otras organizaciones y redes, incluso empleando bancos de datos de referencia;

- evaluación intensiva cuando pueda haber ocurrido u ocurra una variación indeseada del funcionamiento. Esas evaluaciones intensivas son iniciadas:

- por importantes eventos particulares y niveles o patrones y tendencias absolutos, que presentan una variación importante e indeseada con respecto a los previstos, según un análisis estadístico apropiado;
- cuando el desempeño de la red o el de sus elementos presenta una variación importante e indeseada con respecto al de otras organizaciones y redes;
- cuando el desempeño de elementos comparables de la red presenta una variación importante e indeseada con respecto al de cada uno en particular;
- cuando el desempeño de la red o el de sus elementos presenta una variación importante e indeseada con respecto a los estándares reconocidas;
- cuando la red o sus elementos desean mejorar un desempeño ya bueno.

- Cuando los resultados del proceso de evaluación atañen al desempeño de una persona, su uso debe concordar con los estándares sobre gestión de recursos humanos.

- La red envía regularmente información sobre los aspectos pertinentes del desempeño a cada elemento y profesional participante.

Mejoramiento

Las actividades descritas en los párrafos sobre **Medida y Evaluación** muestran varias oportunidades de mejoramiento dentro de

una red. Incluyen el mejoramiento de procesos que ya funcionan bien, el diseño de nuevos procesos o la reducción o eliminación de las variaciones indeseadas de los procesos o resultados.

Los estándares esbozados en esta sección abordan los siguientes elementos de un método sistemático de mejoramiento:

- planificación y ensayo del cambio;
- estudio de su efecto;
- puesta en práctica de las modificaciones que constituyan mejoras útiles.

La red mejora sistemáticamente su desempeño al perfeccionar los procesos existentes.

□ Los procesos existentes se perfeccionan cuando la red decide aprovechar una oportunidad de mejoramiento o cuando la medición de un proceso existente muestra que puede haber ocurrido u ocurre un cambio indeseado en el desempeño.

- en estas decisiones se tienen en cuenta:
 - las oportunidades de mejoramiento de los procesos dentro de sus más importantes funciones;
 - los factores de desempeño de los miembros y la red enumerados en párrafos anteriores;
 - los recursos necesarios para introducir las mejoras;
 - la misión y las prioridades de la red y sus elementos.

□ Las actividades de diseño o mejoramiento:

- llevan a considerar particularmente los efectos previstos del diseño o del mejoramiento en las dimensiones del desempeño pertinentes;
- crean expectativas de desempeño en relación con el diseño o mejoramiento de los procesos;
- incluyen adopción, adaptación o creación de medidas del desempeño;
- se realizan con la participación de las personas, profesiones y unidades más cercanas a la actividad de diseño o mejoramiento.

□ Cuando se toma una medida para mejorar un proceso.

- se evalúa el efecto de la medida:
 - si la medida inicial no surte efecto; se planea y ensaya otra;
 - se puede ensayar la medida;
 - se normalizan y ponen en práctica las medidas acertadas.

• La acción se destina principalmente a mejorar los procesos.

□ Cuando las actividades de mejoramiento llevan a determinar que una persona tiene problemas de desempeño que no puede o no desea corregir, se modifican sus privilegios clínicos o el trabajo asignado como proceda, o se toma alguna otra medida acertada, de conformidad con los estándares sobre gestión de recursos humanos.

Apéndice B-1

En el apéndice B se enumeran los indicadores establecidos por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos para uso en los hospitales en 1995.*

Indicadores para uso en 1995

□ **Enfoque:** evaluación preoperatoria, monitorización trans y postoperatoria e intervención clínica oportuna de los pacientes.

Numerador: pacientes con complicaciones del sistema nervioso central dos días después de someterse a procedimientos en los que se administró anestesia.

□ **Enfoque:** evaluación preoperatoria, preparación quirúrgica apropiada, monitorización trans y postoperatoria e intervención clínica oportuna de los pacientes.

Numerador: pacientes con manifestaciones de déficit neurológico periférico dos días después de someterse a procedimientos en los que se administró anestesia.

□ **Enfoque:** evaluación preoperatoria, monitorización trans y postoperatoria e intervención clínica oportuna de los pacientes.

Numerador: pacientes con manifestaciones de infarto agudo de miocardio dos días después de someterse a procedimientos en los que se administró anestesia.

□ **Enfoque:** evaluación preoperatoria, monitorización trans y postoperatoria e inter-

vencción clínica oportuna de los pacientes.

Numerador: pacientes con paro cardíaco dos días después de someterse a procedimientos en los que se administró anestesia.

□ **Enfoque:** evaluación preoperatoria, monitorización trans y postoperatoria e intervención clínica oportuna de los pacientes.

Numerador: mortalidad intrahospitalaria de los pacientes dos días después de someterse a procedimientos en los que se administró anestesia.

□ **Enfoque:** evaluación prenatal, educación y selección del tratamiento de las pacientes.

Numerador: pacientes sometidas a cesárea.

Denominador: todos los partos.

□ **Enfoque:** evaluación prenatal, educación y selección del tratamiento de las pacientes.

Numerador: pacientes con parto vaginal después de una cesárea.

Denominador: pacientes obstétricas con antecedentes de cesárea.

□ **Enfoque:** evaluación prenatal, monitorización durante el parto e intervención clínica de las pacientes.

Numerador: niños nacidos vivos con un peso inferior a 2.500 gramos.

Denominador: todos los niños nacidos vivos.

□ **Enfoque:** evaluación prenatal, monitorización durante el parto, evaluación neonatal e intervención clínica de las pacientes.

Numerador: niños nacidos vivos con un peso de 2.500 gramos o más, que tienen por lo menos una de las características siguientes: un índice de Apgar inferior a 4 al cabo de cinco minutos, necesario para ingresar a

* Otros ejemplos de indicadores de calidad de servicios pueden ser encontrados en la segunda parte de este Manual.

la unidad de cuidados intensivos neonatales al día siguiente al parto por más de 24 horas, una crisis convulsiva evidente o un traumatismo obstétrico grave.

Denominador: todos los niños nacidos vivos con un peso superior a 2.500 gramos.

□ **Enfoque:** evaluación prenatal, monitorización durante el parto, evaluación neonatal e intervención clínica de las pacientes.

Numerador: niños nacidos vivos con un peso superior a 1.000 gramos e inferior a 2.500, con un índice de Apgar inferior a 4 al cabo de cinco minutos.

Denominador: todos los niños nacidos vivos con un peso superior a 1.000 gramos e inferior a 2.500.

□ **Enfoque:** hospitalización postoperatoria prolongada como medio de evaluar varios aspectos de la atención de los pacientes sometidos a derivación coronaria.

Descripción del indicador: pacientes sometidos a derivación coronaria aislada: número de días transcurridos desde la cirugía hasta el egreso.

□ **Enfoque:** precisión del diagnóstico y utilización de recursos.

Numerador: pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio o para descartar la posibilidad de este o con angina inestable con diagnóstico de infarto agudo de miocardio en el momento del egreso.

Denominador: todos los pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio o para descartar la posibilidad de este o con angina inestable.

□ **Enfoque:** precisión del diagnóstico.

Numerador: pacientes con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca de causa documentada en el momento del egreso.

Denominador: todos los pacientes con diagnóstico principal de insuficiencia cardíaca en el momento del egreso.

□ **Enfoque:** hospitalización postoperatoria prolongada con objeto de evaluar varios aspectos de la atención de los pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea.

Descripción del indicador: pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea: número de días transcurridos desde el procedimiento hasta el egreso.

□ **Enfoque:** mortalidad intrahospitalaria como medio de evaluar varios aspectos de la atención de los pacientes sometidos a derivación coronaria o angioplastia coronaria transluminal percutánea o con infarto de miocardio.

Numerador: mortalidad intrahospitalaria de pacientes cardiovasculares sometidos a derivación coronaria aislada o angioplastia coronaria transluminal percutánea o con diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio.

Denominador: pacientes sometidos a derivación coronaria aislada o angioplastia coronaria transluminal percutánea o con diagnóstico principal de infarto agudo de miocardio.

□ **Enfoque:** disponibilidad de datos para fines de diagnóstico y estadificación.

Numerador: pacientes sometidos a resección de cáncer primario de mama femenina, de pulmón o colorrectal, cuyo informe de anatomía patológica quirúrgica (informe de patología) ya está en los registros médicos.

Denominador: pacientes sometidos a resección de cáncer primario de mama femenina, de pulmón o colorrectal.

□ **Enfoque:** estadificación a cargo de los médicos que tratan a los pacientes.

Numerador: pacientes sometidos a tratamiento de cáncer primario de mama femenina, de pulmón o colorrectal en quienes un médico tratante designa el estadio del tumor.

Denominador: pacientes sometidos a resección de cáncer primario de mama femenina, de pulmón o colorrectal.

□ **Enfoque:** análisis de importancia crítica para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento clínico.

Numerador: pacientes con el estado I u otro mayor de cáncer primario de mama sometidas a biopsia o resección inicial, cuyo informe de análisis de diagnóstico de receptores de estrógeno ya está en los registros médicos.

Denominador: pacientes con el estado I u otro mayor de cáncer primario de mama sometidas a biopsia o resección inicial.

□ **Enfoque:** eficacia del diagnóstico y de la estadificación preoperatorios.

Numerador: pacientes con cáncer primario de pulmón distinto del de células pequeñas, sometidos a toracotomía con resección quirúrgica completa del tumor.

Denominador: pacientes con cáncer primario de pulmón distinto del de células pequeñas, sometidos a toracotomía.

□ **Enfoque:** amplitud de las pruebas de diagnóstico.

Numerador: pacientes con resección de cáncer primario colorrectal cuya evaluación preoperatoria por un médico tratante incluye examen de todo el colon.

Denominador: pacientes con resección de cáncer primario colorrectal.

□ **Enfoque:** vigilancia permanente de los pacientes con traumatismos.

a) **Numerador:** pacientes con traumatismos a quienes se les toma la tensión arterial, el pulso y la respiración a la llegada y cada hora durante tres horas o hasta la salida del Departamento de Emergencias, lo que ocurra primero.

Denominador: todos los pacientes con traumatismos.

b) **Numerador:** pacientes con ciertos traumatismos intracraneanos, cuyo índice se determina en la escala de coma de Glasgow a la llegada y cada hora durante tres horas o hasta la salida del Departamento de Emergencias, lo que ocurra primero.

Denominador: pacientes con determinados traumatismos intracraneanos.

□ **Enfoque:** tratamiento respiratorio de los pacientes comatosos con traumatismos.

Numerador: pacientes comatosos con traumatismos (definidos con un índice de 8 o menos en la escala de coma de Glasgow) egresados del Departamento de Emergencias antes de establecer una vía respiratoria mecánica.

Denominador: pacientes comatosos con traumatismos (definidos con un índice de 8 o menos en la escala de coma de Glasgow).

□ **Enfoque:** oportunidad de los análisis de diagnóstico.

Descripción del indicador: pacientes con traumatismos examinados con tomografía computadorizada (TC) del cráneo: tiempo transcurrido desde la llegada al Departamento de Emergencias hasta la TC inicial.

□ **Enfoque:** oportunidad de la intervención quirúrgica por ciertos traumatismos craneanos, ortopédicos o abdominales.

Descripción del indicador: pacientes con traumatismos sometidos a ciertos procedimientos quirúrgicos neurológicos, ortopédicos o abdominales: tiempo transcurrido desde la llegada al Departamento de Emergencias hasta la práctica del procedimiento.

□ **Enfoque:** adopción de decisiones clínicas sobre defunciones potencialmente evitables.

a) **Numerador:** mortalidad intrahospitalaria de pacientes con traumatismos, con diagnóstico de neumotórax o hemotórax no sometidos a toracostomía ni toracotomía.

Denominador: pacientes con traumatismos que murieron en el hospital, con diagnóstico de neumotórax o hemotórax.

b) Numerador: mortalidad intrahospitalaria de pacientes con traumatismos, con tensión arterial sistólica inferior a 70 mmHg al cabo de dos horas de su llegada al Departamento de Emergencias, no sometidos a laparotomía ni toracotomía.

Denominador: pacientes con traumatismos que murieron en el hospital, con tensión arterial sistólica inferior a 70 mmHg después de dos horas de su llegada al Departamento de Emergencias.

□ **Conjunto de indicadores del sistema inmunológico:** Estos indicadores se han ensayado y pueden incluirse en el grupo de uso corriente en el futuro.

• **Enfoque:** varias formas de tratamiento y seguimiento;

Numerador: pacientes con el segundo estado de cáncer primario de mama femenina con afección de los ganglios linfáticos, que han recibido tratamiento coadyuvante sistémico.

Denominador: pacientes con el segundo estado de cáncer primario de mama femenina con afección de los ganglios linfáticos.

• **Enfoque:** eventos clínicos específicos como medio de evaluar varios aspectos de la atención quirúrgica del cáncer de pulmón.

Numerador: pacientes sometidos a resección de cáncer primario de pulmón con complicaciones postoperatorias de fístula broncopleural, reoperación por hemorragia postoperatoria, ventilación mecánica postoperatoria por más de cinco días o defunción intrahospitalaria.

Denominador: pacientes sometidos a resección de cáncer primario de pulmón.

Apéndice B-2

Los siguientes indicadores se someten actualmente a pruebas previas a su utilización, llamadas *pruebas beta*, como parte del proceso de establecimiento y ensayo de los indicadores determinados por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos. Se recomiendan para uso en los hospitales.

Indicadores de uso de medicamentos*

□ **Punto central del indicador:** graduación individual de la dosis.

Indicador (numerador): pacientes internados mayores de 65 años en quienes se ha estimado el aclaramiento de creatinina.

□ **Punto central del indicador:** graduación individual de la dosis.

Indicador (numerador): pacientes internados tratados con aminoglucósidos por vía parenteral, cuya concentración sérica de estos se ha medido.

□ **Punto central del indicador:** revisión de la orden.

Indicador (numerador): nuevas órdenes de medicación que exigen que el farmacéutico consulte al médico o a la enfermera, subclasificadas según los cambios correspondientes.

□ **Punto central del indicador:** hora de administración de los medicamentos.

Indicador (numerador): pacientes que reciben antibióticos profilácticos intravenosos dos horas antes de la primera incisión quirúrgica.

□ **Punto central del indicador:** exactitud de la dispensación y de la administración de medicamentos.

Indicador (numerador): número de errores de medicación graves notificados.

□ **Punto central del indicador:** información al paciente sobre el medicamento.

Indicador (numerador): pacientes internados con diagnóstico principal o secundario de *diabetes mellitus insulino dependiente*, que demuestran poder vigilar su glucosa sanguínea y administrarse insulina antes del egreso o que se envían a otros servicios de seguimiento donde se trata la diabetes después del egreso.

□ **Punto central del indicador:** vigilancia de la reacción de los pacientes.

Indicador (numerador): pacientes internados tratados con digoxina, teofilina, fenitoína o litio, cuyas concentraciones medicamentosas correspondientes no se han medido o cuya máxima concentración medida pasa de un límite determinado.

□ **Punto central del indicador:** vigilancia de la reacción de los pacientes.

Indicador (numerador): pacientes internados que reciben warfarina o heparina terapéutica intravenosa, tratados también con vitamina K, sulfato de protamina o plasma fresco congelado.

□ **Punto central del indicador:** notificación de reacciones medicamentosas adversas.

Indicador (numerador): reacciones medicamentosas adversas declaradas por el

* Para mayores informaciones sobre control de calidad de medicamentos, véase el Manual No.5 de esta Serie.

sistema de notificación correspondiente del hospital, analizadas según el método de notificación (extracto espontáneo o retrospectivo de los registros médicos), clase de reacción (relacionada con la dosis o no) y momento de aparición (antes del ingreso o durante la hospitalización).

□ **Punto central del indicador:** examen de todo el régimen medicamentoso.

Indicador (numerador): pacientes internados que reciben más de una clase de benzodiacepina oral simultáneamente.

□ **Punto central del indicador:** examen de todo el régimen medicamentoso.

Indicador (numerador): pacientes internados que reciben siete o más medicamentos recetados en el momento del egreso.

□ **Punto central del indicador:** funcionamiento general del sistema de uso de medicamentos.

Indicador (numerador): pacientes menores de 25 años con diagnóstico principal de neumopatía broncoconstrictiva en el momento del egreso, reinternados o que acuden al Departamento de Emergencias 15 días después de dárseles de alta por exacerbación del padecimiento principal.

Indicadores del control de la infección*

□ **Punto central del indicador:** infección de la herida quirúrgica.

Indicador (numerador): algunos procedimientos quirúrgicos para pacientes internados y ambulatorios cuyo caso se complica por una infección de la herida durante la hospitalización o después del egreso.

□ **Punto central del indicador:** neumonía postoperatoria.

Indicador (numerador): algunos procedimientos quirúrgicos para pacientes internados cuyo caso se complica por el comienzo de neumonía durante la hospitalización, pero no después de 10 días de la operación.

□ **Punto central del indicador:** uso de una sonda urinaria.

Indicador (numerador): algunos procedimientos quirúrgicos en pacientes internados a quienes se les coloca una sonda durante el período perioperatorio.

□ **Punto central del indicador:** neumonía causada por el respirador artificial.

Indicador (numerador): pacientes que contraen neumonía por causa de la ventilación asistida.

□ **Punto central del indicador:** endometritis puerperal.

Indicador (numerador): pacientes internadas que sufren endometritis después de una cesárea, seguidas hasta el momento del egreso.

□ **Punto central del indicador:** vigilancia simultánea de septicemia primaria.

Indicador (numerador): pacientes internados a quienes se les coloca un catéter central o umbilical que presentan septicemia primaria.

□ **Punto central del indicador:** septicemia primaria, según extracto de los registros médicos.

Indicador (numerador): pacientes internados a quienes se les coloca un catéter central o umbilical, que presentan septicemia primaria, analizados según el método de identificación.

□ **Punto central del indicador:** programa de salud de los empleados.

* Para mayores informaciones sobre Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias véase el Manual No. 13 de esta misma Serie.

Indicador (numerador): el personal de los hospitales vacunado contra el sarampión (o la rubéola) o con inmunidad comprobada.

Indicadores del tratamiento de infusión en casa

□ **Punto central del indicador:** hospitalización imprevista del paciente por tipo de tratamiento.

Indicador (numerador): pacientes/clientes que reciben tratamiento de infusión en casa, hospitalizados en forma imprevista en un servicio de atención breve, durante el período de notificación designado, subclasificados según el motivo del ingreso.

□ **Punto central del indicador:** discontinuación del tratamiento de infusión según el tipo.

Indicador (numerador): ciclos del tratamiento de infusión discontinuados antes de lo ordenado, durante el período de notificación designado, subclasificados según el motivo de la discontinuación.

□ **Punto central del indicador:** interrupción del tratamiento de infusión según el tipo.

Indicador (numerador): número total de interrupciones del tratamiento de infusión, durante el período de notificación designado,

subclasificado según el motivo de la interrupción.

□ **Punto central del indicador:** prevención y vigilancia de la infección por tipo de tratamiento.

Indicador (numerador): número total de infecciones presuntas o confirmadas, causadas por sondas, en clientes a quienes se les retira el catéter central o se les recetan antibióticos (por vía oral o parenteral), durante el período de notificación designado, subclasificado según el tipo de catéter central, el diámetro interno de la luz de la sonda y el tipo de infección.

□ **Punto central del indicador:** notificación de reacciones medicamentosas adversas.

Indicador (numerador): número total de reacciones medicamentosas adversas presuntas o confirmadas de los clientes que recibieron tratamiento de infusión, durante el período de notificación designado, subclasificados según el tipo y gravedad de la reacción y la clase de medicamento.

□ **Punto central del indicador:** vigilancia e intervención apropiada de los clientes.

Indicador (numerador): clientes que reciben nutrición total por vía parenteral o tratamiento entérico, con una meta ponderal determinada y que alcanzan o mantienen el peso deseado durante el período de notificación designado.

Apéndice B-3

Estos indicadores se han sometido a ensayo por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud de los Estados Unidos y se recomiendan para uso en los hospitales.

Otros indicadores cardiovasculares

□ **Punto central del indicador:** complicación específica de la derivación coronaria como medio de evaluar el tratamiento de los pacientes intervenidos.

Indicador (numerador): pacientes sometidos a derivación coronaria aislada que vuelven al quirófano para tratamiento de hemorragia torácica postoperatoria, subclasificados según se les haya administrado o no terapia trombolítica 48 horas antes de la intervención.

□ **Punto central del indicador:** complicación particular de la derivación coronaria como medio de evaluar varios aspectos de la atención de ese procedimiento.

Indicador (numerador): accidente cerebrovascular trans o postoperatorio de pacientes sometidos a derivación coronaria aislada.

□ **Punto central del indicador:** eficacia de la angioplastia coronaria transluminal percutánea.

Indicador (numerador): pacientes sometidos de nuevo a angioplastia coronaria transluminal percutánea de la misma lesión en las 72 horas siguientes a la intervención más reciente, subclasificados según el carácter urgente o no de la intervención inicial.

□ **Punto central del indicador:** complicación particular de la angioplastia coronaria transluminal percutánea como medio de evaluar varios aspectos de la atención de ese procedimiento.

Indicador (numerador): pacientes con complicaciones ulteriores a la angioplastia coronaria transluminal percutánea en el sitio de inserción de la arteria femoral o humeral, subclasificados por la terapia trombolítica recibida en las 48 horas previas a la intervención.

□ **Punto central del indicador:** tratamiento trombolítico de pacientes con infarto agudo de miocardio.

Indicador (numerador): complicaciones hemorrágicas de los pacientes que reciben terapia trombolítica para el infarto agudo de miocardio, subclasificadas según las ocurridas antes del egreso de la institución que inicia el tratamiento y después del traslado de los pacientes previamente tratados.

□ **Punto central del indicador:** eficacia de la angioplastia coronaria transluminal percutánea.

Indicador (numerador): pacientes sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea intentada o terminada durante la cual no se dilata la lesión que se pretendía tratar.

Ejemplos de indicadores oncológicos

□ **Punto central del indicador:** disponibilidad de los datos necesarios para el diagnóstico.

Indicador (numerador): existencia de un informe escrito de anatomía patológica en los registros médicos de la institución tratante que documenta el diagnóstico anatomopatológico de los pacientes que reciben tratamiento inicial de cáncer primario de pulmón, colorrectal o de mama femenina.

□ **Punto central del indicador:** atención sintomática o paliativa.

Indicador (numerador): evaluación inicial sistemática del dolor de todos los pacientes hospitalizados por cáncer metastásico de pulmón, colorrectal o de mama femenina, con dolor.

□ **Punto central del indicador:** estadificación clínica.

Indicador (numerador): estadificación clínica de la Comisión Conjunta Estadounidense de Cáncer en los registros médicos antes del primer ciclo de tratamiento de las pacientes con cáncer primario de mama.

□ **Punto central del indicador:** varias formas de tratamiento y seguimiento.

Indicador (numerador): tratamiento de las pacientes con cáncer primario de mama invasor de los estados clínicos I o II establecidos por la Comisión Conjunta citada, con biopsia por excisión, mastectomía parcial o cuadrantectomía sin radioterapia.

□ **Punto central del indicador:** apoyo psicosocial para el seguimiento de las pacientes.

Indicador (numerador): envió a grupos de apoyo o rehabilitación o provisión de apoyo psicosocial a las pacientes de cáncer primario de mama.

□ **Punto central del indicador:** educación de los pacientes.

Indicador (numerador): pacientes sometidos a resección de cáncer colorrectal primario con enterostomía en el momento

del egreso, que demuestran entender el cuidado de la enterostomía y las instrucciones sobre el tratamiento.

Ejemplos de indicadores de traumatismos

□ **Punto central del indicador:** comunicación entre el Servicio Médico de Emergencias y el Departamento de Emergencias.

Indicador (numerador): la copia del informe (o los informes) del recorrido de la ambulancia no se ha adjuntado al registro médico que lleva el Departamento de Emergencias de los pacientes con traumatismos, transportados por personal del Servicio Médico de Emergencias antes de la hospitalización.

□ **Punto central del indicador:** evaluación de los pacientes con traumatismos en el Departamento de Emergencias.

Indicador (numerador): pacientes con traumatismos internados por medio del Departamento de Emergencias, con diagnóstico de lesiones de la región cervical de la columna vertebral en el momento del egreso, no indicado en el diagnóstico de ingreso.

□ **Punto central del indicador:** adopción de decisiones en el Departamento de Emergencias.

Indicador (numerador): muerte de los pacientes con traumatismos a quienes se diagnosticó fractura cerrada de la pelvis en los documentos de egreso, que reciben transfusiones de más de seis unidades de sangre.

□ **Punto central del indicador:** adopción de decisiones clínicas sobre la intervención quirúrgica.

Indicador (numerador): pacientes con traumatismos sometidos a cirugía abdominal, torácica, vascular o craneana inicial (excluida la cirugía ortopédica, plástica y de mano)

más de 24 horas después de llegar al Departamento de Emergencias.

□ **Punto central del indicador:** uso de hemoderivados.

Indicador (numerador): transfusión de plaquetas o plasma fresco congelado en las 24 horas siguientes a la llegada al Departamento de Emergencias a los pacientes adultos con traumatismos, que reciben menos de ocho unidades de paquete globular o de sangre entera.

□ **Punto central del indicador:** eficacia de la intervención quirúrgica.

Indicador (numerador): regreso de los pacientes con traumatismos al quirófano 48 horas después de terminar la intervención inicial.

□ **Punto central del indicador:** adopción de decisiones clínicas sobre las fracturas de la diáfisis femoral.

Indicador (numerador): pacientes con traumatismos con fracturas de la diáfisis femoral no relacionadas con otras lesiones, que no reciben fisioterapia ni tratamiento de rehabilitación.

□ **Punto central del indicador:** eficiencia del Servicio Médico de Emergencias.

Indicador (numerador): pacientes con traumatismos que pasan más de 20 minutos en el Servicio Médico de Emergencias antes de la hospitalización.

□ **Punto central del indicador:** sistemas necesarios para la práctica de autopsia a las víctimas de traumatismos.

Indicador (numerador): pacientes con traumatismos que murieron en las 48 horas siguientes a su llegada al Departamento de Emergencias, a quienes se practicó una autopsia.

Apéndice C

Extractos del programa nacional de educación para el asma. Informe de un grupo de expertos

El asma se caracteriza por obstrucción reversible del flujo de aire y a menudo puede diagnosticarse con toda seguridad. Sin embargo, cuando hay datos contradictorios en el examen clínico, se debe considerar la posibilidad de que existan otras enfermedades que también pueden causar obstrucción del flujo de aire. A veces puede ser imposible hacer una distinción entre varias posibilidades o haber, en realidad, enfermedades coexistentes. Esencialmente, esta salvedad se aplica a cualquier diagnóstico.

El método general de tratamiento del asma consiste en determinar primero si el paciente tiene síntomas de tos, sibilancia, dificultad respiratoria o intolerancia del ejercicio. ¿Parecen sobrevenir en episodios? De ser así, se debe considerar realmente la posibilidad de diagnóstico de asma y hacer lo posible por demostrar, con pruebas de la función pulmonar, la reversibilidad de la obstrucción del flujo de aire después del tratamiento.

Si hay obstrucción, pero no desaparece de inmediato con un broncodilatador inhalado, tal vez sea necesario administrarle al paciente un tratamiento intensivo con broncodilatadores y antiinflamatorios hasta por seis semanas antes de decidir si es verdaderamente irreversible. Si los síntomas manifiestos indican asma pero no hay pruebas de obstrucción del flujo de aire, se debe realizar una broncoprovocación. Si esta arroja resultados positivos, hay que con-

siderar realmente una vez más la posibilidad de diagnóstico de asma.

En el momento de hacerlo, es preciso analizar también la posibilidad de que existan otras enfermedades con obstrucción reversible del flujo de aire, como cardiopatías, presencia de cuerpos extraños en las vías respiratorias y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica con un elemento reversible. Si existen esas enfermedades, y son muchas las que podrían considerarse, hay que tratar de determinar si son predominantes o si coexisten con el asma. Cuando hay más de una enfermedad que pueda obstruir el flujo de aire, es difícil emitir un diagnóstico definitivo.

Los factores modificadores que aumentan la probabilidad de asma incluyen cosas como antecedentes personales o familiares de asma, fiebre del heno y otras alergias. Sin embargo, cabe recordar en este momento que el asma comienza en dos edades. La que se inicia en la niñez tiene casi siempre marcados antecedentes de alergia y puede ser atópica.

Por último, hay algo más que se debe tener en cuenta. Algunos pacientes con asma grave, prolongada y mal tratada pueden sufrir obstrucción irreversible del flujo de aire. Es posible que su caso merezca diagnosticarse aún como asma si todos los demás factores llevan a ello y si no se encuentra otra causa plausible de obstrucción del flujo de aire.

Pautas para el diagnóstico y tratamiento del asma

Interrogatorio clínico

La información que se debe incluir en el interrogatorio clínico es la siguiente:

I. Síntomas

- A. Tos, sibilancia, dificultad respiratoria, opresión en el pecho y producción de esputo (generalmente moderada).
- B. Afecciones que suelen provocar asma, como rinitis, sinusitis, poliposis nasal o dermatitis atópica.

II. Aspectos temporales de los síntomas

- A. Síntomas permanentes, estacionales o permanentes con exacerbación estacional.
- B. Síntomas continuos, episódicos o continuos con exacerbación aguda.
- C. Comienzo, duración y frecuencia de los síntomas (días por semana o mes).
- D. Variación diurna particularmente en relación con los síntomas nocturnos.

III. Factores desencadenantes o agravantes

- A. Infecciones respiratorias víricas.
- B. Exposición a alérgenos en el medio ambiente (polen, moho, ácaros del polvo doméstico, cucarachas, caspa o secreciones de los animales, como saliva u orina).
- C. Exposición a productos químicos o alérgenos en el medio de trabajo.
- D. Cambio de ambiente (por ejemplo, mudanza a una nueva casa, vacaciones o modificaciones del lugar o del sistema de trabajo o los materiales usados).
- E. Exposición a sustancias irritantes, sobre todo, humo de tabaco y olores fuertes,

contaminantes atmosféricos, sustancias químicas industriales, vapores, gases y aerosoles.

- F. Expresiones emocionales: temor, ira, frustración, llanto, risa fuerte.
- G. Medicamentos (ácido acetilsalicílico, agentes bloqueadores de los receptores betadrenérgicos, antiinflamatorios no esteroides, otros).
- H. Aditivos alimentarios (sulfitos) y agentes conservadores.
- I. Cambios meteorológicos, exposición al frío.
- J. Ejercicio.
- K. Factores endocrinos (por ejemplo, menstruación, embarazo, enfermedades de la tiroides).

IV. Evolución del padecimiento

- A. Edad en el momento del inicio del diagnóstico.
- B. Evolución del padecimiento (mejoría o empeoramiento).
- C. Evaluación, tratamiento y respuesta anteriores.
- D. Tratamiento y respuesta actuales, incluso planes de tratamiento de episodios agudos.

V. Perfil de exacerbación típica

- A. Signos y síntomas prodrómicos (por ejemplo, picazón de la piel de la nuca, síntomas de alergia nasal).
- B. Evolución temporal.
- C. Tratamiento habitual.
- D. Resultado habitual.

VI. Situación de la vivienda

- A. Antigüedad, ubicación y sistema de enfriamiento y calefacción de la casa

(central con calefacción local con aceite, electricidad, gas o petróleo), chimenea.

- B. Alfombra sobre plancha de concreto.
- C. Humidificador de ambiente.
- D. Descripción del cuarto del paciente, con especial atención a la almohada, la cama, el material de recubrimiento del piso y los artículos donde se acumula el polvo.
- E. Animales en la casa.
- F. Exposición directa o indirecta al humo del cigarrillo en la casa.

VII. Efecto de la enfermedad

A. Efecto en el paciente.

1. Número de visitas al Departamento de Emergencias o de consultas médicas y hospitalizaciones de urgencia.
2. Antecedentes de exacerbación aguda potencialmente mortal, intubación o tratamiento oral con esteroides.
3. Número de días de estudio o trabajo perdidos.
4. Limitación de la actividad, sobre todo de los deportes.
5. Hábito de despertarse por la noche.
6. Efecto en el crecimiento, el desarrollo, la conducta, el rendimiento en la escuela o en el trabajo y el estilo de vida.

B. Efecto en la familia

1. Trastorno de la dinámica o las actividades ordinarias de la familia o restricción de estas.
2. Efecto en los hermanos y el cónyuge.
3. Repercusiones económicas.

VIII. Evaluación de la idea de la enfermedad que tienen la familia y el paciente

- A. Conocimientos de asma del paciente, los padres y el cónyuge y su concepto de la naturaleza crónica del asma y la eficacia del tratamiento.
- B. Capacidad del paciente, sus padres o su cónyuge para sobrellevar la enfermedad.
- C. Grado de apoyo de la familia y capacidad del paciente, sus padres y su cónyuge para reconocer la gravedad de una exacerbación.
- D. Recursos económicos.

IX. Antecedentes familiares

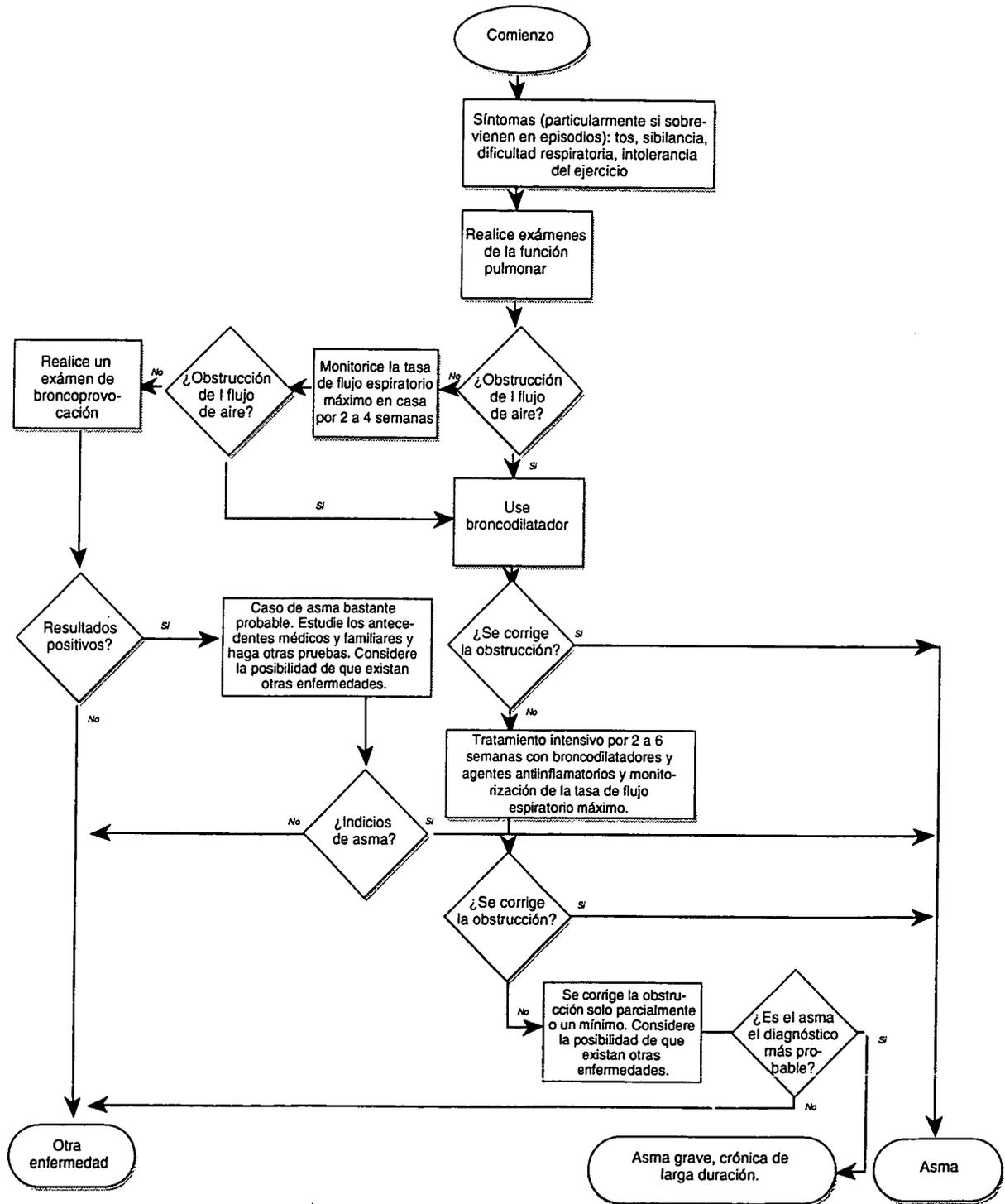
- A. Alergia de los familiares cercanos mediada por IgE.
- B. Asma de los familiares cercanos.

X. Antecedentes personales patológicos

- A. Antecedentes personales patológicos generales y de otras afecciones alérgicas (por ejemplo, rinitis crónica, dermatitis atópica, sinusitis, pólipos nasales, trastornos del aparato digestivo, reacciones adversas a alimentos y medicamentos); en los niños, antecedentes de traumatismos de las vías respiratorias a temprana edad (por ejemplo, displasia broncopulmonar, antecedentes de infiltrados pulmonares, casos comprobados de neumonía, bronquiolitis vírica, crup recurrente, síntomas de reflujo gastroesofágico, exposición pasiva al humo del cigarrillo); en adultos, antecedentes de tabaquismo.

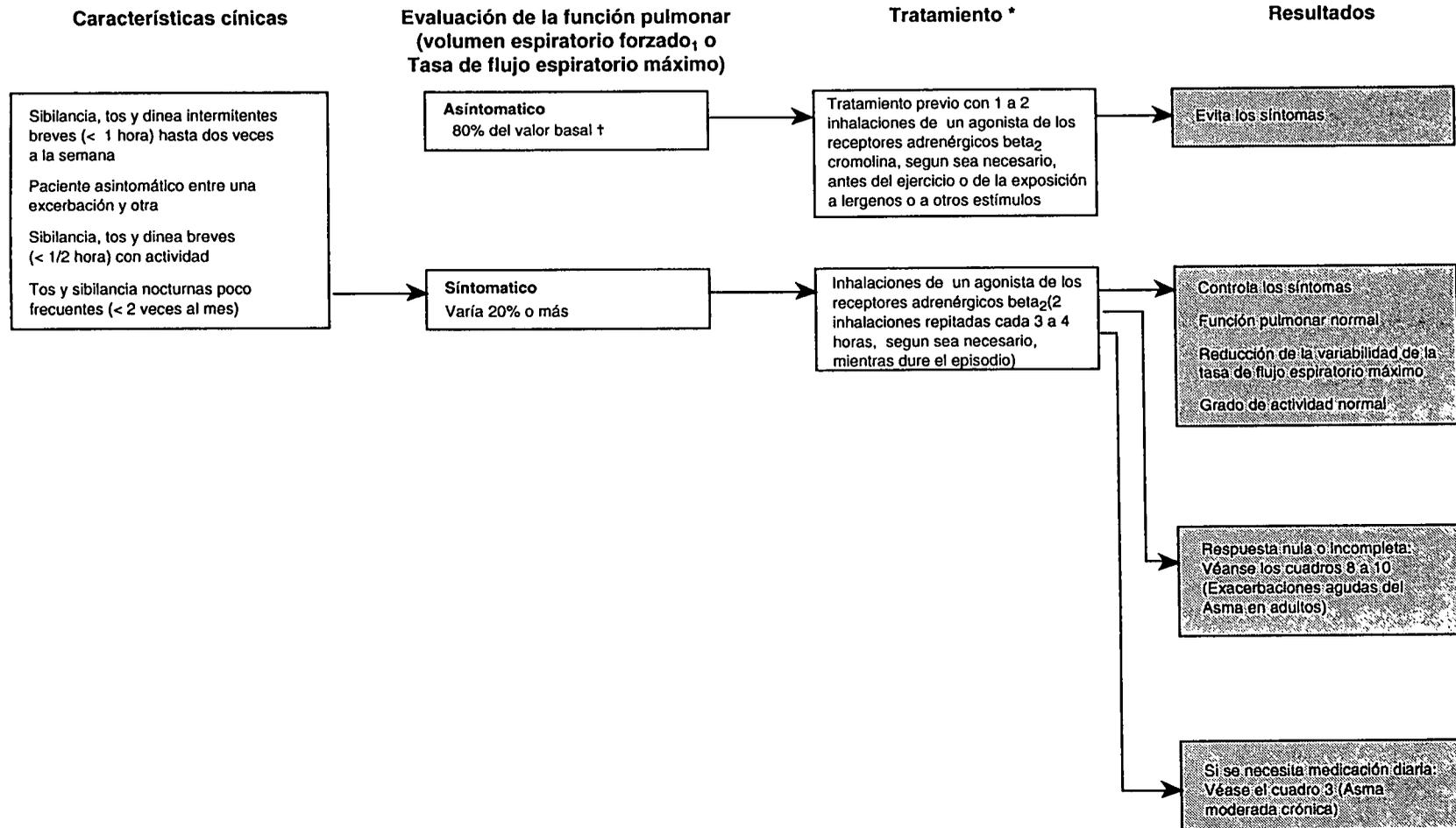
- B. Análisis detallado de los síntomas.

Algoritmo para el diagnóstico del asma



Tratamiento del Asma en adultos

Asma leve crónica

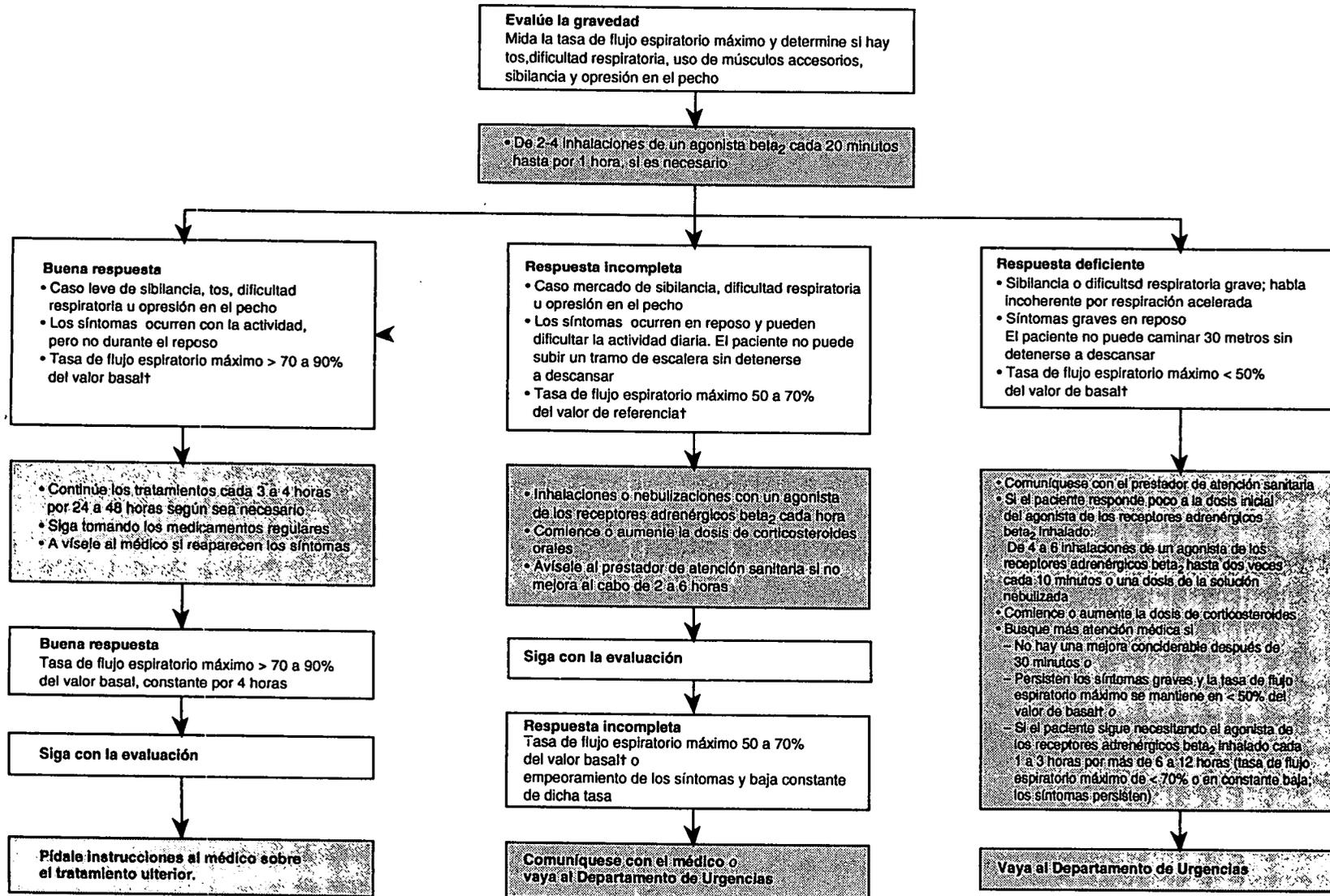


† La tasa de flujo espiratorio máximo como porcentaje del valor basal indica el estándar para la persona, establecida por el clínico. Esta puede ser un porcentaje pronosticado a partir de normas estandarizadas o el mejor porcentaje de cada paciente.

*Todo tratamiento debe comprender enseñanzas a los pacientes sobre prevención (incluso control del medio ambiente, cuando proceda) y control de los síntomas.

Exacerbaciones agudas del Asma en adultos

Tratamiento domiciliario



† La tasa de flujo espiratorio máximo como porcentaje del valor basal indica el estándar para la persona, establecida por el clínico. Esta puede ser un porcentaje pronosticado a partir de normas estandarizadas o el mejor porcentaje de cada paciente.

Referencias

- ¹ Dennis O'Leary, M.D., "The Sixth Annual National Forum on Health Care Quality," Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, Illinois, Octubre 15, 1993.
- ² **1994 Accreditation Manual for Hospitals**, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, Volume I, Sección 2, pp. 51-52.
- ³ **Process Improvement Models: Case Studies in Health Care**, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, 1993, p. 9.
- ⁴ V. Sahney et al., "Is Health Care Expecting Too Much From TQM?" *The Quality Letter*, Julio/Agosto 1992, pp. 13-15.
- ⁵ Kelman, A. "Assessment and Accountability: The Third Revolution in Medical Care." *New England Journal of Medicine*, 319 (18): 1220, Noviembre 3, 1988.
- ⁶ Thompson, Richard E., **Health Care Reform as Social Change: Why Successful Physicians and Health Care Executives are Retooling the Health Care Industry** (Tampa, Florida: American College of Physician Executives), p. 147.
- ⁷ **1995 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals**, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, 1994.
- ⁸ **1994 Accreditation Manual for Health Care Networks**, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, Volume 1.
- ⁹ **Abstracts of Clinical Care Guidelines**, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, Volume 5, Number 6, Julio/Agosto 1993, p. 3.
- ¹⁰ Donabedian, A., "The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance," *Quality Review Bulletin*, Noviembre 1992, p. 358.
- ¹¹ Richard J. Coffey, "Costs and Savings of CQI: A Real Life Example", *Quality Review Bulletin*, Vol. 18, No. 3, Marzo 1992, p. 111.
- ¹² Graham, Nancy O., **Quality Assurance in Hospitals**, 2nd Edition, Aspen Publications, Rockville, Maryland, 1990, pp. 20-22.
- ¹³ Longo, D.R., and Bohr, D., **Quantitative Methods in Quality Management**, American Hospital Association, Chicago, 1991, p. 61.
- ¹⁴ **Framework for Improving Performance: From Principles to Practice**, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, 1994.

¹⁵ **Primer on Indicator Development and Application: Measuring Quality in Health Care**, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, 1990.

¹⁶ **Abstracts of Clinical Care Guidelines**, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, Marzo 1993, Volume 4, Number 2.

¹⁷ Cook, Jody C., RN, CPHQ, "Clinical Pathways Improve Organizational Performance," QRC Advisor, Volume 10, Number 11, Septiembre 1994.

¹⁸ "Pathway Development at University of Cincinnati Hospital," QRC Advisor, Volume 10, Number 11, Septiembre 1994.

²⁰ **Journal on Nursing Care Quality**, 1992, Volume 7, Number 1, p. 21.

²¹ "Executive Summary: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma," U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, June 1991.

SEGUNDA PARTE

Autor Responsable: Humberto de Moraes Novaes
OPS/OMS
Washington, D.C., E.U.A.

En esta segunda parte son tratados temas específicos desarrollados para América Latina y el Caribe, tales como la propuesta de implementación de *programas nacionales de acreditación de hospitales* como estrategia para la mejoría de la calidad en los establecimientos de salud equipados con camas. Pese a los avances de esta región en materia de salud, sus 15.000 hospitales presentan significativos grados de deterioro, ya sea en sus aspectos físicos o en su funcionalidad.* Es entonces de extrema necesidad, sin dejar de considerar todas las técnicas mencionadas en la primera parte de este Manual, fijarnos estándares mínimos, apoyados por indicadores de bajo costo, para que todos los hospitales de América Latina y el Caribe puedan ser acreditados en un futuro no muy lejano, o sea transmitan plena confianza en la atención a la salud que ofrecen a sus clientes internos y externos.

En los Estados Unidos, como vimos en la primera parte, se persiguen estos mismos objetivos hace más de cincuenta años y actualmente son muy raros los ejemplos de hospitales en ese país que no alcancen estándares máximos de estructura y de procesos o que no hayan sido superados. Ahora buscan la implementación de *estándares de resultados*, ya mencionados anteriormente, como el de la "agenda para el cambio" de la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud. Debemos en nuestros países observar los avances alcanzados en materia de calidad de la atención en este país, pero también sus

fracasos, ya que las extraordinarias inversiones en salud no crearon todavía condiciones para ofrecer la misma calidad a la totalidad de su población.

Tenemos que avanzar cuidadosamente para alcanzar las metas que deseamos. En la primera parte, se puede constatar la importancia de la revisión de los *procesos*, ya sea por los enfoques de "calidad total", "monitoreo permanente de la calidad", "reingeniería" u otros. Para definir o redefinir procesos, tenemos primeramente que describir lo que estamos haciendo y sobre este tema en el próximo capítulo sugerimos algunas ideas. (La programación de procesos: Pasos iniciales para el monitoreo de la calidad).

Por otro lado, los países de América Latina y el Caribe descuidaron en los últimos años la formación de administradores profesionales de servicios de salud. Serán necesarios varios años para tener un número suficiente de egresados en gerencia de hospitales con sólida formación de postgrado. Así, para asesorar la gerencia, recomendamos la utilización de otros especialistas poco conocidos en el área de la salud, como son los ingenieros industriales. Sobre este tema hacemos algunas reflexiones más adelante. (El ingeniero gerencial: "Nuevo" recurso para los hospitales de América Latina y el Caribe).

En el último capítulo de este Manual y su anexo, se complementan informaciones sobre otros aspectos del tema *calidad*, como viene siendo enfocado en América Latina y el Caribe. Concluye esta segunda parte con un glosario de términos empleados en la discusión de este tema.

* Datos del Directorio de Hospitales Latinoamericanos y del Caribe, editado por uno de los autores (HMN).

La programación de procesos: Pasos iniciales para el monitoreo de la calidad

Independientemente de si el método adoptado para implementación de la CALIDAD en los servicios de salud es el de "Gerencia total de la calidad", "Monitoreo continuo de la calidad", "Re-ingeniería", "Atención centrada en el paciente" o "Acreditación" y otros, hay necesidad preliminar de describir los PROCESOS y los pasos básicos de como funciona la institución: sus normas, rutinas operacionales, procedimientos y perfiles de cargos (como se describe más adelante), y así conocer:

- ¿dónde y cómo estamos?

y definir:

- ¿para qué?
- ¿cómo?
- ¿hacia dónde vamos?

En el "Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios"* afirmábamos que "los hospitales son, de todas las empresas públicas o privadas, las instituciones más complejas para administrar. Existen identificados más de trescientos empleos diferentes, distribuidos en una diversidad de unidades o departamentos, en general independientes, los cuales si no están bien conducidos transforman estos servicios de salud en verdaderas "Torres de Babel". Los esfuerzos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de otras organizaciones internacionales públicas o privadas no han sido suficientes en América Latina y el Caribe para estimular la formación permanente de administradores hospitalarios capa-

citados para programar las operaciones de estas instituciones con calidad.

Pese a las semejanzas aparentes entre los más de quince mil hospitales de América Latina y el Caribe, sus programaciones internas son distintas, así como sus procedimientos. Las diferentes raíces históricas de cada institución, así como los valores y tradiciones culturales, las características de cada comunidad, la formación particular del cuerpo médico, etc., hacen imposible la construcción de una guía universal que cubra las necesidades básicas para la gerencia de la calidad de cualquier hospital.

El objetivo de este modelo de programación, ya aplicado con éxito en varios hospitales de América Latina y el Caribe, es especificar y operacionalizar las estrategias y tácticas de implementación de la gerencia de la calidad y servir de apoyo a todos aquellos que no

* Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Ed. PALTEX, Serie HSD/SILOS No. 25, OPS, Washington, D.C. 1990.

están conformes con el funcionamiento actual del hospital en el que trabajan y que sienten la necesidad del cambio.

El primer paso para la elaboración de una programación operacional hospitalaria, es vencer la barrera de la inercia por el cuerpo directivo, que debe asumir el compromiso institucional y motivacional de "querer hacerla", estableciendo el "grupo de tarea" o "grupo de trabajo" multiprofesional, que será el núcleo para coordinar la elaboración/ revisión de los procesos, indispensables para la interpretación y traducción de los diversos "idiomas nosocomiales" hablados en cada departamento, servicio o unidad.

Tomemos como base las siguientes observaciones generales:

□ La programación operacional en la red hospitalaria es una técnica que consiste en construir una colección sistematizada de informaciones e instrucciones que a manera de guía estandarizada sirva, básicamente, como referencia para la acción.

□ Las programaciones operacionales intervienen en aspectos organizacionales, porque incluyen no solamente temas de la estructura básica de las unidades hospitalarias (personal, equipamientos, área física) sino su dinámica y procedimientos. Esta programación contribuye para que la administración se transforme, progresivamente, de empírica o doméstica en una gerencia profesional.

□ Las programaciones de los procesos son también instrumentos para consulta o evaluación y deben describir de manera clara, las diferentes tareas ejecutadas por el hospital y por las unidades que este apoya dentro de la comunidad, buscando interpretar todos los mecanismos de comunicación técnico-administrativa. Todas las herramientas modernas para administración de la calidad, como vimos en la primera parte, buscan mejorar o cambiar completamente (en el caso de la re-ingeniería) los procesos.

□ Estas programaciones no están destinadas específicamente a la capacitación inicial del personal, al adiestramiento en servicio o a la educación continuada, pero representan uno de los más importantes instrumentos para todos aquellos que capacitan o evalúan recursos humanos en las respectivas áreas o departamentos.

□ En la elaboración de los instrumentos, la principal preocupación debe ser dirigida a la homogeneidad de los procesos administrativos o técnicos, con miras a una rápida y eficaz comunicación burocrática entre las diferentes unidades institucionales independientes del equipo de turno y a facilitar su permanente actualización.

Estas recomendaciones deben tomarse siempre como subsidio preliminar para los departamentos o servicios del hospital que pretenden elaborar este instrumento de trabajo.

Grupo de trabajo coordinador para la elaboración (o actualización) de las programaciones operacionales

Selección del coordinador-facilitador y miembros del grupo

Como ya se ha mencionado, son pocas las industrias con la complejidad de un hospital, complejidad que se ve dificultada por las especiales relaciones orgánicas y funcionales con los otros servicios de salud de una comunidad, como es el caso de la red de servicios de salud en los sistemas locales (SILOS).

Así, para la elaboración de las programaciones, es imprescindible la presencia permanente de profesionales en el grupo de trabajo representando a las distintas áreas, tales como: cuerpo médico, enfermería, nutri-

ción, trabajo social, registro y estadística médica, farmacia, áreas de apoyo clínico-quirúrgico (anestesia, laboratorio o patología, radiología o diagnóstico por imágenes, banco de sangre o transfusión) y demás áreas administrativas; así como, también, con representantes (el deseable sería el propio jefe) de los departamentos, de los servicios, de las unidades o de los centros de salud periféricos o satélites, con el cual el hospital se interrelaciona de forma integral.

Los trabajadores de las distintas áreas, pese a que laboran mayormente juntos, en general poco conocen del espectro de actividad de sus pares y con frecuencia no están familiarizados con todo el escenario hospitalario. Por tanto, es competencia del cuerpo directivo del hospital estar plenamente comprometido con la tarea y hacer la sugerencia para elegir un coordinador/facilitador de este grupo de trabajo, alguien quien sea *líder*, con conocimientos, habilidades y aptitudes muy especiales.

La elaboración de la programación hospitalaria NO puede ser una tarea de tiempo parcial, producto de la improvisación, sino una función a tiempo completo y especializada.

El coordinador/facilitador debe tener experiencia para escuchar opiniones diversas, compatibilizar intereses opuestos, capacidad de organización, facilidad para redactar y editar documentos y, principalmente, gran apoyo y delegación de autoridad por parte de este mismo cuerpo directivo que lo ha designado para coordinar la difícil tarea.

Esta recomendación que enfatiza la figura del coordinador/facilitador tiene como base, que el propio "proceso" de preparación o revisión de las actividades es tan importante como la producción del documento final o el "producto" del esfuerzo colectivo, pues durante las numerosas reuniones y discusiones sobre el **¿para qué?, ¿qué hacer?, ¿cómo hacer?, ¿con qué hacer?**, los distintos profesionales empiezan durante este período a comprender el funcionamiento del

hospital y nacen de este diálogo, ideas de cómo mejorarlo, casi siempre sin aumentar su costo de operación.

El coordinador del grupo tiene responsabilidades precisas en cuanto a:

- Revisar y proponer nuevas políticas del hospital al cuerpo directivo.
- Elegir métodos para la evaluación o el monitoreo de las políticas y procedimientos.
- Establecer una estrecha relación con todos los participantes del comité (sin afiliarse a grupos específicos de la administración, del grupo médico, o de las enfermeras).
- Mantener una relación independiente pero permanente, con especialistas del área administrativa, de mantenimiento, personal auxiliar o técnicos de todos los niveles, para obtener la ayuda que se requiera, cuando sea necesario.
- Conservar un archivo de reglamentos, normas y sugerencias; así como, el documento maestro, para incorporar y divulgar los nuevos programas y procedimientos recomendados, siempre que la situación lo exija. Los procesos operativos deben ser revisados por lo menos una vez al año, mantenerlos actualizados en función de la introducción de nuevas tecnologías o de personal nuevo especializado en el hospital.
- Convocar reuniones con los participantes permanentes y *ad hoc*. Asignar tareas a miembros del grupo de trabajo y nombrar subcomités. Estos subcomités evaluarán o revisarán políticas y procedimientos especializados, orientando la toma de decisión para el comité principal.
- Corregir la redacción (o edición) de normas, procedimientos, rutinas, formatos e impresos pertinentes.
- Aplicar técnicas de trabajo grupal ("dinámica de grupo"), tipo "círculos de

calidad" u otras, para que los profesionales ejecuten las tareas eficientemente y en conjunto.

Son muy frecuentes y normales, en estas situaciones, las luchas internas, los conflictos personales, las malas interpretaciones; y si bien, por un lado, a través de estos confrontamientos surgen nuevas ideas, por otro, deben ser controladas por el coordinador/facilitador para que no afecten los resultados y plazos establecidos.

□ Establecer reglas básicas y transparentes para las reuniones, tales como: periodicidad y horario de los encuentros, divulgación abierta de las conclusiones con recomendaciones útiles que orienten al grupo para un trabajo productivo.

□ No se puede olvidar que los hospitales son organizaciones muy tradicionales y los cambios de programación son resistidos con gran intensidad pues, casi siempre, conllevan la alteración de los centros de poder dentro de la institución. Esta alteración toca tanto a los niveles del personal auxiliar (auxiliar de enfermería, lavandería, áreas técnicas) como a los de más alta categoría (médicos, enfermeras con grado universitario), quienes luchan por mantener el *status quo* y resisten el cambio, ya que se puede poner en riesgo el poder adquirido durante varios años de vida intrahospitalaria.

□ Estimular (o presionar) para que los miembros del grupo de trabajo o subcomités revisen las políticas, estándares, normas o pautas, criterios y procedimientos de sus respectivos departamentos o servicios y los discutan con los demás participantes.

Organización de la tarea

La selección de las programaciones operacionales empiezan por:

□ Un listado nominal de tareas o actividades desarrolladas por un departamento o unidad, de acuerdo a la organización del hospital y la red de servicios.

Una "requisición de exámenes laboratoriales de la urgencia", por ejemplo, exige, para cada tarea o actividad "agentes" (¿quién la hace o la ejecuta?) - el médico, la enfermera, el técnico de laboratorio, la secretaria, el mensajero - y "operaciones" (¿cómo lo hace o qué hace?). Estos caminos críticos o análisis del flujo de los procesos son los que llamamos "rutinas operacionales".* Las rutinas operacionales traducen por escrito todos los flujos que ocurren dentro o fuera del hospital.

Es la base de la "ingeniería gerencial" (sobre el tema véase el próximo capítulo de este Manual) de la institución o de su proceso de producción. A través de numerosas rutinas se puede, por su análisis, observar los puntos de "cuello de botella", las relaciones de causa-efecto, las necesidades de cambio en el área física, la obligatoriedad de usos de formatos más sencillos, la observación de cambios necesarios en las funciones del personal.

□ A partir de las rutinas también se pueden extraer las normas o pautas, y detallarse los procedimientos técnicos o administrativos. Por ejemplo, veamos el caso de una rutina

* N. del A.: Más de cien ejemplos de "Rutinas operacionales" para hospitales se pueden encontrar en el libro "Manual de organización y procedimientos hospitalarios". OPS/OMS-PALTEX, 1990. Puede adquirirse en las oficinas de la OPS/OMS en el país, Sector PALTEX.

para tratamiento radio-terapéutico. De esta rutina sale la necesidad de una norma (o ley) para la necesidad de confección de máscaras protectoras de irradiaciones y el respectivo procedimiento específico (¿cómo hacerlo en detalle?).

Las normas son las leyes que deben ser obedecidas con disciplina y responsabilidad, pueden ser utilizadas, no solo para punición, sino para control de negligencias o impericias, cuando la calidad de la atención médica está en riesgo. Los procedimientos, por su parte, describen en gran detalle la "operación" de una determinada "rutina", de manera que sea siempre la misma técnica utilizada, independientemente del funcionario o personal de turno.

□ Los plazos de entrega de las programaciones operativas (rutinas, normas, procedimientos) por el grupo-tarea son siempre escasos. En este proceso de interconsulta multiprofesional, los plazos son en general muy cortos y compete a los miembros del grupo de trabajo cooperar para apresurar la presentación de los documentos-borradores en el menor tiempo posible.

Así, los grupos de trabajo no deben tener menos de tres personas y no más de nueve participantes (multiprofesionales), reunidos frecuentemente y de preferencia en la misma oficina, en días y horas establecidos y, cuando sea posible, siempre los mismos, de modo de crear un condicionamiento humano permanente de motivación y responsabilidad por la tarea.

Los miembros de los subcomités, deben estar atentos para que en la elaboración de las rutinas programáticas, todos los agentes (personal) deban ser con frecuencia consultados para verificar y confirmar si hay consenso en las operaciones que les toque ejecutar y si son las mismas descritas en la

programación. El grupo de trabajo, seguidamente aprobará las normas y solicitará a los subcomités especializados, la elaboración y descripción de los procedimientos técnicos o administrativos pertinentes.

□ La suma de las operaciones o actividades (presentadas resumidamente en las rutinas) ejecutadas por los agentes (personal o funcionario), delinearán los perfiles del cargo o "descripción de función" de un profesional, de un auxiliar de mando inferior, etc. Estas descripciones de función son también instrumentos para definir las calificaciones del personal para la admisión en el trabajo o para la formación o capacitación del personal, de acuerdo al perfil exacto de su cargo.

□ En el proceso de elaboración de las programaciones operativas (o su revisión anual) los participantes, motivados por el coordinador/facilitador, deben estar compenetrados en el desafío de la misión y estimulados por la "mística" de la tarea, para mejorar la calidad de la atención médica en el hospital, objetivo final del esfuerzo.

Mientras tanto, en las oficinas del grupo de trabajo (y de los subcomités) deben tener, fijados en la pared, un croquis, diseño de la planta física o copia de los propios diseños arquitectónicos para que, constantemente, el grupo de trabajo esté al tanto de la circulación del personal, de los enfermos, de los familiares, del material, muestras biológicas, exámenes, alimentos, ropa; en una palabra, visualizar la compleja red de flujo de cosas y personas que circulan por los corredores nosocomiales.

Este ejercicio de análisis "funcional" con el "físico", es un desafío que contribuye a la propia comprensión del grupo multiprofesional dentro de la complejidad operacional del hospital. Recuerde siempre que *"La función viene antes que la forma"*.

□ Son puntos esenciales, el tener en todos los subcomités la presencia de, por lo menos, una enfermera, pues el servicio de enfermeras en el hospital representa más de 50% del personal, están presentes veinticuatro horas al día, los 365 días del año y son de todos los funcionarios, las que más dominan aspectos de la gerencia de la calidad en gran parte de las tareas.

□ En la redacción de las programaciones, es importante que:

- sean escritas con exactitud;
- sean preparadas para el lector;
- contengan todos los asuntos de las distintas áreas;
- tengan lenguaje claro y breve;
- sean realistas y no de tipo personal;
- eviten discursos innecesarios sin aplicaciones prácticas.

□ La programación operacional del hospital, al no ser un libro, sino una carpeta de trabajo, debe estar revestida de plástico, con un dispositivo interno que facilite agregar o sustituir páginas, con contenidos actualizados de las rutinas, normas, procedimientos, estructuras y perfiles funcionales de personal. Su distribución debe ser amplia, de manera que todos los servicios, departamentos o unidades tengan una copia o ejemplar. En la medida que vayan siendo producidos nuevos documentos, estos deberán ser inmediatamente comunicados y distribuidos por el comité.

Contenido de la programación

El contenido de la programación operacional es establecido por el grupo de redacción en función de las características del hospital. De manera general proponemos el siguiente índice provisional:

Introducción

Debe suministrar información general sobre el contenido de la programación, la cual servirá de guía al usuario. Comprende el enunciado de la misión de la institución, las metas y objetivos de los departamentos o servicios, los aspectos administrativos, procedimientos generales estandarizados, etc. En la introducción se puede incluir toda la información esencial relativa a los departamentos o servicios.

Cuando se describen los objetivos, debe tenerse presente que estos sirven para: comunicar, documentar, instruir, coordinar y establecer normas observadas por la institución de la cual el hospital, departamento o servicio forman parte. Por otro lado, se debe apoyar la idea que los objetivos sean "mensurables" y realistas o, en otras palabras, que puedan ser apreciados o evaluados en los informes o relatorios anuales de manera que se pueda medir si fueron alcanzados o no.

Organización

Por organización se comprende el establecimiento de un conjunto de actividades programadas con la finalidad de hacer que la institución alcance los objetivos propuestos dentro de una estructura, en un determinado período. En este subcapítulo destacamos la participación de cada departamento o servicio del hospital en la "estructura institucional".

Podremos encontrar en su contenido los siguientes ítems:

Organigrama: La representación gráfica y esquemática de la estructura jerárquica del hospital en un momento dado y tiene un valor relativo cuando no está actualizado (situación comúnmente encontrada).

Posición: Es el vínculo de subordinación de la unidad, en el contexto de la estructura institucional. Define la coordinación y subordinación del servicio o departamento, en relación a la estructura general. Establece las relaciones interdepartamentales e interservicios, dentro y fuera del hospital.

Localización: Orienta la disposición del área física del departamento, servicio o unidad, dentro del contexto.

Competencia: Es la atribución específica y exclusiva de un órgano de decisiones o ejecución. Puede ser del departamento, servicio, unidad (sección, sector o según las denominaciones adoptadas).

Se deben utilizar siempre palabras que denoten acción, tales como: cumplir (ejecutar una orden), realizar, observar, practicar, etc.

Descripción de cargo, funciones o puestos: Es la relación de tareas y deberes atribuidos a un individuo, para el cual se exigen "conocimientos", "habilidades o destrezas", "aptitudes", "responsabilidades" y "requisitos mínimos".

Se puede subdividir en:

- denominación de la función (cargo, puesto o tarea);
- descripción sumaria de la función (observar que esta descripción se extrae de las "rutinas operacionales", o sea, qué hace el agente);
- actividades típicas y deberes (utilizar el verbo en infinitivo);
- requisitos para llenar puestos vacantes;
- posición jerárquica en la institución.

Flujogramas: Descripción de lo que entra y sale del departamento o servicio. Se pueden trazar líneas con distintos colores, ejemplificando la circulación de personas, materiales, familiares, medicamentos, lavandería, alimentos, etc. Las rutinas operacio-

nales son las bases para el diseño de los flujogramas.

Normas: (o pautas): Son las reglas generales para situaciones cotidianas que afectan las funciones del hospital. Ninguna actividad administrativa puede procesarse sin el establecimiento de leyes, códigos o reglas, que sirvan de guías para decidir, monitorear y actuar. Son las resoluciones firmadas por los cuerpos directivos u otras fuentes auténticas, destinadas a determinar o fijar, en líneas generales, la ejecución de una o más normas relacionadas con asuntos de interés de la institución.

Las normas se refieren al:

- paciente;
- personal/funcionarios;
- materiales;
- otros.

Deben redactarse en lenguaje explícito, en forma positiva, expresado con claridad, para transmitir lo que realmente se pretende, evitando interpretaciones individuales.

Las normas reglamentan de manera clara las políticas generales del hospital y la red de servicios y conllevan la obligación de su cumplimiento exacto. Enuncian la posición oficial del hospital en cuanto a su finalidad y práctica. Por tanto, las normas no deben estar en conflicto con los aspectos jurídicos o éticos de la institución señalados en su reglamento original. Los principios normativos son para todo el personal y las excepciones deben estar explícitamente justificadas y expresadas por sí solas, como por ejemplo: "No se permitirán visitas sin orden médica".

Las normas pueden ser redactadas genéricamente y requerir un gran número de procedimientos para llevarlas a cabo. Por ejemplo: "La central de esterilización prepara, almacena, distribuye equipos

quirúrgicos, utilizados por el personal para atención ambulatoria, enfermería, centros de salud satélites (de la comunidad)". Para la ejecución de esta norma, tendremos procedimientos redactados para cada etapa del proceso, tales como: (1) recepción, (2) ordenamiento, (3) limpieza, (4) desinfección, (5) inspección, (6) ensamble, (7) etiquetaje, (8) esterilización, (9) control, (10) distribución.

Las normas departamentales o de servicios son para satisfacer las necesidades de estos mismos departamentos o servicios, pero no deben contradecir las normas generales de la institución. Cada jefe debe revisar y aprobar todas las nuevas normas administrativas y transmitir las al coordinador del grupo de redacción. Muchas veces, normas establecidas por un servicio interfieren y afectan más a un departamento, debiéndose por eso coordinar la forma más apropiada de aplicación de la ley, antes de ponerse en vigor.

Con frecuencia, cabe al grupo de trabajo considerar aspectos jurídicos, éticos, de seguridad, reglamentos nacionales; su tarea llega hasta conseguir un consenso entre partes e intereses, para la aprobación de una norma.

Rutinas operacionales

Como ya comentamos, este es el punto básico de la programación. Describe las diversas etapas del "proceso de producción" hospitalario. Necesitan siempre agentes y operaciones, buscando frases cortas que definan con exactitud lo que se hace en determinado momento. Se pregunta: ¿Quién lo hace? (agente) y ¿Qué hace? (operación).

Las rutinas operacionales pueden estar referidas al paciente, personal o material. Su redacción es sencilla, concisa, precisa, breve. Son el análisis del flujo de una actividad u operación dentro de un sendero, donde participan individuos o agentes en el

hospital.

A través de las rutinas operacionales podremos observar si las descripciones de puestos son realmente auténticas, cuáles son los procedimientos que faltan para redactar y aprobar; además, son el instrumento indispensable para las reformas, adaptaciones o ampliaciones del área física del hospital, ya que son la propia programación funcional de la institución. Sin ellas no podemos ni pensar en iniciar un enfoque más complejo de gerencia de calidad, pues no sabemos exactamente lo que estamos haciendo. Cuando no sabemos dónde estamos, ciertamente no sabremos dónde pretendemos llegar.

Procedimientos

Son la descripción estandarizada y en mayor detalle de una actividad u operación. Son las guías para ejecución permanente de una misma tarea y que por sus características especiales, necesitan de otras explicaciones de "cómo es hecho en la práctica diaria". Pueden estar relacionados a los aspectos:

- técnicos;
- administrativos;
- de enfermería;
- de atención médica;
- otros.

Los procedimientos especializados para el manejo de equipos (lavandería, laboratorio, radiología, anestesia, etc.), de atención de enfermería, de atención médica, de control de riesgo, etc., pueden constituirse en procedimientos separados de las actividades generales para su fácil consulta por los departamentos o servicios a que se destinan, respondiendo a las necesidades durante las veinticuatro horas del día, independientemente de la persona o equipo de turno.

Anexos

Los principales anexos de los manuales de programaciones operacionales son los modelos de formatos y documentos utilizados por los departamentos y servicios que circulan en el hospital.

La complejidad de la estructura burocrática del hospital, exige un número muy elevado de formatos, registros y documentos, los cuales deben ser constantemente revisados para su simplificación e incorporados a la programación operativa diaria.

Estos formatos, además de sus títulos y divisiones deben al final de la página indicar: año de edición, número de copias o ejemplares y número del formato.

Por ejemplo: Modelo "Censo de Pacientes"
1991/10.000 copias/Enfermería No. 33
(u otro número del formato)

Otros anexos pueden ser, de acuerdo al caso, las macro-políticas de la institución, su reglamento general, la legislación de personal, la planta física del hospital, etc.

Aplicación de las programaciones

El grupo de trabajo (o de redacción) y los subcomités deben estar siempre abiertos a toda la "familia" hospitalaria. La introducción de una nueva programación o su actualización anual conlleva siempre cambios, a veces bruscos. Así, para minimizar situaciones de resentimiento, discordia o conflictos, el personal debe estar suficientemente informado para mantener la motivación para las nuevas propuestas.

Algunos puntos importantes que deben tenerse presentes son:

□ Las programaciones de procesos son los marcos de referencia para las comunicacio-

nes y para la evaluación de la calidad; las comunicaciones deben ser ampliamente distribuidas, de acuerdo con su volumen y contenido, a todos los servicios o departamentos del hospital, así como a los centros de salud satélites en la comunidad, recomendando a los respectivos jefes que realicen reuniones grupales frecuentes (como si fueran verdaderos "círculos de calidad" o grupos de personal del servicio o departamento) para discutir abiertamente las nuevas rutinas y procedimientos.

□ Los suplementos, memoranda u órdenes de servicio que cambian normas, rutinas y procedimientos anteriores, deben ser enviados a través de una lista maestra de distribución, para ser anexados, durante el transcurso del año, a la programación operativa en uso, para más tarde ser definitivamente incorporados en la programación anual final.

□ Para la introducción de nuevas rutinas y procedimientos se debe utilizar técnicas pedagógicas modernas, de "dinámicas grupales", con demostraciones reales de las nuevas metodologías y operaciones, reforzando el proceso de aprendizaje por la observación de los distintos pasos.

La calidad de la atención médica puede bajar, si cada uno desempeña funciones a su manera. La aplicación eficiente de las programaciones operativas evita conflictos que no son necesarios, aumenta el rendimiento hospitalario y la motivación del personal.

□ El uso racional de los instrumentos facilita las investigaciones médicas (o clínicas), la elaboración de protocolos clínicos (ver pautas o normas clínicas en la primera parte de este Manual), investigaciones del área de enfermería, o de "ingeniería gerencial" hospitalaria. El establecimiento de normas o rutinas (clínicas, de enfermería, u operativas) estandarizadas conllevan a una observa-

ción científica futura (retrospectiva o prospectiva), con obtención de datos para trabajos o publicaciones técnicas y para la propia retro-alimentación funcional del hospital y, principalmente, la medida comparativa precisa de la calidad.

Las normas, rutinas y procedimientos pueden ser evaluados no solo para eliminar actividades superfluas, superpuestas o duplicadas, sino para la propia reducción de los costos de las operaciones hospitalarias.

Por fin, el control permanente de la programación operacional del hospital a través de grupos de trabajo o de tareas, representan la principal condición para el desarrollo y mejoría de la calidad de la atención médica en nuestros países.

Conclusión

Las programaciones operativas ofrecen orientaciones y directrices uniformes para todos aquellos que trabajan en los servicios de salud. En el momento que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se esfuerza por implementar en todos los países de la Región, una nueva política de desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS), con descentralización local (a nivel de distritos de salud) con integración de la atención médica preventiva y curativa, estas programaciones pasan a ser instrumentos indispensables, no solamente para el funcionamiento del hospital, sino para toda la red integrada de servicios de una comunidad dada.

El hospital, además de ser receptivo a los cambios de las políticas nacionales de salud, debe también tener una eficiente gerencia de sus propios departamentos y servicios, estar preparado para responder a necesidades de sus clientes internos, así como a las de los servicios de salud satélites que necesitarán

apoyo, dentro del enfoque de sistemas locales de salud.

Un SILOS no puede existir o funcionar sin el apoyo de un hospital de referencia bien gerenciado.

La permanente actualización de la organización y de los procesos operacionales hospitalarios, obliga a la institución a acompañar los adelantos de la medicina, a adaptarse a los frecuentes cambios de personal y equipos, en el dinámico y conturbado ambiente exterior que siempre exigirá mayor eficiencia en las estrategias y tácticas para la adaptación, y al mismo tiempo, ofrecer una mejor calidad de los servicios médicos.

Los nuevos trabajadores de servicios de salud, así como el personal más experimentado, debe estar familiarizado con las políticas, normas, rutinas y procedimientos y, por tanto, necesitarán actualizarse constantemente.

Las programaciones de procesos operacionales para la organización y sus instrumentos (procedimientos, rutinas, etc.) son todavía poco utilizadas en la mayoría de las instituciones hospitalarias de salud latinoamericanas. El retraso gerencial de los servicios en nuestra Región, tiene que caminar a pasos largos para superar los muchos años de abandono administrativo. No hay ninguna otra alternativa al desarrollo gerencial de los hospitales y demás servicios de salud para la implementación de modelos de monitoreo continuo de la calidad que sustituya el esfuerzo colectivo del personal de salud local para implementar sus propias programaciones.

Ninguna consultoría contratada privada o con apoyo de organismos internacionales o no, puede reemplazar el esfuerzo local de médicos, administradores, enfermeras, trabajadores sociales, nutricionistas, farmacéuticos, estadísticos, fisioterapeutas, técnicos de laboratorios, radiología o archivo médico y de todos los demás integrantes de esta compleja "familia", conformada como equipo cohesionado y que trabaje en la superación de sus propias dificultades.

La simple adaptación local de programas importados de monitoreo de la calidad no solucionan la mayoría de los problemas, pues, repetimos, es durante el propio proceso de revisiones o elaboraciones de las normas, rutinas y procedimientos, por el equipo local multidisciplinario, en el que se disipan las dudas y nacen las soluciones apropiadas para cada realidad social e institucional.

El presente instructivo no es solamente una guía de orientación, sino principalmente un estímulo para aquellos que todavía creen en la mejora de las condiciones de atención médica de nuestros hospitales y de los demás servicios de salud de América Latina y el Caribe.

El ingeniero gerencial: "Nuevo" recurso para los hospitales de América Latina y el Caribe

Tendencias para América Latina y el Caribe

Las tendencias o previsiones para el nuevo siglo en América Latina y el Caribe apuntan a inversiones en la redefinición o construcción de nuevas camas hospitalarias, así como también a la sustitución, ampliación o modernización de las ya existentes.

Países como Bolivia, Guatemala, México y Perú entre otros, deben aumentar el número actual de sus instalaciones de hospitalización en los próximos años; al mismo tiempo deberán clausurar las instalaciones subutilizadas (como aquellas ubicadas en pequeños hospitales privados o públicos, los «establecimientos de salud con camas», casi sin capacidad resolutive), centros en donde la comunidad, orientada por su sabiduría nata, no busca atención médica por tener estos pocos recursos clínicos, pero acuden sí a las instituciones donde las condiciones de atención son mejores y con servicios de apoyo de diagnóstico y terapéuticos eficaces.

Otros aspectos que serán abordados en un próximo futuro son:

- La necesidad de tener mejores sistemas para la determinación de costos operacionales en los hospitales, en especial los públicos.
- La implementación de programas de evaluación permanente de la calidad, a través de estándares e indicadores, como el propuesto por la OPS/OMS, en 1992 y referido mas adelante en los proximos capítulos de este Manual.

Las inversiones significativas en el área social, con énfasis en los niveles micro-económicos, orientarán también las acciones para el aumento de la producción, sin perjuicio de la calidad, utilizando los menos recursos posibles. Deberán ser establecidas las prioridades para la fijación de normas de calidad, mecanización o automatización y utilización eficiente del personal hospitalario.

Las nuevas instalaciones serán diseñadas para simplificar la logística intrahospitalaria, ya sea el tiempo necesario para la emisión de una orden de prescripción de una medicina o el movimiento o traslado del propio personal. También, la computarización de toda la institución deberá tornarse en las próximas décadas tan sencilla como hoy lo son los procesamientos exclusivamente manuales. En 1994, 38% de 10.000 hospitales latinoamericanos y del Caribe informaron tener computadoras en sus instalaciones (datos del Directorio Latinoamericano y del Caribe de Hospitales, OPS/OMS).

Ejemplos de estas situaciones son los nuevos protocolos (o pautas clínicas), como fuera mencionado en los Apéndices en la primera parte de este Manual, para conducta médica diagnóstica o terapéutica, exámenes de pre-admisión de pacientes, los sistemas de referencia de casos a otros servicios de salud dentro de un sistema local de salud (SILOS), así como la consulta de registros médicos accesibles a cualquier punto del sistema.

La distribución de alimentación o, por ejemplo, el control sencillo de las ropas procesadas por lavanderías centrales; todos

integrados por esquemas diseñados por ingenieros industriales (gerenciales) a través de técnicas usadas en la investigación operativa, son otros ejemplos.

En todos los países de la Región se perciben tendencias que enfatizan la calidad de la atención médica en los hospitales, ya sea por compensaciones o bonos, a través de incentivos para el aumento de la eficiencia, o ya sea por la mejora continua de los mecanismos de monitoreo de la calidad, por medio de sistemas de información automatizados. La consecuencia natural de todos estos procesos deberá ser la mejor precisión en las tomas de decisiones para garantizar una mejor calidad de la atención médica.

Como veremos más adelante, los enfoques de la "administración estratégica" buscan el ajuste a los continuos cambios que reflejan las dinámicas alteraciones socio-ambientales de América Latina y el Caribe en este fin de siglo, sino también que estas son influenciadas por las alteraciones intrainstitucionales, tales como las nuevas misiones de los hospitales frente a los SILOS y el nuevo comportamiento individual de sus dirigentes.

Estamos seguros que las necesidades de cambios gerenciales y la introducción de innovaciones operativas en los hospitales de América Latina y el Caribe, deberán ser uno de los principales objetivos en la organización de los servicios de salud en el futuro. En una reciente publicación, tuvimos oportunidad de identificar cerca de quince mil hospitales en América Latina y el Caribe, con aproximadamente un millón de camas y cerca de dos millones de trabajadores.

Si se estima para América Latina un costo promedio de construcción de US\$100.000 por cama; se originaría, así, una industria con un costo de instalación inicial de US\$100 mil millones de dólares, sin considerar los costos de operación, mantenimiento y renovación tecnológica.

Pese a la magnitud de las inversiones en recursos económicos y humanos de estas instituciones, su administración sigue orientada en general, por:

- Una pobre gerencia que va a necesitar, en un futuro inmediato, de un apoyo permanente de profesionales para el análisis y corrección, para la toma de decisiones inteligentes.
- Propuestas para la solución de los problemas que enfrentan los directores ejecutivos, con el objeto de ofrecer una atención médica eficiente y eficaz.

La tarea de los ingenieros gerenciales hospitalarios

Alrededor del año 1965, los ingenieros industriales, a menudo llamados ingenieros de sistemas, fueron introducidos para cumplir funciones gerenciales en los hospitales de los Estados Unidos ("hospital management engineering"), como un nuevo integrante de los recursos humanos que compone la gran familia de trabajadores hospitalarios.*

La mayoría de los ingenieros gerenciales hospitalarios son o fueron ingenieros industriales que adquirieron habilidades técnicas en industrias de producción o de servicios. Pese a las grandes diferencias existentes entre estas industrias y los hospitales, muchos de los principios operacionales pueden formar parte de las rutinas, normas o procedimientos técnicos de los hospitales.

* Folker, D.A.: *Hospital Management Engineering and Hospital Administration: A historical perspective tied into current issues.* NLN-PUBL; 1987 dez (20-2191); p 47-59.

Estos profesionales son contratados por los hospitales y otros servicios de salud, para apoyar la dirección ejecutiva de la institución en el análisis de las debilidades de la gerencia, en el diseño o la utilización de las instalaciones, en el flujo de información, en la evaluación de los procesos, en la utilización del personal y en el grado en que se cumplen los objetivos de desempeño. La presencia de estos expertos tuvo por finalidad utilizar sus conocimientos para ayudar a reducir costos, mejorar la calidad de la asistencia y la accesibilidad a los servicios.

Varias de las "herramientas" de estos ingenieros, tales como, histogramas, diagramas de causa-efecto o de Ishikawa, flujogramas, técnica Delfos u otras, fueron redescubiertas recientemente por el sector salud, con la difusión en América Latina y Caribe de la propuesta de "Garantía total" o "Monitoreo continuo de la calidad" y otras, en los hospitales.

Las propuestas de "Calidad" de J.M. Juran y W. E. Deming, también ingenieros, ya tratadas en la primera parte de este Manual, fueron popularizadas en el sector salud de los Estados Unidos por el Dr. Donald M. Berwick y rápidamente diseminadas en América Latina y el Caribe. Hoy son raros los países de esta Región que no tienen en alguno de sus hospitales un programa de "Monitoreo o mejoramiento continuo de calidad", "Calidad total" u otra denominación local, pero que observan en sus principios los conceptos de los teóricos norteamericanos.*

* Berwick, D.M. EN: Paganini, J.J.; Novaes, H.M.: *La Garantía de Calidad - Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe*. OPS/OMS; Serie SILOS No.13, 1992, pg. 97. Washington, D.C., E.U.A.

Si bien los enfoques de desarrollo organizacional que trabajan con equipos multiprofesionales, círculos de servicios, círculos o grupos de calidad tuviesen gran aceptación en el sector salud, otras industrias ya los abandonaron. Un estudio refiere que 80% de empresas norteamericanas que iniciaron programas de "círculos de calidad" en 1980, 83% los abandonaron dentro de 18 meses.** Otros informes revelan que el programa no ha funcionado en 60% de los casos.

Pese a las dificultades de implementar modelos de mejoramiento de la calidad que involucran trabajo en equipo, sus instrumentos o «herramientas» evaluativas siguen siendo extremadamente útiles en el arsenal de los dirigentes hospitalarios y cuando son conducidas correctamente pueden ofrecer inestimables contribuciones.

Los ingenieros gerenciales en el medio hospitalario tienen como principal tarea el diseño de sistemas y subsistemas y su evaluación.

Los productos de las actividades pueden ser sencillos, como por ejemplo, los rediseños de impresos o formularios utilizados. Un hospital universitario puede llegar a tener más de mil diferentes formatos impresos para realizar las rutinas nosocomiales.

Como modelo de diseño de sistemas se pueden mencionar todos los procesos que ocurren en un hospital, ya sean referentes a las rutinas técnicas o a los procedimientos administrativos. Muchos de los subsistemas en un hospital funcionan de acuerdo a la dedicación del personal, pero son pobremen-

** DuBrin, A.: *Contemporary Applied Management*. Tercera edición, Ed. Richard D. Irwin, Inc., Illinois, 1989, pg. 203.

te documentados y existen casi exclusivamente en la memoria del ejecutor.* ¡Su ausencia de la institución conlleva a la paralización de este servicio!

En el libro "Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios", ya mencionado, publicado por la OPS/OMS, están relatadas un sinnúmero de rutinas operacionales, procedimientos y normas que se pueden encontrar en un hospital. Si tomamos por ejemplo una rutina de «Provisión de Medicamentos a Pacientes Internados» (p.385 del "Manual de Organización y Procedimientos", op. cit.), observamos que para la ejecución de esta tarea intervienen enfermeras, auxiliares de farmacia, auxiliares de distribución y farmacéuticos. Todos los agentes de esta rutina ejecutan operaciones específicas para que el paciente reciba el medicamento en la cantidad exacta y en el momento correcto. Cualquier error que cometa un individuo en una de estas etapas podrá ser de desastrosas consecuencias para el paciente, incluso con peligro de su vida.

En este ejemplo participaron una serie de funcionarios, fueron utilizados distintos formularios, se movilizaron toda una logística de subsistemas para la adquisición, depósito y distribución de insumos, todas tareas para el análisis típico de un ingeniero gerencial hospitalario.

Una simple admisión de un paciente que ingresa por la emergencia (p.246 "Manual de Organización", op. cit.) moviliza por lo menos siete funcionarios que, con frecuencia, por la inexistencia de diseños apropiados funcionales o de distribución de área

física son forzados a retardar un procedimiento urgente.**

Las actividades que a continuación se enumeran, resumen la mayor parte de los servicios comunes que proporcionan los ingenieros gerenciales:

- Análisis del diseño y mejoramiento de los sistemas y métodos de trabajo en el hospital, en los SILOS.
- Diseño de instalaciones: configuración, distribución y utilización de la superficie disponible.
- Flujo de materiales y modalidades de tránsito.
- Simplificación de la correspondencia y diseño de formularios de los servicios hospitalarios.
- Fijación de pautas para determinar las modalidades de dotación de personal y su utilización.
- Formulación de descripciones de puestos/funciones, planes de evaluación de funciones, procedimientos para clasificación por méritos y planes de motivación de los funcionarios.
- Instalación de sistemas para el control de la producción de inventarios y de la calidad en lo referente a almacenamiento, manipulación, procesamiento y uso de materiales y suministros.

* Covert, R.P.: *Management engineering in the hospital environment. Top Hosp Pharm Manage*; 1983 nov., 3(3); p. 12-19.

** OPS/OMS: *Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios*. PROAHSA-FGV/EAESP/HCFMUSP. Ed. PALTEX, Organización Panamericana de la Salud; 1993; p.636.

- Determinación de los procedimientos para el tratamiento de datos y preparación de informes de gestión con miras a establecer sistemas de información para el control administrativo continuo.
- Preparación de histogramas, gráficos de control, tablas comparativas de resultados. etc.
- Análisis económico de combinaciones alternativas de personal, materiales y equipo y elaboración de modelos para optimizar los distintos modelos.
- Mejoramiento de la estructura organizacional, relaciones autoridad-responsabilidad y modalidades de comunicación.
- Desempeño del hospital en general, para que el administrador lo use en la determinación de políticas, presupuestos, planes de construcción con los poderes públicos.
- Generación de información técnica, predicción de necesidades y demandas futuras de la comunidad y transformación de la información pertinente en una forma útil para la toma de decisiones administrativas y a la planificación estratégica.

Sistemas hospitalarios

En la medida que el hospital va creciendo, los diseños se tornan más complejos y difíciles. Para que las actividades de los ingenieros gerenciales sean eficientes, el profesional necesita incorporarse al equipo hospitalario o agentes de determinada rutina para que junto con los especialistas se analice una operación, un proceso o un sistema más complejo. En el ámbito de atención de la salud en un SILOS, el resultado final de este sistema también debe ser el bienestar de la población, observado por

la evaluación de los efectos, por más que puede resultar difícil de medir el éxito de la intervención.

Análisis de una operación

Esta función consiste en hacer un examen profundo de una operación desagregándola en sus partes o elementos constitutivos. Cada parte del elemento se examina por separado y de esta manera el estudio de la operación se convierte en una serie de problemas bastante sencillos. La experiencia ha enseñado que son pocos los métodos establecidos que no puedan mejorarse si se examinan en grado suficiente.

Análisis de un proceso

Proceso es una colección de actividades que utilizan uno o más tipos de "inputs" (entradas) y crean un "output" (resultado) que tiene valor para el cliente. Puede ser un grupo de actividades que, cuando juntas, producen un resultado de valor para el cliente, por ejemplo un nuevo producto. No es el producto, pero el proceso que crea el producto es el responsable del éxito a largo plazo del hospital.

Este término designa una evaluación similar pero más amplia que la del análisis de una operación. Se describe también como el acto de estudiar la secuencia de pasos utilizada en la obtención de un producto o servicio, con la finalidad de ofrecer una alternativa más eficiente para elaborar productos con calidad. Con este objetivo, en el capítulo anterior de este Manual llamamos la atención del lector hacia la importancia de la elaboración de "rutinas operacionales".

Cuando se evalúa un procedimiento para encontrar formas de mejorarlo, el análisis

suele hacerse con la ayuda de uno o varios tipos de rutinas operacionales, traducidas en diagramas de proceso o flujogramas.

El flujograma representa una forma cómoda de mostrar las relaciones entre las operaciones, los pasos del proceso y factores correlativos, la distancia cubierta, el tiempo de trabajo y el de inactividad, los costos, las operaciones efectuadas, los conflictos de acciones y el tiempo. Permite, también, percibir rápidamente el problema a fin de que el mejoramiento pueda emprenderse en una secuencia lógica.

Análisis de sistemas

Se entiende por sistema una red de operaciones interrelacionadas en el hospital para llevar a cabo una actividad. En cierto modo, es una aplicación más general del análisis de una operación o de un proceso en la que los elementos fundamentales se examinan para determinar sus repercusiones positivas o negativas sobre los puntos de decisión en el sistema. Por ejemplo, la "rueda de Deming" o "círculo de Ishikawa" consiste en un análisis sistémico, cíclico y repetitivo para el mejoramiento de un "sistema" donde las fases maestras son: planificar lo que se va hacer, implementar, estudiar o revisar los resultados y tomar nueva acción y reiniciar el ciclo.

El ingeniero gerencial puede también desglosar el análisis de sistemas, en nueve pasos:

1. Definir el problema.
2. Preparar un bosquejo del estudio de sistemas.
3. Obtener información general de referencia sobre las áreas por estudiar.
4. Entender las interacciones entre las áreas que se estudian.

5. Definir las necesidades del sistema.
6. Diseñar el nuevo sistema.
7. Preparar comparaciones de costos.
8. Negociar con la administración para que acepte el nuevo sistema.
9. Encargarse de la ejecución y/o el seguimiento y la reevaluación.

Además, un sistema eficaz debe producir los siguientes resultados importantes:

- proporcionar información correcta, en el momento oportuno y al costo apropiado;
- disminuir el grado de incertidumbre y mejorar la calidad de las decisiones tomadas;
- aumentar la capacidad para afrontar la carga actual y futura de trabajo;
- conseguir la competencia necesaria para efectuar el trabajo que antes era imposible, aumentando la eficiencia de los empleados y reduciendo los costos.

El diseño del nuevo sistema es el paso crucial para obtener estos resultados, pues la información generada anteriormente se combina con un método sincronizado para alcanzar las metas deseadas. Esto exige evaluar y reconocer que distintas configuraciones pueden dar buenos resultados en grados diferentes.

Es un proceso práctico, orientado por la limitada disponibilidad de recursos en los hospitales de América Latina y el Caribe (tiempo, dinero y personal), y es instrumento fundamental para poner en práctica las nuevas decisiones y principalmente en un ambiente de mayor motivación.

Ninguna otra industria consigue reemplazar la mística del trabajo hospitalario. Sus desafíos constantes por la lucha contra la muerte y contra el tiempo hacen que estas organizaciones, pese a todas las dificultades que enfrentan a diario, encuentran siempre

en su personal nuevas energías para poner en marcha las propuestas que ellos mismos ayudaron a crear.

Otras actividades de los ingenieros gerenciales

Como vimos anteriormente, los ingenieros gerenciales pueden desarrollar un notable trabajo de apoyo a la dirección de los hospitales para alcanzar una calidad "total" o un mejoramiento continuo en un sinnúmero de tareas no tradicionales:

- actividades de diagnóstico y pronóstico en recursos humanos;
- análisis de las demandas comunitarias de servicio;
- planificación estratégica del hospital.

Describiremos algunas de estas tareas más adelante y con más detalle.

Pronóstico de las necesidades de mano de obra*

Ya en 1976, Joan Holland había propuesto un esquema de provisión y capacitación de personal para desempeñar las funciones asistenciales durante cierto período, por ejemplo, de seis meses hasta cinco años.

Mediante este método se espera que cada departamento pronostique la oferta y la demanda futuras, las áreas de operaciones previstas y la mano de obra necesaria, teniendo en cuenta el recambio previsto, las jubilaciones, las vacaciones, mediante la capacitación y utilización de su propio personal.

* Sobre gerencia de recursos humanos, véase el Manual No. 3 de esta misma Serie.

Sin un continuo proceso de capacitación del personal no es posible ofrecer calidad en la atención médica, como se refiere en la primera parte de este Manual.

Se detallan en seguida los pasos principales de Holland para la planificación de las necesidades de mano de obra:**

- Analizar la situación actual de la demanda elaborando un inventario de la fuerza de trabajo: ¿Cuántos empleados tenemos? por departamento, por calificación profesional o técnica, por edad, por sexo, por tipo de formación, por clasificación, por intereses profesionales, por antigüedad laboral.
- Examinar las actuales tendencias y problemas de la fuerza laboral: ausencias, recambio, vacantes, problemas de contratación, número de personal en adiestramiento, normas de personal, distribución de sueldos y/o salarios.
- Averiguar la estructura organizacional y las políticas sobre mano de obra: duplicaciones de actividades, subutilización del personal, grado de supervisión, problemas de política de personal.
- Analizar la situación de la demanda a corto y largo plazo. Estudiar los planes y las prioridades futuras de la organización, como cambios de actividad consecuente a los nuevos enfoques de calidad de la atención, tipos de trabajo, predicción de necesidades, predicción de presupuesto.
- Analizar las tendencias de productividad. Cambios tecnológicos, experiencias de pro-

** Holland, J.: Workshop: Manpower Planning to Meet Needs. *Health Care Management Review*, Otoño, 1976; p. 42-46/.

ductividad en el pasado, cambios gubernamentales o del entorno futuro.

- Evaluar y actualizar el pronóstico. Analizar los flujos y tendencias en la oferta de mano de obra en relación con las necesidades futuras. Preparar una predicción preliminar de mano de obra.
- Evaluar y actualizar periódicamente el pronóstico. Iniciar y evaluar procesos afines de selección, contratación, adiestramiento en la planificación profesional y desarrollo organizacional.

Los conocimientos de análisis estadísticos de los ingenieros gerenciales, sumados a la experiencia de los demás directores departamentales, llevan a la elaboración de un plan maestro para la institución. Esto incluye que cada uno de los funcionarios reciba un formulario individual para llenar sus necesidades de adiestramiento, para proveer a la organización en el futuro con personal actualizado con las nuevas tecnologías y motivado para prestar atención de salud con calidad.

Pronóstico de la demanda: Visión del futuro

En el proceso de seleccionar un método para prever una atención médica con calidad para el futuro se deben encarar dos asuntos prácticos importantes.

- Primero, ¿a qué distancia en el futuro es necesario hacer las estimaciones? Esta decisión determina qué técnicas de predicción (de corto, mediano o largo alcance) son apropiadas.
- Segundo, ¿a qué distancia en el pasado es preciso remontarse para reunir datos con

miras a hacer pronósticos? La cantidad de información requerida, su accesibilidad y el costo para adquirirla determinarán qué técnica de pronóstico es factible y razonable en relación al monto de cambios a definir.

Mac-Scott (1982), propone que el período durante el cual habrá de pronosticarse la demanda de servicios de salud depende también de dos factores: el tiempo de puesta en marcha y la duración de las decisiones basadas en este pronóstico.

Por tiempo de puesta en marcha se entiende el período que se necesita para implementar una decisión. Es la demora característica de toda decisión concreta y frecuentemente encontrada en el proceso de decisión en América Latina y el Caribe.

La duración es el período en que la decisión, ya aplicada, seguirá respondiendo a la demanda en relación al desempeño de la organización.*

El hospital debe siempre tener la vista puesta en la probable demanda a mediano plazo por si acaso se visualice un cambio considerable al que haya que responder. De lo contrario, el futuro se le puede venir encima al hospital bajo la forma de un cambio profundo de la demanda, a la que no podrá responder oportunamente debido al largo plazo de la puesta en marcha. Por lo general, el tiempo necesario para poner en marcha un plan tarda de 12 a 15 meses.

Es probable que para una determinada decisión exista un lapso entre su adopción y su ejecución, durante el cual pueda revocarse o

* Mac-Scott, R.E.: *Forecasting Health Services Demand: Time-frames and Data Requirements. Health Care Planning and Marketing Quarterly*, enero, 1982.

modificarse. Por ejemplo, la decisión de contratar personal temporal puede ser susceptible de cancelarse con 12 horas de anticipación, aunque el tiempo de puesta en marcha sea de 24 horas. El compromiso para adquirir un nuevo equipo puede cancelarse en cualquier momento hasta 30 días antes de la entrega o la decisión de construir una nueva unidad podrá revocarse hasta dos años antes de su inauguración prevista, aun cuando el plazo de puesta en marcha sea de cinco años.

La predicción de la demanda futura debe indicar si se justifica o no una decisión de larga duración. Un compromiso prolongado se justificaría, por ejemplo, si se tiene la esperanza fundada de que continúe una gran utilización o de que aumente más la demanda. El pronóstico de un alza súbita de la demanda, seguida de una baja o un regreso al nivel normal, aconsejaría recurrir a alguna medida temporal.

Sea como fuera, la decisión deberá tomar en cuenta la curva de demanda prevista para la totalidad del período de vigencia de la decisión y sus consecuencias.

También existe un momento de corrección. Combinando el tiempo de puesta en marcha y la duración de la decisión, el período clave para el que debe predecirse la demanda es el que va del momento más temprano en que puede aplicarse la decisión al momento más temprano en que, una vez aplicada, puede corregirse.

La demanda para este período será calculada cuidadosamente por el ingeniero gerencial, antes de tomar la decisión o en el momento más tardío posible de corrección, antes de la ejecución. Una vez que se ponga en práctica la decisión, se hará una serie de predicciones que se adelantarán en el tiempo lo suficiente como para igualar el momento más temprano posible de corrección.

La técnica que los ingenieros gerenciales van a usar dependerá de la cantidad de información actual y pasada necesaria para formular el pronóstico.

En América Latina y el Caribe el gran desafío es la falta de confiabilidad de los datos históricos, pues con mucha frecuencia cada fuente de información presenta un denominador diferente.

Las técnicas elementales basadas en el pasado, solamente en los datos de un período, a menudo se precisan como mínimo de cinco a diez años. Como el solo pasado no es base suficientemente fidedigna para predecir el futuro, especialmente en los pronósticos de largo alcance, es limitada la utilidad de copiar gran cantidad de datos sobre el pasado a menos que se utilice una técnica de serie temporal o de predicción cíclica.

Si el pronóstico se apoya en la intuición y la experiencia (técnica de Delfos), quizá no hagan falta datos formales cuantitativos. Pueden necesitarse datos mínimos si se emplean correlaciones sencillas o gran número de observaciones si se va a emplear un número considerable de factores influyentes. La cantidad de información, por lo general, acrecienta los conocimientos sobre el presente y el pasado, pero puede no mejorar la precisión de los pronósticos para el futuro.

Mac-Scott (1982), también sostiene que para mejorar el pronóstico del uso futuro de los servicios de salud deberá incorporarse, en cierto grado, el reconocimiento de los siguientes cambios, como mínimo:

- número de habitantes de la zona de influencia;

- características demográficas de la población de la zona, por ej., edad, sexo, raza, ingresos;
- actitudes y modelos de comportamiento de dicha población, por ej., tasas de fecundidad;
- preferencia por la asistencia domiciliaria o el autotratamiento;
- asistencia ambulatoria frente a la hospitalización;
- número de médicos que atienden a la población correspondiente;
- modalidades del ejercicio de la medicina;
- preferencia por el tratamiento ambulatorio sobre el de hospitalización;
- nuevas tecnologías;
- entorno que modifique el comportamiento relativo a la utilización, por ej., seguro nacional de salud;
- niveles de empleo.*

La finalidad de los análisis es determinar cuál será el uso de un servicio específico. Existen muchos métodos técnicos estadísticos para prever la utilización futura, como la extrapolación de tendencias que permiten formular estimaciones sencillas.

Estas técnicas dan por sentado que cualquier cambio o relaciones que hayan existido en el pasado persistirán en el futuro. Sin embargo, a menos que esas tendencias sean conocidas y comprendidas, no hay que confiar demasiado en ellas.**

Las técnicas complejas manejadas por los ingenieros industriales, como la regresión múltiple y las simulaciones, pueden permitir

al hospital manejar más factores que rigen la utilización. Las ecuaciones de múltiples variables para formular pronósticos exigen estimar las medidas futuras de todas las variables usadas para pronosticar la utilización o de evaluación de la calidad en la institución.

Las técnicas cuantitativas de múltiples variables pueden ser muy útiles como guías para entender la manera como ocurre el cambio. Si se aplican con cuidado, deben identificar los aspectos de las situaciones complejas que sean sensibles a la modificación de ciertos factores. Una vez que se han reconocido los factores y sus nexos con la utilización, es posible formular pronósticos o estrategias que incorporen modificaciones de dichos factores y los efectos previstos de las mismas.

Pronóstico estratégico de largo alcance del hospital

El propósito de la planificación estratégica en hospitales es ofrecer a la institución un sentido de propósito y dirección ofreciendo servicios de la más alta calidad.

Cualquiera que sea la situación del hospital, la planificación estratégica busca identificar las oportunidades y amenazas del medio exterior para la administración de los servicios, tales como disponer de recursos más efectivamente y desarrollar mecanismos para evaluar el desempeño organizacional.***

* Para mayores informaciones sobre evaluación de sistemas locales de salud, véase el Manual No. 2 sobre programación local de esta Serie.

** Mac-Scott, R.E.: *Resources Requirements for Health Care Organizations*. *Health Care Management Review*, Primavera (Fall), 1979.

*** McNash, M.: *Management Engineering's Contribution to the Strategic Planning Process*. *Health Care Strateg Manage*; 1985 Apr; 3(4); p. 4-7.

Entre las actividades de los ingenieros gerenciales, como vimos, están los análisis situacionales de la demanda, externa e interna, proponer las definiciones de misiones u objetivos institucionales, así como las estrategias y tácticas para hacer frente al futuro.

Estos análisis llevan con frecuencia a los directivos a revisar o cancelar, por ejemplo, sus planes de expansión de camas en unidades pediátricas, cuando en los sistemas locales de salud (SILOS) las actividades de atención primaria son realizadas de manera satisfactoria y consecuentemente reducen drásticamente las necesidades de hospitalización infantil.

Otras veces, una huelga médica conduce erróneamente a atender los reclamos profesionales para mejora de las condiciones de la calidad de la atención de los servicios de emergencia en el hospital, cuando sabemos que cerca de 80% de estos casos son debidos a que la población no confía en sus centros de salud primarios o policlínicos periféricos y busca el servicio de emergencia para dar fin a sus dolencias.

La verdad es que la solución de problemas no está en aumentar las inversiones intra-institucionales, físicas o de personal, sino en la resolutividad y calidad de la atención médica en los servicios comunitarios básicos (primarios) de salud.

Son muchísimos los ejemplos de expansiones o diversificaciones de servicios de salud que son practicados sin un análisis estratégico sobre las debilidades y fortalezas del sistema, sea de la propia comunidad, o del hospital.

Durante muchos años se ha utilizado como principal herramienta administrativa la lla-

mada "administración por objetivos", que pese a continuar siendo un enfoque válido para aplicarse en hospitales, su principal restricción es que está casi siempre orientada a los problemas intra-institucionales y no percibe que muchos de estos tienen su solución no en el hospital sino en su entorno.

Según Peter Drucker (1959), la planificación estratégica no maneja decisiones futuras, pero sí el futuro de las decisiones de hoy.*

La planificación estratégica es un proceso que orienta la organización al futuro, permitiéndole que se adapte más rápidamente a los cambios de los ambientes internos y externos, estando estos últimos en general fuera de nuestro control y determinando hacia cuál dirección el hospital debe orientarse, reduciendo el espacio que separa su situación actual de la que pretende ser dentro de algunos años.

Si bien el plan estratégico teórico debe ser fundamental para las necesidades de la mayor parte de las instituciones de asistencia sanitaria latinoamericana, las situaciones individuales podrían mostrar adiciones u omisiones a los ingenieros gerenciales para adaptarlo a circunstancias particulares de un determinado sistema local de salud (SILOS).

Los directores hospitalarios, apoyados por los ingenieros gerenciales, deben así proyectar la planificación estratégica según los requerimientos de la institución y de la comunidad, buscando un clima favorable para su implementación. Existen algunas tareas sencillas y básicas en este proceso:

* Drucker, P.F.: *Long-range planning: Challenge to management science. Management Science*, 1959, 5:239.

□ *Analizar la situación actual del hospital y revisar "su misión", para comparar con lo que se desea para el futuro y clarificar nítidamente su propósito.*

Es la fase más importante del plan, pues es el "examen de conciencia" de la institución. En esta etapa se busca identificar las condiciones que impidieron que la institución pudiera efectivamente realizar sus objetivos, metas y estrategias propuestas en el pasado, dejando transparente las "oportunidades perdidas".

Al revisar la misión del hospital, se procura también identificar la previsión de las necesidades de la comunidad y se presentan los métodos usados para predecir las futuras necesidades de programas de salud de las zonas de influencia del hospital para los próximos años, tomando en cuenta los cambios demográficos, comunitarios y la utilización prevista de los servicios sanitarios por esa misma población.

Describe, asimismo, la índole y el alcance de las instituciones sanitarias de la zona y los servicios que prestan a la población en estudio. Compara las necesidades previstas de la comunidad con la oferta de servicios existentes para identificar deficiencias o excesos presentes y futuros.

Describe también los servicios sanitarios que no son proporcionados ahora por los recursos correspondientes de la comunidad y examina la competencia entre servicios o programas y la duplicación de capacidad instalada.

También examina las directrices y las declaraciones de las entidades de planificación externa y confirma o propone enmiendas a las necesidades sanitarias previstas para la municipalidad. Observa la disponibilidad de médicos y otro tipo de recursos humanos.

Covey (1990), considera que la más efectiva manera de establecer la "misión" es buscar desarrollar la propia misión individual, nuestras filosofías o credos, enfocando valores y principios.*

En distintas organizaciones, como en los hospitales, el mecanismo es el mismo, solamente que en conjunto, donde todos participan en la redacción de la "misión del hospital" y también se someten a una profunda introspección, a un análisis cuidadoso, a extensas reflexiones, hasta llegar al formato final, completo, conciso y que expresa los más íntimos valores y direcciones institucionales frente a la comunidad servida.

El enunciado de la misión institucional básica guía la formulación del plan. Por ejemplo, si la institución decidió elaborar nuevos programas y servicios, solo debe hacerlos después de efectuar un estudio cabal de la comunidad, sus necesidades y sus posibles relaciones con otras instituciones.

En general, los enunciados de los hospitales son obras literarias vagas, que no muestran dirección o son definidas de manera tal que no ofrezcan ninguna forma de resistencia u oposición.

El enunciado de la misión declara la razón de la existencia de la institución y su propósito general, en el sistema de asistencia sanitaria de la comunidad. Describe el papel que la institución desempeña junto con otras instituciones sanitarias y sus relaciones de cooperación actuales o previstas para el futu-

* Covey, Stephen R.: *The Seven Habits of Highly Effective People*. Simon & Schuster, Nueva York, 1990, p.139.

ro, en materia de prestación de servicios sanitarios a la población de la zona.

□ *Analizar en detalle el hospital y su ambiente exterior para determinar las fuerzas que lo afectan y la habilidad para gerenciar a su favor.*

Identificar y evaluar los principales problemas, interrogantes, oportunidades y amenazas que el hospital está o estará enfrentando, en orden de importancia. La planificación estratégica es esencialmente una ciencia que trata de los cambios del mundo exterior.

Aquí buscamos compatibilizar las capacidades o competencias internas y nuestras aspiraciones con las demandas y oportunidades siempre presentes en la sociedad que nos rodea.

Los criterios del estudio describen la justificación de la norma en que se preparó el plan, incluidos los componentes principales. Explica los métodos usados para identificar los grupos humanos atendidos por la institución y sus límites geográficos, políticos, naturales o de otro tipo de dicha zona, así como las características de la población residente en el área de influencia del hospital y las proyecciones sobre cambios futuros en el crecimiento de la población o su composición.

Tiene en cuenta las futuras modificaciones en la tendencia de estas comunidades, en especial la planificación y los servicios gubernamentales, el desarrollo industrial y comercial y otros factores que pueden determinar la necesidad de servicios sanitarios en el futuro.

Vilfredo Pareto, o "Marchese di Parigi" (1848-1923), sociólogo y economista italiano, hace muchos años ya había propuesto un método para apoyar el análisis de situaciones. Dentro de un conjunto de factores so-

bre los cuales se debe centrar una decisión, se busca aquellos que al solucionarlos consigan resolver el 80% de los problemas existentes. Debemos, también, centrar el plan en "apagar permanentemente los incendios" que perturban casi el 80% de las actividades hospitalarias diarias.

Los instrumentos utilizados para estudiar/planificar son varios y cubren métodos cualitativos, tales como, observación, experiencia, creatividad, intuición, representados por las técnicas de grupos denominados "tempestades cerebrales", imágenes mentales u otros métodos cuantitativos más refinados, ya descritos en la primera parte de este Manual, que incluyen las herramientas naturales de los ingenieros industriales, como: análisis de sistemas; modelos de simulación; PERT (Program Evaluation Review Test); diagramas de causa-efecto (o de Ishikawa); diagramas de afinidades; análisis de contenidos temáticos; gráfico de Pareto; diagramas de control u otros más sencillos como registros médicos, contabilidad hospitalaria, actas de reuniones, e informes estadísticos anuales.

En general, el problema no es falta de información, al contrario, hay muchos datos no organizados para dar una información adecuada para la toma de decisiones.

Las informaciones básicas que se necesitan son en cuanto al área de captación que sirve el hospital o, en otras palabras, datos sobre el sistema local de salud (SILOS) donde está ubicado o cuál es la institución de referencia de casos.

Es también necesario recolectar registros sobre los tipos de pacientes que atienden, los servicios de apoyo que ofrecen, las características de su cuerpo clínico, el resultado de sus operaciones financieras y, por último, la competencia local.

Cada uno de estos rubros merecen ser analizados en detalle para conseguir mejor precisión en la planificación, ya que es prácticamente imposible alcanzar en América Latina y el Caribe una proyección perfecta para una previsión de cincuenta años, que es la duración promedio de un hospital, cuando los datos ambientales son tan cambiantes.

□ *Buscar las estrategias apropiadas después de revisar las variadas opciones que equilibran el potencial del hospital con los cambios permanentes de las condiciones internas y externas, tomando en consideración la nueva misión del hospital, sus valores y deseos, disponibilidad de recursos y su responsabilidad social.*

Preparar un plan escrito que soporte y conduzca esta estrategia, después que los consejos directivos de la institución aprueben las nuevas metas y estrategias, bajo la orientación de un comité de planificación.

De la misma manera que un buen médico generalista no podrá jamás efectuar un tratamiento correcto para el enfermo sin llegar a un diagnóstico preciso, tampoco un hospital puede planificar su futuro sin los diagnósticos exactos de su situación actual, obtenidos de la observación de las etapas anteriores. Solamente así es posible considerar las opciones y hacer la mejor selección sobre las metas y direcciones que tiene que perseguir para el futuro.

En esta fase el ingeniero gerencial inicia la organización de la información existente bajo términos específicos, sintetizando los resultados. Deben ser incorporadas las diferentes recomendaciones, estableciendo quién, cuándo, y dónde se responsabilizará por la acción y con cuáles recursos.

□ *Obtener aprobación de este plan es una fase primordial, pues es la que orienta la gerencia del hospital por varios años. Es siempre bueno recordar que los grandes esfuerzos para llegar a este punto no deben frustrarse por la inacción futura.*

Implementar el plan es el gran desafío, principalmente en América Latina y el Caribe, donde la continua convulsión en el ambiente exterior lleva siempre a la postergación del tiempo de puesta en marcha.

Lo que caracteriza a los "grandes" empresarios es su capacidad en asumir riesgos. Por más detallado que sea un plan, habrá siempre momentos en que el líder del grupo tendrá que balancear todas las alternativas de los imprevistos y tomar una decisión, que obviamente siempre tiene sus riesgos.

La administración estratégica a veces se transforma en una gerencia coyuntural, donde la intuición del líder prevalece.

□ *Establecer los procedimientos y el calendario o agenda para monitorear el plan y para determinar si el que es presentado es el que fue propuesto.*

La revisión del plan es siempre necesaria, pues los cambios no previsibles de algunos de los componentes exigen nuevas medidas. Existirá siempre la necesidad de tener un plan contingencial para hacer frente a posibles eventos o condiciones que puedan ocurrir y afectar la habilidad de la institución en alcanzar sus objetivos.

Estas situaciones pueden ser relativas a los aspectos de la construcción física, incorporación tecnológica, variables económicas, política local o nacional o también de naturaleza gerencial.

Cabe al comité de planificación estar preparado con planes estratégicos contingenciales para superar las crisis externas o cambios organizacionales dentro del mismo hospital, para minimizar los impactos.

Estas tareas pueden ser trabajadas de diferentes formas por el ingeniero gerencial, dependiendo de lo que ya fue alcanzado, de la experiencia de los planificadores, de la complejidad de los programas y actividades del hospital, estilo gerencial de los adminis-

tradores o de los cambios en el sistema de prestación local de salud.

Conclusión

Hacer que un nuevo proyecto sobre "calidad hospitalaria" se implemente no es fácil en América Latina y el Caribe, principalmente cuando el objetivo incluye también su relación/integración con otros servicios de salud de la comunidad. Por lo tanto, hay que establecer un clima favorable dentro y fuera del hospital, bajo el liderazgo de su director general o superintendente.

Hay que buscar el apoyo del grupo médico, de las enfermeras y la colaboración de ingenieros gerenciales y otros profesionales, y significativo apoyo comunitario.

Para promover estas complejas tareas organizacionales hay que delinear claramente las funciones del cuerpo rector, la administración, el personal médico y enfermeras y, sobre todo, el papel de la comunidad.

También resultará valiosa la descripción de la forma como se escogieron los participantes de los cuerpos directivos del hospital y los métodos que se utilizan para tomar sus deliberaciones gerenciales finales.

Es imprescindible que los planes operativos de la junta directiva sobre "calidad", reciban el respaldo de los líderes médicos, instituciones y grupos claves de la comunidad. Los esfuerzos deben ser coordinados para asegurar que todos están involucrados en los diferentes niveles de actividad y movilizarse en la misma dirección.

Es siempre indispensable tener un manual del hospital donde estén descritos los com-

ponentes de los programas, lo que se espera de cada uno, las políticas, normas, procesos, rutinas u otros procedimientos que expliquen hacia dónde están siendo conducidos los esfuerzos, dejando siempre suficiente "espacio" para nuevas sugerencias creativas.

En este documento se describen los programas y servicios existentes de la institución y se revisa su utilización a lo largo de su existencia, como ya se ha mencionado en el capítulo anterior de este Manual.

Siempre que sea posible, se identificarán los factores internos o externos que rigen las modalidades de utilización en el pasado.

Basándose en la misión y el papel enunciado y tomando en cuenta las lagunas y duplicaciones identificadas en los servicios sanitarios de la comunidad, se trazan los planes de corto y largo alcance de la institución para llevar a cabo programas para prestar con gran calidad sus servicios en materia de asistencia de pacientes hospitalizados, atención ambulatoria, diagnóstico y tratamiento, educación, investigación y otros que podrían ser pertinentes.

El ingeniero gerencial prevé la futura utilización de los programas y servicios planificados de la institución, aportando información estadística para los programas, recursos humanos, instalaciones o planificación financiera en el futuro. Se torna, así, en el "brazo derecho" del director del hospital, ofreciéndole instrumentos para justificar sus proposiciones y respaldar las decisiones tomadas para mejoramiento continuo de la calidad.

Implantación de programas de garantía de la calidad a través de la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe

En una reciente publicación de la Federación Latinoamericana de Hospitales tuvimos la ocasión de definir el término "garantía de calidad" como "un subprograma de programación local de los servicios de salud que garantiza que cada paciente recibirá atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el régimen terapéutico asociado".

Para ello, se utilizará un mínimo de recursos necesarios con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debidas al tratamiento, obteniéndose la máxima satisfacción de los servicios recibidos, independientemente de si el nivel institucional de atención es primario, secundario o terciario, en un sistema local de salud (SILOS)". (Novaes, 1992).

Así pues, para el desarrollo eficaz de programas de garantía de calidad se necesitarían las siguientes variables:

- calidad técnica de los profesionales;
- uso eficiente de los recursos;
- reducción al mínimo del riesgo de lesiones asociadas con los servicios de salud ofrecidos;
- satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y acceso a los servicios de salud;
- una red de sistemas de locales de salud (SILOS) en el que los servicios intra y extrahospitalarios estén coordinados e integrados.

Para el cumplimiento de estas premisas, que se analizarán en el curso del presente trabajo, existen grandes desafíos que habrán de ser abordados por casi la totalidad de los cerca de 15.000 hospitales de esta Región (América Latina y el Caribe), ya que todavía *no han sido alcanzadas algunas condiciones elementales para una atención médica de calidad.*

Burmeister (1992), en una presentación sobre las actividades desarrolladas por la Asociación Paulista de Medicina para mejorar la atención médica en los hospitales del estado de São Paulo, Brasil, mencionaba la existencia de un número importante de instituciones cuyos servicios de personal desconocían las calificaciones técnicas de los médicos que formaban parte de sus respectivos grupos clínicos.

De esta forma, deben adoptarse medidas iniciales en lo que queda del siglo, no solo para evaluar la calidad de la atención médica en América Latina, sino principalmente para garantizarla en el futuro próximo. Esta Región obtuvo grandes adelantos en cuanto a la expansión de los servicios de salud, presentando una cobertura básica razonable, y ahora necesita orientarse para la implantación de programas de calidad en esos mismos servicios y sus hospitales de referencia.

Para "garantizar" la calidad de la atención médica, se necesita primero definir: *qué se evaluará, para qué, cuál será la finalidad:*

- para el mejoramiento específico de la calidad clínica;

- para el control de los costos o reembolsos;
- para la acreditación de los hospitales.

y *cómo* pretendemos dirigir el proceso de evaluación y las consiguientes correcciones de las deficiencias encontradas al nivel local.

Se conoce poco sobre la duración del efecto de las medidas correctivas o de los incentivos en los hospitales de la América Latina para mejorar la calidad, tal como el papel de la formación de los funcionarios (debido al grado elevado de cambio de personal hospitalario), la suspensión del pago de los sueldos (práctica utilizada en los Estados Unidos para obligar a los médicos a completar el historial clínico de los pacientes admitidos), presiones por parte de los propios colegas del cuerpo clínico o modificaciones administrativas.

Si el objetivo es evaluar la calidad en una determinada zona geográfica o de captación, orientamos la observación a los aspectos estructurales, funcionales y de impacto de los servicios en las comunidades como, por ejemplo, en el estudio que realizamos en Niterói; Cali, Colombia; y Monterrey, México. (Novaes, 1990).

Si pretendemos evaluar una determinada prestación de servicios, pero con la finalidad de verificar la precisión de las cuentas hospitalarias para fines de reembolso, también se modifica la metodología. Cuando el proceso está orientado a evaluar el desempeño de los profesionales, debemos establecer otras reglas y métodos especiales, y así sucesivamente.

Lo que queremos destacar es que, hasta el presente, la evaluación de la atención médica consiste muchas veces en apreciar más el "arte de curar", o los estilos, sobre la base

de criterios subjetivos de las conductas médicas, que de conforme a fórmulas cuantitativas exactas y de esta manera aumenta, en gran medida, la dificultad de realizar un proceso pragmático de evaluación.

Si algunos años después tuviésemos que evaluar la calidad de los resultados de las diferentes técnicas de gastrectomía para el tratamiento quirúrgico de una úlcera de duodeno, por ejemplo, estaríamos frente a un problema casi sin solución, ya que nos detendríamos más en la capacidad "artística" del cirujano que en parámetros científicamente medibles. En realidad, esas tecnologías operativas caerían en desuso antes de que pudiesen ser "garantizadas" como de alta calidad, debido al éxito de la introducción de las terapéuticas clínicas modernas.

Las conductas y tecnologías médicas están en continua evolución y los métodos de evaluación deben considerar estos adelantos, así como también la región o local que será objeto de observación, principalmente los valores y criterios de los profesionales y pacientes, para no caer en la imprudencia de establecer patrones o normas de calidad que están muy alejadas de esa misma realidad local o regional.

En algunos países de América Latina los curanderos llegan a tener más prestigio que los médicos, pudiendo hasta cobrar "consultas" a un precio más elevado que las de los "colegas" profesionales. El "arte de curar" de estos legos es notable y, en consecuencia, es apreciable la satisfacción de los pacientes por los servicios recibidos.

La evaluación de la "satisfacción" del paciente y su familia, como medida de la evaluación de los resultados de la relación médico-paciente, depende siempre de la subjetividad de percepción de los diferentes niveles educativos, sociales, económicos o

lingüísticos que separan al profesional y a los propios hospitales de sus clientes.

La definición arriba indicada de calidad depende pues, de la perspectiva de quién la define según sus conocimientos, valores y recursos. Para los clientes y sus familiares significa obtener un diagnóstico correcto y un tratamiento satisfactorio de acuerdo con sus propias percepciones. Para los profesionales, prevalecen los criterios estrictamente técnicos de mejorar la calidad de la vida de los pacientes, que también son influenciados por sus propias percepciones, definidas por el contexto donde se trabaja, de la escuela médica responsable de su formación y de sus valores personales intrínsecos.

Casi siempre, la conducta médica tiene por base criterios implícitos y estos, en general, solo pueden ser evaluados por otro médico. Para superar esta dificultad es necesario exponer explícitamente estos criterios, mediante protocolos que describan todos los pasos lógicos seguidos por los profesionales para llegar a un diagnóstico o a una intervención terapéutica correcta y que puedan ser comprendidos y seguidos por profesionales no médicos, eliminando así la posibilidad de la evaluación subjetiva exclusivamente médica.

Este proceso es bastante complicado debido a las innumerables variables que pueden ocurrir en la evaluación clínica o el tratamiento de una determinada patología, así como también en relación con la edad, sexo y comorbilidades de los enfermos (case mix).

Estas conductas clínicas pueden observarse en los expedientes de los pacientes, pero sus principales limitaciones se deben a la omisión de eventos importantes, como la falta de informaciones sobre el estilo de la rela-

ción interpersonal entre el médico y el paciente y otras más comunes, como los propios errores en las anotaciones de observaciones clínicas o de su codificación.

El historial clínico, entre tanto, es el principal instrumento de evaluación del proceso de atención de salud, e incluso esa modalidad tan básica para garantizar la calidad, en el caso de América Latina y del Caribe está muy lejos de lo que se desea debido a deficiencias en los hospitales, bien sea de recursos humanos preparados para la organización de los servicios de archivo y estadísticas médicas, o de comisiones técnicas para realizar revisiones rutinarias de la calidad de sus expedientes.*

La garantía de la calidad institucional global, como hemos visto, es también compleja y difícil. Muchas veces, un hospital concentra la evaluación en aspectos secundarios, no por deseárselo así sino más bien por ser más fácil. ¡Como en el caso del borracho que concentra su búsqueda de las llaves del automóvil debajo de un poste de luz, no porque fuese en este lugar donde las perdió sino porque tiene más luz! (Vladeck, 1990).

Algunos métodos se han aplicado para clasificar la gravedad de una enfermedad, ayudando al hospital a identificar problemas de calidad en la atención médica (a través de protocolos o pautas clínicas como vimos en la primera sección del Manual) en la utilización de los recursos apropiados y en el desempeño profesional.

* N. del A.: Sobre el tema de los registros médicos e historiales clínicos, véase "Módulos de Aprendizaje", editado por el programa PALTEX de la OPS/OMS y que puede ser adquirido en las representaciones de la OPS en los países.

En los Estados Unidos, por ejemplo, se utiliza con frecuencia APACHE II, desarrollado por la Universidad de George Washington, principalmente en pacientes críticos, utilizando doce parámetros fisiológicos para categorizar y clasificar el caso.

Otros sistemas fueron producidos por compañías privadas y tienen por base una revisión manual o por computadora del historial clínico de los síntomas, signos, exámenes de laboratorio o radiológicos y demás escenarios clínicamente detectables.

También se diseñaron "mapas" (o algoritmos) , con una secuencia de criterios clínicos científicamente comprobados, por ejemplo, para verificar si un clínico adopta una decisión correcta de hospitalización en casos de dolor precordíaco.

No hay duda de que hasta el momento no existe un método único o mejor para evaluar la atención de salud en términos absolutos. Para la evaluación de la capacidad técnica, se utiliza principalmente el expediente clínico. Para la interacción entre el médico y el paciente o entre el hospital y el paciente se emplea la observación directa o cuestionarios. Cada método puede aplicarse en una situación específica, pero no en todas.

La evaluación de la "estructura" es siempre más fácil, rápida y objetiva, bien sea del área física, de los suministros, las calificaciones del personal o incluso los aspectos gerenciales. Cabe recordar que la estructura más perfecta no garantiza la calidad, ya que el sistema logístico más perfecto para el suministro del mejor bisturí no evita que se corte una arteria.

La revisión de las conductas, llamada "evaluación del proceso" de la atención médica tiene por base, por ejemplo, la revisión de las informaciones contenidas en

los expedientes u observación directa de los procedimientos o procesos.

Cabe observar, sin embargo, que un estudiante de medicina o un joven médico interno, consagrado a su trabajo, puede mantener un historial clínico minucioso, pero de este documento pueden omitirse importantes datos subjetivos de todo el escenario clínico por no formar parte todavía de sus criterios clínicos implícitos. En la evaluación del proceso también se pueden analizar variables en cuanto a acceso de los pacientes al hospital, grado de utilización de los servicios, etc.

Por último, como la apreciación del efecto de la atención médica sobre la salud es la meta más importante, la "evaluación de los resultados" de la atención es el objetivo final de los programas de calidad. Esta, sin embargo es dificultada siempre por las distintas respuestas individuales a las agresiones físicas y psicológicas durante el período de observación u hospitalización, corroboradas por la ausencia de patrones de calidad explícitos para cada situación.

También son complejas las evaluaciones de los impactos de la asistencia de salud en las comunidades.

Actualmente, estamos tratando de desarrollar una serie de indicadores que puedan "seguir" la calidad y el impacto de la asistencia de salud en un sistema local, utilizando eventos específicos, tales como los siguientes:

- La amputación de un pie diabético indica, cuando seguimos retroactivamente la residencia del paciente, la inexistencia de un programa de control de los diabéticos por el centro de salud próximo a su vivienda.
- La atención en casos de aborto provocado por una adolescente, en el servicio de emergencia del hospital, pone de relieve una falta de calidad de los programas de planificación familiar del barrio.

□ Una pulmonía grave en un niño hospitalizado indica falta de atención a las enfermedades respiratorias en los niveles primarios de asistencia de este sistema local de salud.

Estos indicadores de los resultados actúan como señales de alerta para que las estructuras y procesos de los sistemas de salud vigentes sean mejorados y corregidos, sin necesidad de la realización de largos y costosos análisis epidemiológicos en determinados sistemas locales de salud o distritos sanitarios para detectar deficiencias en la calidad de la asistencia de salud, susceptibles de corrección inmediata mediante nuevas propuestas de conductas clínicas o modificaciones gerenciales.

Así, pues, en el ámbito de la evaluación, *el para qué, por qué, cuál es el propósito y cómo*, son preguntas básicas que tenemos que contestar antes de iniciar nuestros sistemas para "garantizar" la calidad.

Cuando "garantizamos", asumimos un compromiso, no solamente para evaluar la calidad sino para mantenerla permanentemente.

Calidad total o mejora continua de la calidad

Los Estados Unidos tienen una tradición muy antigua de subrayar la calidad en la atención médica mediante intervenciones que, en algunas ocasiones, fueron sumamente drásticas.

En 1910, Abraham Flexner reveló para el país la pésima calidad de la formación médica y, en consecuencia, fueron cerradas 60 de las 155 facultades médicas durante el período hasta 1920. (Novaes, 1990)

En 1916, E.A. Codman, médico del Estado de Massachusetts, estableció los principios sobre la importancia de la certificación del médico, acreditación de las instituciones y, lo que se convirtió en una realidad ya en 1918, el establecimiento del Programa Nacional de Normalización Hospitalaria de acuerdo con el cual, de un total de 692 hospitales solo fueron aprobados 90. (Graham, 1990)

En 1951, se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, de índole privada, que trataba en esa ocasión de introducir y subrayar en la cultura médico-hospitalaria nacional conceptos sobre análisis retrospectivos de casos a través de las famosas auditorías médicas (1955).

Progresivamente, esta "cultura de calidad" fue ocupando varios espacios académicos e institucionales en los Estados Unidos de América, obligando a las comunidades a presionar a los legisladores para la aprobación de leyes más complejas, la creación de entidades particulares en los estados (o provincias) para evaluar las cuentas pagadas por la seguridad social pública.

En 1986, la Comisión Conjunta lanza un nuevo proyecto denominado "agenda for change", o "agenda para el cambio", cuya meta es desarrollar, hasta el año 2000, un proceso de monitoreo y evaluación de la calidad orientado a los resultados clínicos, con hincapié en el desempeño institucional y del equipo de salud, utilizando indicadores específicos, identificados por sociedades científicas o grupos de expertos.

En los Estados Unidos de América, para implantar este ambicioso programa, se tuvo que superar una serie de etapas históricas anteriores que ciertamente contribuyeron a alcanzar el desarrollo actual.

Son modelos de estos nuevos indicadores puntuales de la calidad, por ejemplo, en anestesia: la "presencia de lesiones cerebrales o medulares postanestésicas", o "pulmonía por aspiración"; en clínicas quirúrgicas: "infección de heridas postoperatorias", "úlceras de decúbito", etc., en parte mencionadas en la primera sección de este Manual.*

Los objetivos de esta "agenda" son concentrar la evaluación en eventos clínicos más comunes y que seguramente indican fallas en la atención médica, bien se deban a responsabilidad institucional o por parte de los profesionales.

Subrayan también, en la evaluación clínica inicial, el uso inapropiado de exámenes diagnósticos con modalidades inadecuadas de tratamiento y de orientación después de darse de alta al paciente. Para que estos hospitales sean acreditados es indispensable monitorear continuamente estos compromisos para mejora de la calidad total de la atención médica.

Estos objetivos deben figurar en la planificación futura del hospital, en la asignación de los recursos, en la evaluación del desempeño, en la distribución de premios o incentivos. En estos programas no basta ya con describir las funciones de cada miembro de la junta directiva del hospital, sino que también se exige una eficaz comprobación de que estos directores demuestren, en la práctica, compromisos con los principios propuestos sobre calidad.

Es evidente que los países latinoamericanos tienen un largo camino que recorrer en este sentido. Tal vez por una tradición que se

remonta a la época colonial, nuestra cultura se forjó admitiendo que la legislación autoritaria de arriba a abajo, puede ser un sustituto de una larga etapa de práctica social que debería preceder a las reglamentaciones gubernamentales. (Si fuese por "decretos ley", América Latina no presentaría más casos de infecciones hospitalarias en sus hospitales).

En los Estados Unidos de América, al menos en una buena mayoría de sus hospitales, ya se superaron estas etapas de evaluación de la estructura (física, organizacional, cuadro de personal) y del proceso (evaluación de los historiales clínicos, manuales de rutinas operacionales, normas y procedimientos) y se concentran hoy en la identificación más exacta de los resultados, mediante los indicadores clínicos o gerenciales ya mencionados. (Ver extensa relación en el Anexo del capítulo siguiente).

Cabe resaltar que el período de las décadas de 1950 a 1980 se caracteriza en Estados Unidos por una gran ausencia de participación médica en los temas de la gestión hospitalaria. Varios aspectos de la administración de la salud dependieron de la orientación principal de profesionales no médicos, tales como sociólogos, economistas y antropólogos, puesto que aquellos se sintieron mucho más atraídos por los grandes beneficios que ofrecía la clínica individual privada. En fecha más reciente se vuelve a sentir la presencia de los médicos, tanto en la publicación de documentos administrativos como en la realización de seminarios sobre la evaluación de la calidad total.

En el Brasil, en la década de 1970, ya hubo también una iniciativa en el Instituto del Corazón de la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo (INCOR) de implantar programas de monitoreo continuo de calidad (no denominados así en la época) que se han perpetuado hasta el presente. En

* N. del A.: Pueden verse otros ejemplos numerosos de estos indicadores en el Capítulo siguiente de este Manual (Apéndice).

esta ocasión nos concentramos en dos etapas preliminares para establecer una mejor calidad para esa institución (Novaes, 1975).

□ El mejor equipo profesional, no solo en lo que respecta al área médica sino también a la enfermería, asistencia social, nutrición, fisioterapia, área de física médica, bioingeniería, farmacia-bioquímica y todos los demás miembros de la gran familia de profesionales que trabajan en un hospital complejo.

□ Para cada actividad se identificaron los "agentes" y las "tareas" correspondientes. Si consideramos como el ejemplo ya mencionado en el capítulo anterior, la simple aplicación de un medicamento (o un error en este procedimiento), advertimos que intervienen en este proceso diversos agentes, desde el médico que examina y receta hasta el farmacéutico que envía la dosis específica, para un determinado paciente y a una determinada hora. Durante esta rutina operativa, pueden ocurrir fallas de procesamiento en cualquier punto con los consiguientes problemas gravísimos para el paciente.

Si recomendásemos a estos "agentes", que participan en el proceso, que debatieran estas u otras rutinas en horas y días fijos, estaríamos constituyendo lo que se están llamando "grupos de calidad" o "círculos de calidad".*

Un ayudante de enfermería no comprometido con los procedimientos de control de la infección tendrá tanta responsabilidad en la propagación de infecciones intrahospitalarias como la falta de pericia de un cirujano en la contaminación de una herida operatoria.

* N. del A.: Para mayor información sobre numerosas rutinas operacionales y procedimientos de hospital, véase el "Manual de Operaciones y Procedimientos", editado por el Programa PALTEX, OPS/OMS.

En el ejemplo arriba citado, deseamos subrayar que la calidad no es un proceso pasivo de arriba a abajo sino más bien, un proceso dinámico, no interrumpido y exhaustivo, de identificación permanente de fallas en las rutinas y procedimientos que precisa ser periódicamente revisado, actualizado y difundido, con gran compromiso desde la más alta dirección del hospital hasta sus funcionarios más fundamentales.

Como dijimos anteriormente, los mecanismos de incentivos para la calidad de la asistencia de salud en los Estados Unidos tuvieron raíces históricas muy profundas, más que en cualquier otro país europeo o asiático, en gran parte debido a una participación excepcional y presión de la comunidad organizada para conseguir servicios médicos mejores y más accesibles, generando en consecuencia un movimiento constante de establecimiento de instrumentos y métodos, inclusive de índole jurídica, tendientes a alcanzar mayores niveles de calidad.

La "teoría de la mejora continua" de la calidad tuvo por referencia el éxito de las experiencias en el proceso de producción de las industrias japonesas, introducidas en los Estados Unidos por W. Edwards Deming y Joseph M. Juran y que tienen por base la comprensión y revisión de estos mismos procesos. Estas experiencias, utilizadas hace algunos años en el sector industrial, produjeron en fecha reciente graves lecciones para el sector salud norteamericano (Berwick, 1992).

Neuhauser (1990) describe los principales puntos de la doctrina de Deming para implantar un proceso continuo de mejora de la calidad. Estos son los siguientes:

- promover constancia de propósitos para el mejoramiento del producto y el servicio;
- adoptar una nueva filosofía;
- abandonar la dependencia de inspecciones para alcanzar la calidad;
- no valorar un producto con base exclusiva en el precio;
- mejorar, constantemente y siempre, cada proceso de planificación, producción y servicio;
- implantar la capacitación en el servicio;
- instituir el liderazgo;
- eliminar el miedo;
- romper las barreras entre las áreas técnicas;
- eliminar frases hechas, exhortaciones y metas para los trabajadores;
- eliminar las cuotas numéricas para los trabajadores y las metas cuantitativas para la gerencia;
- eliminar las barreras que privan al personal de orgullo por el trabajo que realizan;
- instituir un vigoroso programa de educación y automejoramiento para todos;
- colocar a todos los miembros de la empresa a trabajar por el logro de una transformación.

Todas las personas que trabajan en hospitales, como en los demás servicios de salud, tienen enormes contribuciones que hacer, bien para su mejoramiento intrínseco como en cuanto a las necesidades de las propias comunidades a las que sirven pues juntos, con sus respectivas familias, también reciben informaciones valiosísimas sobre las demandas y respuestas de servicios a la población, así como sobre la competencia clínica de los servicios que ofrecen.

Por tanto, al igual que para Deming, uno de los "clientes" más importantes de la institución son sus propios funcionarios y sus su-

gerencias deben ser objeto de profundas reflexiones para adoptar posteriormente decisiones correspondientes, reflejadas en la planificación estratégica de la organización.

Por tanto, el órgano directivo (consejos, directorios, asociaciones de profesionales, etc.) y otros órganos de dirección deben prestar atención a utilizar sus conocimientos, habilidades o aptitudes, así como sus visiones del futuro para incorporar estos aportes del personal hospitalario y comprometer a la institución en su conjunto al mejoramiento continuo de la calidad.

La extrapolación de técnicas de garantía de calidad industrial para el sector salud tropieza siempre con el conflicto semántico entre "la atención de salud" y la "salud propiamente dicha". En lo que respecta al primer término, se refiere a todos los mecanismos logísticos de la producción de la atención médica; el segundo, que trata de la "salud", tiene connotaciones mucho más amplias, así como su respectivo control de la calidad.

Tal como ha dicho Dever (1991), la importancia de factores tales como el estilo de vida, la genética y el medio ambiente, son más importantes que la propia organización de los servicios de salud, pues, las enfermedades cardíacas, los accidentes cerebrovasculares, los accidentes automovilísticos, los homicidios, etc., son más dependientes de la calidad de los estilos de vida que de los demás factores.

Por otro lado, volvemos siempre a la visión más restringida cuando comparamos que de la misma forma que los pasajeros de un autobús quieren llegar al fin del viaje sin accidentes, conducidos por el mejor conductor, con una recepcionista amable, los enfermos también esperan recibir la mejor atención y volver a convivir en la comunidad sin secuelas después del "viaje" a través de los servicios de salud.

En estos procesos de tantas variables, difícilmente conseguimos dejar de comparar los éxitos alcanzados al final de este siglo por el sector de la producción industrial, con el incipiente proceso de evaluación de la calidad en la industria de los servicios de salud, como ocurre en los hospitales de América Latina.

La calidad es un factor principal y condición para la supervivencia de una empresa, sobre todo en los mercados muy competitivos como en los Estados Unidos de América, donde el control de la "calidad total" es la herramienta indispensable y preliminar para alcanzar patrones ("estándares") previamente establecidos de la calidad que aseguren la satisfacción de las demandas del cliente.

Con este enfoque en una industria, la calidad no puede medirse solamente tomando en cuenta la presencia de personal, máquinas y equipos, si sus propios miembros no están inmersos en una "cultura" de calidad, o sea, los trabajadores, en su totalidad, están profundamente comprometidos al cumplimiento de las metas, políticas, objetivos y programas de su organización.

De acuerdo con el enfoque de "monitoreo continuo de la calidad", es indispensable que el trabajador se sienta orgulloso del producto que fabrica antes de que este se ofrezca a la venta en el mercado. Para ello, participa en la identificación y solución de todos los problemas que surgen en su servicio. Estos equipos de mejoramiento continuo son los mismos que citamos anteriormente, los cuales fueron instituidos en "INCOR" (Instituto del Corazón, São Paulo) para poner en funcionamiento este gran hospital. Estos "grupos de participación", "círculos de calidad" o "círculos de servicio" solo son agentes que ejecutan tareas dentro de la cadena programada de producción hospitalaria.

Las limitaciones para la implantación de esta propuesta en América Latina emanan de la ausencia, en los grupos de debate, de un actor principal que es el médico, sujeto siempre a distintas obligaciones profesionales, en general con varios empleos que le impiden permanecer en los servicios por más de unas horas. Son infructuosas las tentativas de organizar grupos polifuncionales si no se hallan presentes uno o dos elementos básicos, a veces conflictivos, como los médicos de base hospitalar.

Otros aspectos que limitan el método son los sueldos bajos, la falta de motivación que resulta en un constante cambio de personal, o la presión de los sindicatos, casi siempre en oposición a los dirigentes de la institución, pues estas actividades multiprofesionales pueden debilitar las reivindicaciones corporativas aisladas.

Las dificultades se deben también a las propias limitaciones de la ciencia médica, en las que varias áreas carecen de definición exacta de los patrones de referencia y por las deficiencias de los actuales sistemas de divulgación científica y de otros sistemas de diseminación de información técnica.

No hay duda de que cualquier cambio institucional que interactúe con el comportamiento organizacional del empleado hospitalario, empleando técnicas de dinámica de grupo, es válido y ha de ser ensayado.

Su implantación solo tendrá valor, sin embargo, cuando exista un fuerte estímulo y participación de los órganos directivos más altos del hospital y con una clara aceptación de las recomendaciones sugeridas incorporándolas en las rutinas del establecimiento.

Esta, como todas las demás propuestas de un pasado reciente sobre el desarrollo organizacional, lamentablemente, no puede ser

generalizada a todas las organizaciones debido a barreras individuales o a resistencias de la cultura institucional al trabajo en equipo.

Para implantar un programa de calidad total, es necesario que la institución sea vista como un todo único; que la necesidad de cada servicio sea compartida por todos; que los equipos de personal estén suficientemente preparados para la gigantesca tarea; y que los indicadores de calidad de los eventos de mayor frecuencia, de alto riesgo o más propensos a problemas sean identificados con base en patrones o estándares de referencia.

Creemos que si se alcanzase parte de los objetivos arriba indicados la calidad sería su consecuencia natural. Pero, ¿cuántos de los 7.000 hospitales brasileños estarían preparados para hacer frente a este desafío? ¿Qué intensidad de fuerza de motivación sería suficiente para movilizarlos a fin de reconsiderar gran parte de sus procedimientos? ¿Para qué? ¿Es que no deberíamos comenzar por procedimientos más simples y más factibles, aplicables a la mayoría de las instituciones públicas y privadas? ¿Aplicando estándares mínimos e indispensables? Estas son preguntas cuyas respuestas se sitúan en general en el terreno de las reflexiones empíricas.

Acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe

América Latina y el Caribe tienen cerca de 70% de sus hospitales con menos de setenta camas. Si bien existen grandes centros médicos públicos o privados, comparables a los más avanzados de cualquier otro continente, una cantidad razonable de estos hospitales no resistiría una mínima evaluación para garantizar una calidad permanente.

Frente a este escenario, la OPS/OMS, junto con la Federación Latinoamericana de Hospitales, elaboró un modelo de acreditación hospitalaria apropiado para las características de esta Región, suficientemente flexible, a fin de adaptarse a las diferencias pronunciadas entre una región y la otra que fuese ampliamente debatido al nivel de países (Novaes, 1992).

*Este modelo de manual de acreditación para América Latina y el Caribe abarca todos los servicios de un hospital general para el tratamiento de los casos agudos.**

Su relación tuvo por objetivo no establecer paradigmas sino proporcionar una guía para servir de ilustración a las comisiones nacionales multiinstitucionales cuando elaborasen sus propios instrumentos de evaluación.

Ya han tenido lugar reuniones en los países de habla inglesa del Caribe, en Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela y reuniones subregionales para los países del Cono Sur, la Subregión Andina, América Central y México. Y en 1995 se deberá celebrar la III Conferencia para América Latina y el Caribe en la propia sede de la OPS en Washington, D.C.

Para cada servicio hospitalario se establecieron patrones o estándares, o sea, el nivel de atención, práctica o método óptimo esperado definido por peritos o asociaciones de profesionales. En cada situación, el estándar inicial es el límite mínimo de calidad

* N. del A.: El manual de acreditación es presentado en el Apéndice I de este Manual. Otras copias pueden adquirirse en las Representaciones OPS/OMS en las capitales de los países latinoamericanos - Programa PALTEX.

exigido. Se espera que ningún hospital del país se sitúe por debajo de ese nivel dentro de un período de dos años, por ejemplo. A medida que estos patrones iniciales son alcanzados pasan al estándar siguiente. Por ejemplo:

Historiales clínicos (HC) y archivo médico

Estándar Nivel 1: Tienen HC de todas las personas atendidas en el establecimiento tanto en régimen ambulatorio como interno. Un HC es legible, es firmado por el médico acompañante y tiene un fin (postevaluación, resumen o diagnóstico de alta). Existen estándares difundidos y conocidos sobre la elaboración de los HC. Más de 80% de una muestra de HC de pacientes internados fue actualizada en el día anterior de la evaluación.

Tiene un local exclusivo para esta finalidad. El registro de HC está organizado por entrada doble: por número de orden y por orden alfabético.

Explicación a los evaluadores: Interrogar, en primera instancia, a la autoridad médica máxima del establecimiento y comprobar lo siguiente:

- si el HC se produce en todos los casos;
- diferentes lugares donde se archivan;
- el mecanismo administrativo de apertura del HC y de entrega a los profesionales a petición de estos;
- preguntar específicamente sobre los HC de hospitalización, consultas externas, personal de emergencias y principales servicios;
- en una muestra de 20 HC seleccionados entre las últimas hospitali-

zaciones registradas en el libro de altas, verificar si están firmados, si son legibles y si tienen postevaluación. Preguntar a la autoridad médica sobre la existencia de estándares (patrones), de qué forma se divulgaron e informó al personal profesional. Verificar si ejemplares de estos estándares están disponibles en las áreas de descanso de los médicos, puestos de enfermería, etc.

- interrogar a distintos profesionales en relación con su conocimiento de los estándares;
- sacar una muestra representativa de las áreas de hospitalización, incluyendo a los pacientes críticos, seleccionada de forma aleatoria, de al menos 20 HC en los establecimientos de más de veinte camas de hospital. Verificar si está registrada la evolución del día hábil antes de la evaluación, por lo menos en 80% de los HC revisados. Seguir el mismo procedimiento con los HC de archivo.

Existen uno o varios lugares donde están archivados los HC y estos no son utilizados para ninguna otra actividad administrativa o de atención. Puede efectuarse una selección de los HC a partir del número de orden de apertura o por el apellido y nombre del paciente, de forma indistinta independientemente del modo en que estén ordenados en los estantes (dígito terminal, número de orden u orden alfabético).

Estándar Nivel 2: Existe supervisión de los HC.

Estándar Nivel 3: Existe un HC único, tanto para atención ambulatoria como interna. Se registra el movimiento de HC y se efectúa un seguimiento de ruta.

Explicación a los evaluadores: Verificar en los HC de ambulatorio del día si existen registros de hospitalizaciones anteriores. Verificar en la misma muestra de HC, citada en el nivel 1, si existen registros sobre atención ambulatoria. Se entiende por HC único una concentración de todos los datos médicos en un sobre, fichero o contenedor único.

Se registran todos los movimientos de HC en cuadernos, fichas o cartones donde figuran los datos de salida, el personal responsable, el servicio y datos de regreso. Si el HC ha de transferirse de un servicio a otro está previsto el mecanismo para informar al archivo acerca del cambio de ruta o encaminamiento.

Estándar Nivel 4: Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo durante las 24 horas del día.

Explicación a los evaluadores: El archivo es atendido por personal exclusivo para este fin. Si durante el horario de trabajo este personal realiza otras tareas afines (tales como estadísticas, otros registros, personal, etc.), debe considerarse como exclusivo si está siempre disponible para atender las necesidades del archivo. Está prevista la atención del archivo las 24 horas del día, lo que puede comprobarse en el plan de distribución del personal responsable del servicio.

En el ejemplo arriba citado (Manual de Acreditación, OPS/Federación Latinoamericana de Hospitales), cuando se alcanza el estándar del Nivel 1, el paso siguiente consiste en alcanzar los Niveles 2 y 3, y así sucesivamente.

Puesto que un hospital no está constituido por servicios independientes o aislados es necesario para que este sea acreditado y para que presente una reputación consiguiente de buena calidad de atención médi-

ca, que todos los servicios desde la lavandería hasta el centro quirúrgico, desde el servicio de personal hasta la unidad de terapia intensiva, hayan alcanzado por lo menos los estándares del Nivel 1.

No se "acredita" un servicio aislado. Incluso si una unidad del hospital está ya montada totalmente y es de calidad excepcional con niveles de perfeccionamiento Nos. 3 ó 4 por ejemplo, la institución continuará como acreditada al primer nivel pues los otros servicios no pasaron de la escala 1.

Esta metodología tiene por objetivo reforzar el hecho de que las estructuras y procesos del hospital están de tal forma interconectados que el mal funcionamiento de un componente interfiere en todo el conjunto y en el resultado final.

Así pues, el hospital "está" o "no está" acreditado. No se establecen niveles de acreditación distintos para cada uno de los servicios.

La acreditación es un método de consenso, racionalización y ordenamiento del hospital.

El primer instrumento de evaluación técnica, explícita, objetivo de la calidad es el propio Manual de Acreditación y el segundo, de gran importancia, es la Comisión de Acreditación que deberá ser apolítica, de representación múltiple y realizar su tarea silenciosa y periódicamente.

Cuando esta comisión funciona bajo la tutela exclusiva del gobierno sufre frecuentes distorsiones debido a las numerosas presiones políticas a que se someten los gobernantes, y en consecuencia los hospitales; o no se someten al proceso de acreditación, o no se toman las medidas correctivas aconsejadas por la Comisión de Acreditación. Principal-

mente en nuestro medio, es prácticamente imposible que una institución única se convierta en juez, jurado y promotor público al mismo tiempo.

Por otro lado, el sector privado latinoamericano, debido a toda su tradición cultural de dependencia del sector público, necesitará aún durante algunos años apoyo estatal para el desarrollo de las acciones sociales de las cuales la salud es una parte importante y necesita frecuentes subvenciones financieras para corregir las deficiencias en sus sistemas de atención médica y, en especial, de las poblaciones más necesitadas.

En el caso de que estas comisiones funcionen bajo la tutela exclusiva del sector privado perdería la fuerza de los incentivos, que en América Latina son casi siempre de iniciativa gubernamental.

En las reuniones patrocinadas por la OPS, en varios países observamos que las mejores recomendaciones para la composición de estas comisiones están siempre orientadas a:

- La representación de los sectores públicos (en especial, el ministerio de salud y la seguridad social) y los sectores privados.
- La participación de las asociaciones profesionales.
- La representación de los más distinguidos consejos o academias médicas del país.

Por otro lado, el debate del perfil de los evaluadores sugeridos en estas mismas reuniones se concentra en aquellos profesionales de indiscutible prestigio y experiencia, ya que se necesitarán individuos con estas características personales para formular recomendaciones pertinentes y asesorar a la mayoría en el funcionamiento de los hospitales mediante visitas que pueden durar varios

días y debates internos posteriores para la solución de los problemas encontrados.

La acreditación siempre es periódica y confidencial, con establecimiento de plazos para la corrección de las fallas encontradas. Su reglamentación puede establecerse a los niveles regionales, con el objetivo de compatibilizar el desarrollo local con los criterios de evaluación.

Hemos visto anteriormente que los médicos utilizan con frecuencia criterios explícitos, subjetivos, para determinar la calidad de la atención médica. Por otro lado, cada hospital debe localmente formular sus propios criterios explícitos para garantizar la calidad, previamente establecidos con precisión por parte de sus propias autoridades médicas, de enfermería o de salud, proponiendo por ejemplo, criterios explícitos para exámenes, cuando se trate de la realización de una determinada intervención quirúrgica; para que el diagnóstico de estreptococos pueda ser confirmado por el cultivo microbiológico; para que los plazos de entrega sean los mínimos aceptables para la devolución de los resultados de una gasimetría.

Estos criterios explícitos facilitan la evaluación por el personal no médico, simplificando los procedimientos futuros de acreditación.

Conclusiones

La utilización de programas de acreditación como enfoque inicial para implantar y garantizar la calidad de los servicios contribuye a que ocurra un cambio progresivo planificado de hábitos hospitalarios, a fin de promover en los profesionales de todos los niveles y servicios un nuevo estímulo para evaluar las debilidades y

puntos fuertes de la institución, establecimiento de metas claras y movilización constante para el logro de los objetivos a fin de garantizar la calidad de la atención médica.

Antes, durante y después de la evaluación para la acreditación, los proveedores de los servicios van presentando paulatinamente intereses para identificar y distinguir las discrepancias existentes entre las prácticas y los patrones aceptables de calidad, encontrando los medios para corregir o reducir las deficiencias sin miedo a denunciar fallas, debido al prestigio institucional que adquiere quien apunta más problemas y presenta soluciones pertinentes para su resolución.

Deberán identificarse nuevos canales de comunicación, promoviendo los cambios necesarios y superando la resistencia para la implantación de los patrones de calidad, compatibilizados con los sistemas de valores de la comunidad hospitalaria y del contexto social, apoyados en sólidos mecanismos de incentivos a los equipos de los distintos servicios y no a proveedores aislados de servicios.

En este proceso, es fundamental el papel del cuerpo de enfermeros y enfermeras comprometido con un programa de calidad ya que son, de todos los que trabajan en los hospitales, el único grupo profesional con presencia permanente familiarizado durante y después de la formación académica con temas gerenciales y de auditoría clínica y con habilidades sin igual para asesorar en la implantación y monitoreo de todo el proceso.

En la revisión de las propuestas de cambio, los hospitales no deben perder de vista que están insertados en un contexto social donde

siempre existen otros servicios de salud, y que por más recursos humanos y materiales que se comprometan al mejoramiento de la calidad, una gran parte de los problemas no depende de los éxitos alcanzados en la institución.

Siempre es saludable recordar que en la América Latina, de 50% a 70% de los servicios de atención médica en las emergencias de los hospitales corresponden a casos de atención primaria que abruman estos servicios, desorganizan la asistencia y podrían ser atendidos con gran tranquilidad y calidad al nivel de puestos, centros de salud o policlínicas razonablemente equipados, geográficamente situados en el área de captación del hospital y pertenecientes a los mismos sistemas de salud locales o SILOS (Distritos Sanitarios).

Las inversiones de recursos en estos niveles primarios, mucho antes que humanísticos, están encaminadas a la propia supervivencia funcional del hospital como organización médica de alta reputación. Los recursos invertidos en el diagnóstico y tratamiento de los casos que pueden ser atendidos por la red ambulatoria local representan aportes económicos importantes a los hospitales por la no atención de estas patologías más simples.

Lo más grave es que estos mismos hospitales no realizan con la debida calidad la atención médica de estos casos, pues casi siempre la presión de la demanda obliga al personal de atención a concentrarse en la queja principal del paciente sin subrayar importantes aspectos de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, que se realizan con mucha mayor eficiencia al nivel de puestos o centros de salud.

Para implantar un programa de garantía de la calidad el hospital ha de estar sometido

permanentemente a escrutinio gerencial, redistribuyendo los recursos según las prioridades contingentes de los servicios, manteniendo un equilibrio constante entre los objetivos a corto y largo plazos.

Los nuevos programas desarrollados como consecuencia del hincapié en los aspectos de la calidad contribuyen a la renovación de ideas, sustituyendo antiguos conceptos o hábitos. Los verdaderos líderes hospitalarios que supiesen aprovechar este estímulo, introducirán conceptos "nuevos" sobre la misión social de la organización para brindar servicios de calidad excelente en los que la responsabilidad no es individual sino más bien de toda la "familia hospitalaria".

El establecimiento de objetivos exactos y metas medibles, a corto y largo plazos, y su frecuente vigilancia, orientarán los planes para la acción, la estrategia de organización y la implantación de programas. Durante esta percepción futura y estratégica de la misión del hospital, surgirán naturalmente las necesidades de interpretar todos los aspectos de la sociología de la atención médica con análisis del ambiente externo del hospital, la facilidad de acceso de los pacientes a la institución y la adecuación del hospital a las demandas de la comunidad.

Como destacamos al comienzo de este trabajo, se alcanzarán pocos éxitos si no hay una participación clara del órgano directivo del hospital que se refleje no solamente en las recomendaciones escritas sino en el ejemplo de las actitudes. Los directores de los hospitales de América Latina que aspiran a iniciar un movimiento de mejoramiento de la calidad y permanecen en el hospital un par de horas solamente estarán condenados al fracaso.

Finalmente, jamás se podrá implantar un programa de calidad si el cuerpo clínico no está calificado y probablemente los aspectos

de la formación, certificación y recertificación de la profesión médica en América Latina serán quizás el mayor desafío del sector salud en el próximo siglo. La contratación, promoción, evaluación y retención del personal hospitalario en especial los conocimientos y destrezas del cuerpo clínico, son parte inherente de los programas de calidad de la Región, siendo intolerable continuar aceptando pasivamente las condiciones de la enseñanza médica con facultades de medicina que no disponen de servicios adecuados para el adiestramiento, "residencias médicas" sin orientación, preceptoría o falta de leyes pertinentes sobre evaluaciones periódicas de la práctica médica.

Los Estados Unidos es, sin duda, el país más avanzado en lo que respecta al control de la atención médico-hospitalaria con mecanismos diversos de evaluación, teniendo más de 5.000 hospitales acreditados por rigurosos patrones de calidad de la estructura, procesos y resultados.

Todos estos instrumentos no impidieron, empero, que su industria de salud fuese el blanco de acciones judiciales. A pesar de que los principales paradigmas mundiales sobre formación médica y la calidad de la atención se encuentran en este país, los costos de estos programas se harán prohibitivos.

Las acciones legales contra los médicos y los hospitales, por falta de pericia o por negligencia, distorsionan todo el sistema de evaluación de la calidad, transformando en gran parte la atención médica de este país en una actividad sumamente defensiva, apartando a los profesionales de los pacientes o, como en el caso de los hospitales obligándoles a recurrir a verdaderos *habeas corpus* preventivos para defenderse de acciones eventuales de indemnización. Las comisiones hospitalarias de "gestión del riesgo"

(risk management) en los Estados Unidos son casi oficinas de abocacía preventiva, cuyo principal propósito real es proteger el patrimonio financiero del hospital, evitando eventos no deseables, perdiéndose así la perspectiva del objetivo principal del análisis de la calidad, que es la observación del efecto de la atención en la salud de la población.

Si no se implantan con urgencia en América Latina mecanismos de control de la calidad de la formación médica que incluyan su instrucción continua y de los hospitales, encontraremos en un futuro no muy distante

las mismas situaciones que tanto se interponen a la calidad de la atención médica en los Estados Unidos y que podrán también convertirse en una realidad de nuestro entorno, tan vulnerable a las acciones legales, bien sea por negligencia hospitalaria o por falta de pericia médica.

Esto deberá evitarse a cualquier precio, mucho antes que la ausencia actual de control de la calidad favorezca no la implantación de mecanismo de autoevaluación o el control externo por las comisiones de acreditación, sino por fuerzas económicas ajenas al sistema.

Bibliografía consultada

Berwick, D.M.: **"Caja de Resonancia - El Mejoramiento Continuo como Ideal en la Atención de la Salud"**. EN: **La Garantía de Calidad - Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe**. Ed. J.M. Paganini y H.M. Novaes, OPS/OMS - Federación Latinoamericana de Hospitales. Ed. PALTEX, OPS, 1992.

Burmeister, H.: **"Experiencias da Associação Paulista de Medicina e Conselho Regional de Medicina"**. Ponencia presentada durante el Seminario sobre "Acreditación de los Servicios de Salud como Instrumento de Control de la Calidad". Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Brasilia, abril de 1992.

Dever, G.E.A.: **"Epidemiología y Administración de Servicios de Salud"**. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS. Ed. PALTEX, Washington, D.C., 1991.

Graham, N.O.: **"Historical Perspective and Regulation Regarding Quality Assessment"**. EN: **Quality Assurance in Hospitals**. Ed. Aspen, Rockville, MD, 1990.

Neuhauser, D.: **"The Quality of Medical Care and the 14 Points of Edwards Deming"**. EN: **Anthony Kovner & Duncan Neuhauser. Health Services Management**. Health Administration Press. Ann Harbor, Michigan, 1990.

Novaes, H.M.: **"Organização Funcional do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas de Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo"**. Observaciones inéditas, 1976.

Novaes, H.M.: **"Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) - Análise Conceitual e Apreciação de Programas Seleccionados na América Latina"**. PROAHSA, São Paulo. Ed. Livraria Pioneira e Editora, São Paulo, 1990.

Novaes, H.M.: **"Garantía de qualidade em Hospitais da América Latina e do Caribe"**. EN: **"Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe"**. Organización Panamericana de Hospitales/Organización Mundial de la Salud - Federación Latinoamericana de Hospitales. Ed. Federación Brasileña de Hospitales, Serie SILOS No. 13, Brasilia, 1992.

Novaes, H.M. & Paganini, J.M.: **"Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe"**. Organización Panamericana de Hospitales/Organización Mundial de la Salud - Federación Latinoamericana de Hospitales. Ed. Federación Brasileña de Hospitales, Serie SILOS No. 13, Brasilia, 1992.

Vladeck, B.C.: **"Quality Assurance through External Controls"**. EN: **Quality Assurance in Hospitals**, Nancy O. Graham. Ed. Aspen Public., Rockville, Maryland, 1990.

A título de conclusión: ¿Estarán ya en la fase de reingeniería los hospitales de América Latina y del Caribe?*

El desafío de la calidad

En los últimos años, surgieron en los Estados Unidos una serie de movimientos para mejorar la calidad de los procesos de sus productos industriales mediante varios métodos. La competencia con los mercados europeos y asiáticos llevó a este país a establecer incentivos para el control de la calidad de sus productos, inicialmente en las industrias manufactureras, como la del acero y la de productos electrónicos, y más tarde en otros sectores.

Como ejemplo anecdótico de la desorganización en algunas áreas, no sólo en las industrias norteamericanas mencionadas sino también en otras, está el caso de una distribuidora central y una distribuidora regional de una misma compañía, que estaban en el mismo edificio y en el mismo piso, ¡tomaba 11 días para procesar una orden de la central a la regional! Otro ejemplo, es el del gerente del aeropuerto A que tenía un avión varado que valía varios millones de dólares estadounidenses, y el gerente del aeropuerto B que se negó a mandar al mecánico porque tenía que desembolsar los gastos de hotel de su propio presupuesto. Asimismo, la compañía Ford tenía 500 empleados y la compañía Mazda sólo 5 para desempeñar la misma tarea. En la editora Hallmark, un nuevo diseño gráfico pasaba por las manos de 25 personas antes de que se considerara listo para publicación. En un mercado altamente

competitivo, esta situación se volvió insostenible.

La industria de la salud de este país incorporó rápidamente esta preocupación por la calidad de los procesos y pasó a considerar el "modelo industrial" como un nuevo componente de los programas de evaluación de la calidad y el mejoramiento de la salud.

Poco a poco, en los últimos años, estos mismos incentivos industriales fomentaron el establecimiento de una plétora de enfoques en los Estados Unidos, que en lugar de aclarar las cuestiones, muchas veces las confunden para el sector de la salud por la variedad de conceptos sobre "cuestiones de calidad" o "iniciativas de calidad" debido a la coexistencia de programas como el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI), la Gestión Total de la Calidad (TQM), el ISO-9000, la Evaluación de la Calidad o el Mejoramiento de la Calidad, Exigencias de Credenciales, las Evaluaciones o las Auditorías por Colegas, los 14 Puntos de Deming, la Trilogía de Juran, el Premio Malcolm Baldrige, Programa "Para la Transformación" de la Comisión Conjunta (Comisión Conjunta para la Acreditación de las Instituciones Sanitarias de los EUA), el uso de Datos Referentes a los Resultados, la Investigación sobre la Eficacia y la Eficiencia, las Pautas o los Protocolos de Prácticas Clínicas, los Indicadores de Desempeño, el "Benchmarking", el "Just in Time" y otros

* Este capítulo final se basa en las publicaciones que figuran al final del mismo, de donde se sacaron conceptos y ejemplos, además de datos basados en la experiencia del autor (H.M.Novaes).

enfoques sobre la calidad, como el de la reingeniería, que es el más reciente.

La Gestión de la Calidad Total (TQM) y el Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI), como se mencionan en la primera parte de este Manual, son ejemplos de los modelos industriales más difundidos. Los profesionales de la salud de los Estados Unidos comenzaron a utilizar estos modelos en los años 80. Algunos de los nombres claves de esa fase son W. Edwards Deming, Joseph M. Juran y Philip Crosby. Hay muchos otros especialistas que contribuyeron a esta teoría del mejoramiento de la calidad, pero nos limitaremos a mencionar estos tres.

W. Edwards Deming hizo una importante contribución a la industria manufacturera japonesa después de la Segunda Guerra Mundial. Deming admitía que el control de la calidad mediante estadísticas era la base de la calidad de gestión y pensaba que la calidad podía mejorar si utilizáramos estas mismas técnicas para analizar los procesos y las relaciones entre los procesos.

Joseph M. Juran, otro líder del movimiento para el mejoramiento de la calidad, se concentró en las responsabilidades administrativas. Su filosofía incluía la "Trilogía de Juran", que consistía en la planificación de la calidad, el control de la calidad y el mejoramiento de la calidad.

La propuesta de calidad de Philip B. Crosby consiste en el establecimiento de patrones para lograr la ausencia total de defectos.

Admitía que las instituciones deben establecer objetivos claros para sus esfuerzos de mejoramiento de la calidad.

Los métodos industriales también pueden aplicarse en el sector de la salud porque la mayoría de los errores de la asistencia médica ocurren como resultado de problemas que provienen de las relaciones entre los procesos, problemas de las especialidades o de departamentos, los cuales también son situaciones institucionales comunes y de los sistemas de cualquier organización.

En los Estados Unidos se está considerando, actualmente, que no existe un método único o particular que sea el mejor para la gestión de la calidad. La calidad depende del desempeño de las personas y de las estructuras, los sistemas o los procesos y de los recursos disponibles para respaldar dicho desempeño. En el sector de la salud también se necesita un control de la calidad de los patrones o estándares básicos, como garantía de la calidad para el desempeño de los programas de mejoramiento permanente de la calidad de la atención médica y, a la larga, de una "reingeniería" para rediseñar por completo la funciones, como veremos más adelante. En el futuro se espera contar con la recopilación y comparación electrónica de datos, ya que el 37,3 por ciento de los 15.000 hospitales latinoamericanos y del Caribe ya tienen computadoras en funcionamiento y podrán, dentro de poco, utilizar y comparar todas estas iniciativas de calidad, específicas para solucionar un problema en particular, en un momento dado.

Independientemente del enfoque, el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño de hospitales debe tener los siguientes principios:

- el apoyo transferible de los (líderes) dirigentes para las futuras decisiones relacionadas con la calidad de los servicios;
- contar con el ejemplo de dichos dirigentes, para también suponer que todos son responsables de la calidad;
- relacionar las prioridades institucionales inmediatas con la misión y el plan estratégico del hospital;
- proporcionar educación (responde a la pregunta: ¿por qué?) y capacitación (responde a la pregunta: ¿cómo?) para todo el personal hospitalario;
- incluir el estudio, por parte de los dirigentes, de la teoría, los principios y los métodos cuantitativos y cualitativos de las medidas de calidad en materia de salud;
- ofrecer capacitación a los facilitadores del proceso para mejorar el desempeño del personal;
- estimular el trabajo en equipo, otorgando el poder de decisión, la responsabilidad y los recursos necesarios para esta delegación.

La reingeniería

Al mismo tiempo que todos estos movimientos respecto a la calidad, hace pocos años (1993), aparece como "best seller" en los EUA el libro "Manifiesto para la Revolución de los Negocios" o la "Reingeniería de las Corporaciones", del cual se vendieron 500.000 ejemplares hasta 1994. Quizás sea el movimiento más influyente de estas diferentes teorías a finales de este siglo, que ha tenido consecuencias significativas en las industrias norteamericanas y de otros países.

La gestión de la calidad en el futuro también deberá incluir la "reingeniería" en algunas situaciones particulares de los hospitales latinoamericanos y, por consiguiente, es conveniente examinar rápidamente los aspectos más importantes de este enfoque. Como vimos, la reingeniería, como la gestión total de la calidad, se originó en la industria para mejorar la operación de las compañías y es una de las últimas metodologías que se adap-

taron en los hospitales de los Estados Unidos.

La reingeniería emplea métodos, instrumentos o principios para analizar datos para responder a una sola pregunta: "si empezáramos esta compañía hoy, ¿cómo sería?". Los partidarios de la reingeniería son del parecer que los otros modelos de mejoramiento de la calidad limitan a las instituciones a mejorar sólo lo que ya existe, y la reingeniería presiona para que se elaboren procesos y sistemas nuevos y mejores.

La reingeniería contradice casi todas las propuestas de Max Weber (1864-1920). Weber definía la autoridad como un instrumento legal, tradicional y carismático de las organizaciones. Por medio de estudios empíricos explicó, en el siglo pasado, con fuertes repercusiones en el siglo XX, su percepción de la evolución, las modificaciones y las innovaciones de las políticas sociales y sus relaciones entre las estrategias

de la racionalización administrativa y la puesta en práctica de nuevas políticas gerenciales.

La burocracia, según Weber, era el instrumento de organización funcional que permitía la formación del carácter objetivo de la instancia de poder y autoridad del Estado o de otras organizaciones. Weber es racional, impersonal, jerárquico. Propone directrices de autoridad y responsabilidad bien definidas; la selección de personal basada en la cualificación o la especialización técnica; normas y reglamentos para las acciones oficiales; la seguridad en el cargo, con la observación de normas rígidas de accesibilidad a las carreras; hace énfasis en el derecho administrativo, en la eficiencia, la rapidez y en la separación de lo público y lo privado y de lo político y lo administrativo. Establece una combinación óptima de recursos y beneficios en la organización de la administración pública y privada. Mantiene el dominio tradicional, feudal, carismático, relacionando la ética protestante (la religión) con el capitalismo (la economía).

La reingeniería, por su parte, pone en tela de juicio muchas de estas propuestas weberianas; de allí la influencia en el mundo comercial de este "Manifiesto Revolucionario: Reingeniería de las Corporaciones".

La reingeniería enfoca procesos, no funciones. Un proceso es el conjunto de actividades que emplea una o más clases de "inputs" (insumos) y crea "outputs" (productos, resultados), que tienen valor para el cliente. También es un grupo de actividades que, juntas, producen un resultado de valor para el cliente, por ejemplo, un nuevo producto. Mientras tanto, el enfoque de la reingeniería no está en el producto, sino en el proceso que crea el producto en tanto que responsable del éxito, a largo plazo, de la compañía. La automatización de los procesos sólo sirve para realizar la tarea con

mayor rapidez, no para realizarla mejor. En lugar de "reparar" las partes, hay que rediseñar todo el proceso. Según los "zares" de la reingeniería, algunas teorías organizacionales (Z, M.B.O., etc.) sólo sirvieron para deteriorar los negocios en los EUA y para distraer a los gerentes de la verdadera tarea.

La organización piramidal, por ejemplo, es buena para el crecimiento, el control, la planificación; sin embargo, exige poca capacitación porque las tareas están muy fraccionadas. Con el crecimiento de las empresas surgirá un gran número de gerentes intermediarios, pero esto contribuye a separar a los gerentes principales de los usuarios, de los productos finales y de los servicios. La reingeniería lleva a una organización más horizontal. Hace énfasis en que los problemas no son de estructura, sino de estructura de los procesos.

En los Estados Unidos, con mucha más intensidad que en América Latina, el ambiente comercial es extremadamente dinámico, no es fácilmente predecible y hay tres fuerzas principales (o "Ces") que orientan a las compañías de este país:

- C = Cliente**
- C = Competencia**
- C = Cambios**

En el campo de la salud también intervienen otros factores:

- C = Costo (exigiendo nuevos modelos)**
- C = Capitación (pago por los servicios)**
- C = Coaliciones (alianzas para formar redes locales)**

Aproximadamente el 95% de las empresas comerciales medianas están poniendo en práctica alguna forma de reingeniería en los Estados Unidos. También en el sector de la salud, el "Wall Street Journal" presentaba datos alarmantes, 5.500 hospitales que representan un 42% de los gastos de salud de este país, tenían 925.00 camas desocupadas en una noche típica, lo cual demuestra una gran capacidad de desocupación. Por consiguiente, surgió la introducción de los métodos de la reingeniería para tratar de corregir los errores, a pesar de que sólo el 30% de los hospitales sometidos a los procesos de la reingeniería demostraron una reducción de los costos y, según la revista "Modern Healthcare" (1993) solo el 27% de los hospitales "reingenierados" redujeron el personal.

La reingeniería en realidad consiste en la reformulación fundamental de la pregunta: ¿por qué lo hacemos? Consiste en un rediseño radical o de las raíces de los procesos de los negocios, ya que es el proceso el que cambia y no los pasos individuales, para lograr mejoras notables en las medidas críticas contemporáneas de desempeño de los servicios, tales como costo, calidad y rapidez. Para que se justifique el uso de este método, las mejoras nunca deben ser de menos del 10%, pues cuando se pretende operar pequeños cambios, no se necesita la reingeniería. Son los procesos y no la organización los que constituyen el objeto de la reingeniería.

El método se aplica de arriba a abajo, substituyendo procesos con cambios integrales, ya que la TQM solo mejora o aumenta los procesos que ya existen. Su puesta en práctica toma de 2 a 4 años y la automatización es fundamental.

Se combinan varios empleos o tareas, con lo cual se crean los nuevos "trabajadores de casos" o "equipos de casos". En los hospi-

tales prevalece el estímulo para la multidimensionalidad de las acciones, con multicapacidades y multifuncionalidades del personal. Un generalista puede hacer el trabajo de un especialista. Por ejemplo, varios funcionarios tienen acceso a los registros, responden a llamadas, comunican información, saben cómo usar una computadora, realizan resucitaciones cardiopulmonares, sirven alimentos, se encargan de las medidas de seguridad relativas a la electricidad, los incendios, los desechos contaminados y el control de las infecciones nosocomiales. Se puede ampliar y utilizar la labor de los médicos internos/residentes, después de recibir la capacitación apropiada, para una variada serie de actividades.

En cuanto a los médicos en general, es indispensable que participen desde el principio. Hay que explicarles con detalle la forma en que la reingeniería podrá mejorar sus prácticas respectivas. Se debe tratar de hacerlos participar en los equipos, se deben proporcionar datos lógicos que justifiquen las acciones futuras y que informen acerca de las necesidades de los nuevos modelos gerenciales. Los materiales didácticos, como los audiovisuales son útiles para instruir a estos profesionales, caracterizados por la frase "time is money" (el tiempo es dinero).

Siempre es importante elegir a un médico para que sea el "encargado o capitán" del equipo, de manera que participe en las distintas actividades de grupo y que participe directamente en la preparación de protocolos, mapas clínicos o de los "procesos" de atención médica estandarizados para enfermedades específicas, como instrumentos de racionalización de las actividades de estos profesionales. En las salas de hospital se ha recomendado la adición de camas para pacientes que tengan las mismas enfermedades o de camas de pacientes de un mismo médico.

Dentro de la nueva estructura, se pueden ofrecer ciertos servicios auxiliares en las mismas salas, tales como los servicios de laboratorio, farmacia, radiología, admisión de pacientes, sistemas de información, etc. También en la propia habitación, como por ejemplo con la ropa, los instrumentos y los medicamentos. Las actividades de las enfermeras/los enfermeros se amplían, de modo que éstos desempeñen labores clínicas y administrativas. Estos son los "nuevos" gerentes-enfermeras.

Cuando se trata de los prontuarios, los registros médicos o la evolución clínica del paciente, también se introducen novedades, como las de anotar solo las excepciones o usar códigos y protocolos o pautas clínicas estandarizadas.

Pueden crearse los "asociados" de la asistencia, los "asociados clínicos", como los técnicos, los farmacéuticos, los radiólogos o los "asociados del servicio" y los "asociados comerciales", que hacen un poco de todo, incluso se encargan de la admisión, de los registros de seguros de salud o de las compañías que se encargan de pagos anticipados.

Después de recibir capacitación, los trabajadores podrán tomar decisiones. El personal se ocupa de las actividades horizontal y verticalmente, eliminando la jerarquía y trabajando en equipos. Así se rompe con la tradición de la revolución industrial de jerarquizar las decisiones, porque reciben con anticipación los instrumentos para tomar esas mismas decisiones.

Los procesos pueden tener versiones múltiples, en función de una "selección" inicial, que sirve para determinar cuál de ellos debe adoptarse. Se pone fin a la estandarización única puesto que pueden realizarse adaptaciones locales y el trabajo se puede realizar donde tiene más sentido realizarlo. Los

pasos de un proceso no se dan en un orden natural; por ejemplo, la tarea No. 2 comienza al mismo tiempo que la tarea No. 1. Es la "alineación" del trabajo.

Las verificaciones y los controles se reducen. Por ejemplo, la compra por "caja chica" se realiza con tarjeta de crédito hasta un valor determinado. El costo de la verificación del abuso es mayor que el propio abuso. En la reingeniería, las medidas están más dirigidas hacia el resultado operacional, que hacia el financiero. Un buen ejemplo es la búsqueda de una "conciliación" entre las empresas, ya que el control de las existencias puede realizarlo el propio proveedor, evitándose el esfuerzo para verificar el momento de los pedidos ya que éstos los realiza esta empresa, que es responsable de la información cuando necesita hacer pedidos para ella misma o estableciendo un sistema de provisionamiento continuo según la necesidad. El "gerente de caso" es el único punto de contacto.

Con la reingeniería prevalece un modelo híbrido de centralización y descentralización para evitar, por ejemplo, un caso como el de un banco que le dió una línea de crédito de 20 millones a un cliente, al tiempo que todas las otras agencias del banco también le dieron al mismo cliente 20 millones de crédito. Se trata de examinar los puntos positivos de la descentralización con flexibilidad, "se hace a la medida del cliente" y se ofrecen respuestas rápidas. Esto se puede lograr por un costo determinado y con un control menor. Por otra parte, determinadas compras pueden continuar dentro de un sistema controlado centralmente para beneficiarse de las ventajas de las economías de escala.

Las unidades de trabajo se transforman de departamentos funcionales en equipos de procesos, y esos equipos reemplazan a las antiguas divisiones. Algunos equipos son

"virtuales" puesto que sólo se reúnen para llevar a cabo una labor o trabajos multidimensionales y luego se deshacen.

El papel del personal pasa de controlado a "empowered". "Empowered" tiene la connotación de transferencia de poderes a los niveles operacionales, de manera que el personal pueda pensar, interactuar, juzgar y tomar decisiones. Necesita, por lo tanto, medios para ese mismo "empowerment", y entre ellos están los procesos de preparación para el trabajo, que de capacitación pasa a las formas de educación permanente. La educación enseña el "por qué".

También se hace énfasis en las medidas de desempeño y las compensaciones se revisan de modo que se orienten hacia las actividades relacionadas con los resultados, como los bonos, en vez de los aumentos automáticos de salarios. Los criterios de ascenso se basan más en el desempeño y la capacidad que en el tiempo de servicio.

Los valores dejan de enfocarse en el aspecto protector y se enfocan en el aspecto productivo. El papel de los gerentes pasa del de supervisor al de técnico de equipos deportivos. Estos necesitan tener capacidad para el manejo de relaciones interpersonales y para el trabajo en equipo. Un supervisor clásico puede observar a siete personas, mientras que un "técnico" o "entrenador" puede observar hasta a treinta personas. En esta situación, las estructuras dejan de ser jerárquicas y se hacen estructuras planas, y los ejecutivos dejan de ser "marcadores de puntos" y se transforman en líderes del equipo.

La reingeniería trata de observar la manera en que se realiza todo el proceso de transición: elaboración del trabajo y su estructura, la gerencia de sus sistemas de evaluación y la cultura (como los valores y las creencias) del establecimiento. La implantación del

nuevo modelo destruye las antiguas relaciones de trabajo y los vínculos de tradición y cultura institucional. Ello puede dar lugar a situaciones de estrés, tensión y caos, por lo cual se necesita una fuerte participación y liderazgo de los gerentes principales.

El método obliga a pensar inductivamente, es decir, primero se identifica una solución y luego se piensa en el problema que ésta puede resolver. Es como la Ley de Say (Jean Baptiste Say, economista francés del Siglo XIX) "la oferta crea su propia demanda". Exp. WALKMAN de la Sony.

Puesto que actualmente la información puede aparecer simultáneamente en varios lugares, se pueden eliminar casi completamente las oficinas o las unidades externas y el personal envía y recibe información de donde está situado y los planes pueden examinarse instantáneamente. Es como en los juegos: el jugador se dirige al lugar donde la pelota va a llegar y no al lugar donde la pelota se encuentra en ese momento. Se podrán economizar varios millones con la introducción de nuevas tecnologías como la admisión por correo electrónico, el "E-mail", en salas de exámenes, las "superhighways", el acceso a 500 canales de televisión, etc.

¿Quién pondrá en práctica la reingeniería?

Líderes: Son los ejecutivos principales, que autorizan y motivan al ofrecer un sentido de la misión, cualitativo y cuantitativo, o una visión, puesto que confían en lo que quieren lograr. Es como si fuesen los "abanderados" que mantienen alta la moral de la tropa y hacen que el grupo haga lo que ellos quieren.

Misión: ¿quiénes somos? ¿cuál es nuestro propósito?

Visión: ¿para dónde vamos?

Valores: ¿en qué creemos?

Comisión "Steering" (Directiva o de Dirección): Es opcional y está compuesta por un cuerpo de gerentes principales que toman decisiones políticas, escuchan y resuelven conflictos.

Dirigente del proceso: Es el encargado de un proceso específico.

Equipo de reingeniería: Es un grupo pequeño, de 5 a 10 personas, dedicadas a un proceso en particular. Es el que reinventa el negocio, con el apoyo de los "insiders" (los que están adentro) y de los "outsiders" (los que están afuera), en una relación de 2 ó 3:1. El "capitán" del grupo será un "primus inter paris". El equipo trabaja dedicando, como mínimo, el 75% de su tiempo al proceso, ningún miembro trabaja a tiempo parcial y permanecen juntos hasta la implementación piloto.

Zar de la reingeniería: Es el encargado de poner en práctica las técnicas y los instrumentos y de lograr sinergismo entre los proyectos. Tiene que contar con todo el apoyo del personal para realizar su actividad de coordinación.

Criterios por los que se puede comenzar:

- ¿Cuál proceso tiene más problemas?
- ¿Cuál proceso tendrá mayores repercusiones?
- ¿Cuál proceso tendrá más éxito con el nuevo diseño?

Como ejemplo de esas estrategias está empezar por el inventario de materiales, cambiando el sistema a "just in time" o "just in case", de modo que los proveedores y los clientes planifiquen un esquema de trabajo común.

Otro medio sería observar la forma en que el cliente se comporta (¿qué? ¿por qué?) y no hacer lo que se acostumbra tradicionalmente. Los enfoques siempre giran más en torno al consumidor que a los deseos del gerente del establecimiento. Se debe tratar de aprender observando al que es mejor entre sus competidores, o sea lo que se llama "benchmarking".

Fases de la reingeniería

- **Movilización y enfoque: establecen realidades, compromisos y las prioridades institucionales.**
- **Rediseño y pruebas: es el mapa viario para el cambio.**
- **Puesta en práctica: elabora y ejecuta nuevos proyectos y sistemas de información.**

Obstáculos para la reingeniería

- falta de fe en el proyecto o en el liderazgo;
- miedo a la pérdida o al cambio en el trabajo;
- miedo a perder la "antigüedad" o la identidad en el trabajo;
- miedo al costo de los cambios físicos, al costo de los consultores externos y al "costo" de los problemas emocionales;
- resistencia ("backlash" o "boomerang") de los médicos;
- "backlash" de las enfermeras;
- aprendizaje muy difícil para un tiempo tan limitado;
- un proyecto de TQM anterior puede sofocar la propuesta de la reingeniería.

Recomendaciones sugeridas

- los compromisos van de arriba a abajo, y se reflejan en toda la organización;
- la planificación de los recursos humanos debe ir a la par con los nuevos diseños de los procesos;
- se debe establecer un plano inicial de compensaciones e incentivos;
- no se deben valorar sólo a los consultores externos;
- es indispensable contar con la cooperación de los médicos;
- utilizar técnicas de "brainstorming" (lluvia de ideas), manteniendo constante la comunicación;
- flexibilidad en las acciones.

El caso de América Latina y el Caribe

Todas estas nuevas modalidades de evaluación de la calidad industrial, también se pueden aplicar en los hospitales latinoamericanos y el Caribe. Mientras tanto, en los países de esta Región, aproximadamente el 70% de sus hospitales tienen menos de 70 camas. Los datos obtenidos por el Catálogo Latinoamericano de Hospitales, de 15.000 establecimientos con camas, revelaron la inexistencia de medidas sencillas de control de infecciones nosocomiales que constituyen uno de los indicadores de calidad más sensibles, como también de medidas básicas de evaluación de la asistencia médica.

Asimismo, aproximadamente el 80% de estas instituciones funciona con un número insuficiente de personal, no cuenta con procedimientos, normas o rutinas descritas en manuales y sus procesos tampoco han sido diseñados, ni presentan las bases mínimas de procedimiento indispensables para la implantación de técnicas de reingeniería u otras de las técnicas mencionadas anteriormente.

Si bien es cierto que existen grandes centros médicos públicos o privados, comparables con los más avanzados de cualquier otro continente, un número considerable de estos hospitales no podría salir triunfante de una evaluación mínima para garantizar una calidad permanente. En general, lo que se observa con frecuencia es la falta de homogeneidad entre los distintos servicios hospitalarios. En muchas ocasiones una unidad hospitalaria, por ejemplo la de laparoscopia, mantiene un patrón de calidad de alto nivel, mientras que la lavandería es responsable constantemente del cierre de las operaciones. O el servicio de cirugía mantiene elevados estándares, mientras que las historias clínicas son ilegibles.

El método de evaluación de la calidad, basado en la teoría de sistemas, propuesto por Avedis Donabedian, consta de tres partes para la evaluación: la estructura, el proceso y el resultado. La información que sirve para juzgar la calidad, según Donabedian, puede clasificarse mediante esas tres categorías.

La propuesta de evaluación de la calidad de hospitales anteriormente mencionada en este Manual, adoptó la misma clasificación de Donabedian, y trabaja con estándares para cada servicio hospitalario, los cuales se utilizan para evaluar casi todos los aspectos de las operaciones y los servicios clínicos de las instalaciones de salud con camas (ver anexo del Manual). Esos estándares se aceptaron como razonables, válidos y susceptibles de ser objeto de numerosos seminarios organizados por la OPS, y fueron reconocidos como estándares nacionales para la prestación de servicios al paciente y para la gestión de los establecimientos en varios países latinoamericanos.

Los estándares se formulan, revisan y perfeccionan continuamente, en respuesta a los cambios en el campo de la salud en cada país, de modo que el modelo de acreditación hospitalaria sea apropiado para las características de esta Región y lo suficientemente flexible para que se adapte a las marcadas diferencias entre un área y otra.

No cabe duda de que una serie considerable de hospitales terciarios de América Latina podría ser objeto de un proceso de reingeniería para agilizar sus actividades en beneficio de los clientes. Sin embargo, la gran mayoría de los millares de hospitales de esta región no cuentan con un mínimo de procesos establecidos y además, desgraciadamente, están en una fase de "preingeniería". Lo que se ha recomendado para esta fase es establecer primero una verdadera

"ingeniería funcional", indispensable en cualquier paso para las futuras mejoras.

El modelo del Manual de Acreditación para América Latina y el Caribe cubre con ejemplos de estándares, todos los servicios de un hospital general para el tratamiento de casos agudos (anexo). El objetivo de su redacción no fue establecer paradigmas sino ofrecer una guía que sirviera de ilustración a las comisiones de acreditación multi-institucionales nacionales cuando elaboraran sus propios instrumentos de evaluación.

Como vimos, se establecieron "patrones" para cada servicio hospitalario, o sea, el nivel de atención, práctica o método óptimo esperado, definido por especialistas o asociaciones de profesionales. En cada situación, el patrón inicial es el límite mínimo de calidad exigido. Se espera que ningún hospital del país se sitúe por debajo de dicho nivel al cabo de un período de dos años, por ejemplo. A medida que se alcanzan esos patrones iniciales, se pasa al patrón (o estándar) siguiente, es decir, cuando el estándar o patrón mínimo (nivel 1) se logra, el paso siguiente es alcanzar los niveles 2, 3 y así sucesivamente.

Puesto que un hospital no consta de servicios independientes y aislados, es necesario, a fin de que sea acreditado y gane la consiguiente reputación de tener buena calidad de atención médica, que sus servicios, desde la lavandería hasta la unidad quirúrgica; desde el servicio de personal hasta la unidad de tratamiento intensivo, hayan alcanzado, por lo menos, los estándares del nivel 1.

El problema principal de los grandes hospitales, como los de remisión nacional o los universitarios, no está en los servicios de alta tecnología, sino en los de baja tecnología, como los servicios de lavandería, las calderas, las cocinas, la limpieza o el saneamiento, la cortesía con los pacientes y

sus familiares, etc. Por otra parte, como vimos, la mayoría de los hospitales son pequeños establecimientos sin ninguna programación establecida para la mayoría de sus actividades, ya sean clínicas o administrativas. La ausencia de algún empleado es motivo de paralización total del servicio respectivo.

Con la propuesta del establecimiento de estándares o patrones en los hospitales, repetimos, éstos podrán ser acreditados cuando presenten indicadores satisfactorios. No se "acredita" un servicio aislado. Incluso si una unidad del hospital está plenamente establecida y es de calidad excepcional, por ejemplo con niveles 3 ó 4 de satisfacción, la institución continuará acreditada en el primer nivel si los demás servicios no pasan del primer escalón.

El objetivo de este método es reforzar el hecho de que las estructuras y los procesos del hospital están tan interrelacionados que el mal funcionamiento de un componente interfiere en todo el conjunto y en el resultado final. Por consiguiente, el hospital "se acredita" o "no se acredita". No se establecen niveles de acreditación distintos para cada uno de los servicios.

La acreditación es un método de consenso, racionalización y ordenamiento de los hospitales. El primer instrumento de evaluación técnica, explícita y objetiva de la calidad son los patrones (o estándares) descritos en el Manual de Acreditación; y el segundo, de gran importancia, es la Comisión de Acreditación, que deberá ser apolítica y multirepresentativa y realizará su labor silenciosa y periódicamente.

Cuando esta Comisión se encuentra exclusivamente bajo la tutela del gobierno sufre frecuentes distorsiones, debido a las innumerables presiones políticas a las que se somete a los gobernantes y, como resultado de ello,

los hospitales o no se someten al proceso de acreditación o no toman las medidas correctivas que aconseja la Comisión de Acreditación. Principalmente en nuestro medio, es casi imposible que una sola institución sirva de juez, jurado y promotor público.

Conclusiones

En la primera parte del presente documento tratamos de describir, en forma resumida, los enfoques actuales acerca de la calidad de los servicios, y al final, especialmente la reingeniería. Este último modelo, a pesar de su novedad, representa la aplicación del sentido común, la gerencia profesional y la educación permanente del personal. Cualquier propuesta de calidad que se base en estas tres premisas tenderá al éxito.

Por otra parte, para hacer frente a la crisis estructural y financiera actual de los hospitales latinoamericanos y del Caribe y los enormes desafíos del futuro, existen técnicas de mayor prioridad que la propuesta de reingeniería para mejorar esos hospitales.

También conviene comenzar a aplicar, y en conjunto, las siguientes estrategias:

- Descentralización efectiva de los hospitales públicos.
- Capacitación de los recursos humanos.
- Integración del hospital en el modelo local de atención de salud.
- Incorporación de los esquemas de garantía de la calidad y de la acreditación de hospitales.
- Incorporación racional de nuevas tecnologías de alto costo y rescate de las capacidades establecidas actuales.

- Utilización de mecanismos de inversión junto con el sector privado (joint ventures).

Descentralización efectiva de los hospitales públicos

La descentralización de los hospitales públicos es la estrategia principal de cualquier programa para la transformación verdadera de las instituciones de salud. Requiere, en primer lugar, la elaboración de un sistema de información para la gestión técnico-financiera, además de la capacitación continua de los organismos de dirección encargados de la gerencia de tales instituciones. Estos deben utilizar su liderazgo para establecer normas y patrones respecto a las actividades de la institución. Las estructuras deberán transformarse en estructuras dinámicas, flexibles y capaces de generar relaciones internas armoniosas entre las distintas disciplinas que interactúan en el hospital.

La descentralización efectiva significa la transferencia completa de los recursos financieros públicos disponibles para la gerencia, tanto de los gastos de funcionamiento como los de remuneraciones e inversiones. Esto supone la definición y el establecimiento de métodos de reembolso a los hospitales que empleen la práctica de autoadministración descentralizada del hospital público y, al mismo tiempo, incentivos claros y definidos para la eficiencia y la calidad.

Esa estrategia requiere el respaldo de la legislación de los reglamentos vigentes en los diferentes países de América Latina. Esas nuevas leyes y reglamentos deben ser precisos, claros y continuos en el tiempo, y promover verdaderamente la autonomía financiera-administrativa de los hospitales públicos.

Educación de los recursos humanos

La capacitación continua de los recursos humanos, a nivel de los organismos directivos, todavía incipiente en América Latina y el Caribe, debe abordar la siguiente temática, con el fin de favorecer la gestión:

- uso de información para la toma de decisiones;
- manejo de los recursos humanos en situaciones normales y de conflicto;
- manejo de las tecnologías en materia de salud: selección, mantenimiento, evaluación de los dispositivos;
- formas de organización hospitalaria: su relación con el entorno, sus posibilidades de adaptación y cambio;
- marcos legales de gestión directiva: derechos, obligaciones y responsabilidades;
- gestión económica-financiera del hospital: presupuestos y elaboración de proyectos para financiamientos nacionales e internacionales.

La educación se debe extender a todo el personal hospitalario, tanto en la promoción del perfeccionamiento técnico como en el desarrollo integral de los potenciales, fomentando su inserción y participación activa en la organización. La capacitación debe ir notablemente acompañada de una mayor remuneración económica, en forma diferenciada, vinculada a una mejor calidad de la atención, a la eficiencia y a mejores calificaciones técnicas.

Integración del hospital en el modelo local de la atención de salud

Los hospitales deben estar integrados en un sistema donde estén bien definidos los niveles de atención ambulatoria, satélite, con los de internamiento, de complejidad progresiva, ya se trate de la atención de emergen-

cia como de la electiva; es decir, deben integrarse en una red de servicios locales para ofrecer un mejor funcionamiento de la atención. Este sistema permitirá el uso equilibrado de los recursos disponibles, optimizando con ello el uso de los recursos humanos especializados y las tecnologías.

Como ejemplo de lo anterior, el uso del hospital deberá limitarse a las enfermedades que requieran internamiento para su tratamiento. Se deberá racionalizar el uso de los servicios de emergencia, para evitar que éstos substituyan las actividades de salud del nivel primario. Entre otros aspectos se debe considerar la promoción del uso de servicios ambulatorios, con hospitalización transitoria para cirugía y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos que lo permitan. Por último, debe existir un sistema de remisión y contra-remisión adecuado de pacientes, dentro de los sistemas locales.

Incorporación de esquemas de acreditación*

La incorporación de este concepto requiere el establecimiento de organismos intermedios, independientes, encargados de definir y ejecutar la acreditación, mediante evaluadores excepcionalmente bien capacitados, con el objeto de garantizar la calidad de la atención por medio del establecimiento y la observación de estándares e indicadores para cada uno de los servicios del hospital, como se explicó anteriormente. La acreditación no debe ser punitiva, debe ser continua en el tiempo y educativa.

* Para más detalles acerca de este tema, ver el capítulo "Implementación de programa de garantía de la calidad a través de la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe", en este Manual.

Incorporación racional de nuevas tecnologías de alto costo y recuperación de la capacidad establecida actual

En primer lugar, deberá rescatarse la capacidad establecida mediante estudios de normalización y de equipos. Deberán establecerse mecanismos de diagnóstico de las necesidades reales para la selección de tecnología, del uso racional de ésta y de la evaluación de sus repercusiones.

Se recomienda establecer centros de diagnóstico multicéntricos, que concentren las tecnologías de alta complejidad y alto costo, así como su mantenimiento, para que varios hospitales, públicos y privados, puedan compartirlas, situación que rara vez se observa en América Latina y el Caribe.

Utilización de mecanismos de inversiones conjuntas con el sector privado

El sector público debería unirse al sector privado, incluidas las ONG (Organizaciones No Gubernamentales) para abordar proyectos conjuntos de inversión hospitalaria.

En el mundo actual, con un sector privado en crecimiento en los países de América Latina, la utilización de "joint ventures" podrá evitar la dimensionalidad excesiva y la duplicación de inversiones en la infraestruc-

tura terciaria. Esta asociación conjunta podrá permitir la concretización de objetivos diferentes, pero no contradictorios, entre ambos sectores.

Esas iniciativas no se limitan sólo a las nuevas inversiones, sino que incluyen también asociaciones en compañías o cooperativas para la calibración y el mantenimiento de los equipos, como ya existen en Medellín, Colombia.

Como vemos, los 15.000 hospitales de América Latina y el Caribe tienen un largo camino que recorrer y tienen que enfrentar serios desafíos en el próximo siglo. Algunos podrán optar por cualquiera de los modelos posibles de gerencia de la calidad arriba sugeridos, pero es inadmisibles que mantengamos hasta hoy situaciones que podrían corregirse fácilmente para lograr patrones mínimos de calidad.

Por último, hay que hacer énfasis en que la imagen del equipo multiprofesional de evaluadores para la acreditación de los hospitales tiene gran importancia en este proceso, ya que esos evaluadores deberán ser los verdaderos consultores especialistas en administración, que visitan los hospitales y que, además de comparar con patrones preestablecidos la calidad de los servicios hospitalarios ofrecidos a los clientes, deberán ofrecer respuestas a los problemas observados y sugerir qué instrumentos son necesarios para resolverlos.

Bibliografía consultada

Gilmore, Carol y Novaes, Humberto M. **Manual de Gerencia da Qualidade em Serviços de Saúde**. Serie HSP/UNI, Manuais Operacionais (N.9), Ed. PALTEX, OPAS/OMS, Washington, D.C., 300p, 1995.

Hammer, Michael y Champy, James. **Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution**. Harper Collins, Nova York, 1993.

Novaes, H.M. y Paganini, J.M. **Hospital Público: Perspectivas y Tendencias**. Serie HSP/SILOS. Ed. PALTEX, OPS/OMS, Washington, D.C., 1994.

Paganini, J.M. y Novaes, H.M. **Manual de Acreditación de Hospitales**. Publicación de la Serie SILOS/PALTEX N.13, OPS/OMS, Washington, D.C. (editada en español, francés, inglés y portugués).

Novaes, H.M. "Garantia de qualidade em Hospitais da América Latina e do Caribe". EM: "Acreditação de Hospitais para América Latina e o Caribe". Organização Panamericana da Saúde/Organização Mundial da Saúde - Federação Latino-americana de Hospitais. Ed. Federação Brasileira de Hospitais, Serie SILOS No. 13, Brasília, 1992.

Novaes, H.M. "Implantación de Programas de Garantía de la Calidad en los Hospitales de América Latina y el Caribe" *Educ.Med.Salud* (27) 3 1993. pg357-375.

Novaes, H.M. "Calidad Total - Nuevo Recurso para los Hospitales de América Latina: El Ingeniero Gerencial" *Educ.Med.Salud*. Vol28(4) 1994 pg490-505.

Zimmerman, David e Skalko, John J. **Re-engineering Health Care. A Vision for the Future**. Eagle Press, Wisconsin, 1994.

Apéndice I

Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe

Contenido

Manual de Acreditación	165
Marco conceptual e instrumentos	165
Instrumentos que regulan la calidad de la atención	166
Estrategia	167
Parte general	169
Consideraciones metodológicas	169
Interdependencia de los estándares	171
El contexto hospitalario de la atención de la salud en América Latina y el Caribe	172
Instructivo preliminar y procedimientos	176
Instructivo para el empleo e interpretación del manual	178
Estándares mínimos obligatorios	179
Organización de la atención médica	179
Áreas técnicas y de apoyo	191
Planos	202
Estructura físico-funcional	202
Instalaciones	203
Estándares no obligatorios	205
Cuidados críticos	205
Neonatología	207
Medicina nuclear	208
Terapia radiante	209
Rehabilitación	210
Servicio Social	211
Biblioteca	212

Manual de acreditación*

Marco conceptual e instrumentos

Los países de América Latina y el Caribe presentan una gran riqueza de experiencias sociales y políticas las cuales aún enmarcándose en un contorno de crisis económico-financieras muestran los inequívocos signos de una sociedad en transformación y maduración.

En varios países de la Región el sector salud se ha desarrollado a lo largo de los años sin un plan regulador o concepción política estable que oriente las inversiones y el desarrollo de los servicios asistenciales. Por ello, las políticas aplicadas tuvieron metas y resultados solo parciales no logrando la reformulación o el ordenamiento de todo el sector, sino de alguna de sus partes.

A su vez, el crecimiento espontáneo de algunos de los subsectores determinó la separación neta entre la actividad privada, el sector público y la seguridad social, configurando una modalidad prestadora que presenta su propia problemática, independiente en

sus orígenes, pero que potencia los efectos de la crisis económico-financiera presente en los países de la Región.

La organización y morfología del sistema prestador muestran la existencia de compartimientos ocupados por los subsectores profesionales (médicos, odontólogos, enfermeras, etc.), los establecimientos asistenciales y el mercado de medicamentos. Cada uno de ellos organizado en función de los intereses comunes a cada actividad y sometidos a una ilógica puja, cuyo marco conceptual es la limitación global de los recursos.

Muchos de los actuales sistemas descuidaron la evaluación de la calidad de atención individual e institucional sistemática dando lugar a un incremento innecesario de los costos. En forma inversa se genera una tendencia en la Seguridad Social a bajar el gasto independiente de las necesidades reales de cobertura. El resultado de esta ecuación es un incremento de la insuficiencia global del sistema, con aumento en los costos de la atención médica y disminución de la calidad.

* N. del Ed.: La primera versión del *Manual de acreditación* (1990) fue preparada por el Dr. Hugo Arce y por el Dr. Camilo Marracino, bajo los términos de referencia y la supervisión de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, dentro del "Acuerdo General de Cooperación" firmado entre la Organización Panamericana de la Salud y la Federación Latinoamericana de Hospitales. La preparación de la primera versión estuvo basada en una extensa bibliografía sobre el tema seleccionado por la OPS, publicado o no por los países de la Región de las Américas. Posteriormente, este documento recibió varias contribuciones de expertos de Asociaciones de Hospitales de varios países, así como de instituciones de seguridad social, organismos de pre-pago, ministerios de salud, ONGs, entidades científicas y profesionales para ajustarse a las características de los hospitales de la Región, donde la gran mayoría de las instituciones tienen menos de setenta camas. Su presentación oficial fue hecha en la sede de la OPS/OMS, en Washington, D.C. (mayo 1991) a representantes de veintidos países, los cuales aportaron nuevas sugerencias ya incorporadas al presente Manual. Hasta 1995, todos los países de la Región ya realizaron sus reuniones nacionales para la implementación de la propuesta. El Manual fue también publicado por el Programa PALTEX de la OPS/OMS para los países de habla española y por la Federación Brasileña de Hospitales para los países de habla portuguesa. Lo que aquí se presenta es una versión revisada como consecuencia de los aportes recibidos.

En base a lo analizado, surge como necesidad básica el incorporar modificaciones sustanciales y suficientes como para enfrentar el deterioro de los sistemas de salud.

Si se analizan los factores que deterioran la eficiencia del sector salud, surge que el déficit en la planificación posibilita la existencia de instituciones que frecuentemente carecen de las mínimas condiciones para su habilitación, no responden a las necesidades reales de la población y brindan servicios que no cumplen con estándares de calidad mínimo.

Filosóficamente y desde el punto de vista teórico es imposible negar la necesidad de implementar estándares referentes al mejoramiento de la calidad de atención médica. Sin embargo, las dificultades por las que atraviesan los distintos países inducen con frecuencia a posponer estas acciones pensando que no serían factibles ni prácticas. Esta falacia debe ser aclarada demostrando que una forma eficaz de corregir el déficit señalado es el de actuar sobre la calidad de la atención optimizando la relación costo-beneficio.

Ante esta realidad, la utilización de métodos aptos para el reordenamiento constituye una actitud válida que actúa como guía, manteniendo su vigencia aún frente a una posible modificación del sistema de coberturas y financiamientos.

Instrumentos que regulan la calidad de la atención

Por lo expuesto se propone actuar sobre el modelo prestador con instrumentos que regulen y garanticen la calidad de atención, entendiéndose que, con este hecho se contri-

buirá a mejorar la eficiencia global del sistema con el consiguiente beneficio para la población y para los sectores participantes. Para tal efecto y en una primera instancia nos limitamos a los procedimientos de evaluación de los establecimientos asistenciales, públicos o privados, estos son:

Habilitación: Es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o quien ella delegue. Se efectúa habitualmente por una vez previo a la puesta en funcionamiento del efector y define las condiciones mínimas estructurales que deben poseer dichos establecimientos. La habilitación precede la Acreditación.

Acreditación: Es el procedimiento de evaluación de la calidad de los recursos institucionales, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base o umbral) o más elaborados y exigentes definiendo distintos niveles de satisfacción. La acreditación precede la Categorización.

Podría decirse que un establecimiento asistencial "acredita" o es "acreditado" cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

Categorización: Es la clasificación de los efectores ambulatorios y de internación de acuerdo con el criterio que se adopte (complejidad, riesgos de atención u otros) que permite definir niveles, concentrando actividades, clasificando las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización según tipo de establecimientos y permitiendo

configurar en el futuro una red de servicios en los Sistema Locales de Salud (SILOS).*

Programas de autoevaluación: Algunos métodos de monitoreo son ya conocidos en América Latina y el Caribe, tales como: las reuniones anatómo-patológicas postmortem, las discusiones de casos clínicos o las revisiones de registros médicos.

No obstante, existen otros tipos de autoevaluación los cuales tienen siempre en común el hecho de definirse contra criterios explícitos y aceptables de desempeño que son comparados con la atención ofrecida. Por otro lado, se pueden aplicar diferentes técnicas antes de la propia admisión del paciente en la institución, en la cual se ana-

* N. del Ed.: La "categorización" de hospitales, con fines de pago para las internaciones, con "estrellas" o "cruces", a similitud de los hoteles, no presenta todavía consenso en América Latina debido a tres restricciones principales: Primero, la que se refiere a los aspectos de *equidad*, pues se admite que para un mismo cuadro patológico, en individuos biológicamente semejantes, en un mismo medio ambiente, la calidad de la atención y los consecuentes costos de los diagnósticos y tratamientos pertinentes, deberían ser prácticamente los mismos; la diferencia corresponde al lujo de la hotelería. Segundo, el papel del grado de *conocimientos y habilidades* del médico responsable por el caso, no se mide todavía por "cruces" o "estrellas". Son mencionados en situaciones de emergencias, diversos tratamientos exitosos, de alta calidad, de casos complejos, clínicos o quirúrgicos, en hospitales de baja complejidad, que probablemente no podrían ser categorizados con más "cruces" o "estrellas". Por último, la tercera observación se refiere a la *espiral inflacionaria*, que esta "categorización" podría determinar en la adquisición de tecnologías poco apropiadas o indeseables, en una determinada área geográfica, solamente adquiridas para aumentar el grado o el puntaje en la "categoría" del hospital.

liza la validez de la internación, o durante la misma donde se investiga el tipo de asistencia médica o de enfermería después del alta a corto o largo plazo, evaluándose las indicaciones para seguimiento. La referencia y contra referencia entre la red de servicios utilizando indicadores trazadores, las secuelas clínicas y la satisfacción individual y de los familiares por la atención recibida, son otros ejemplos de evaluación.

Las herramientas de trabajo utilizadas son epidemiológicas, sociológicas, administrativas y clínicas, adoptadas para coordinar las actividades tales como: control de infección hospitalaria, transfusión de sangre, de accesibilidad, utilización de medicamentos, anatomía patológica, registros médicos, etc. Estas actividades representan lo que se viene impulsando por la OPS en América Latina y el Caribe, o sea la "epidemiología hospitalaria".

Estrategia

La implementación total o progresiva de los métodos mencionados debe responder al desarrollo de una estrategia regional o local.

Así, la habilitación sería el paso inicial para la puesta en marcha de un establecimiento asistencial, la Categorización la clasificación de acuerdo con la complejidad y suministraría los determinantes de las prestaciones que se pueden realizar y la constitución de redes de establecimientos y la Acreditación conduciría a la elevación progresiva del nivel de calidad institucional de la atención. Los métodos de autoevaluación son procedimientos intrainstitucionales específicos. La implementación de los instrumentos de referencia o contra-referencia pueden adquirir un ordenamiento condicionado por la realidad regional o local. Las estrategias posi-

bles incluyen el abordaje a través de los instrumentos descritos en forma individual, secuencial o simultáneo.

De acuerdo con lo expuesto, el desarrollo de programas de "Garantía de Calidad" en los distintos países de América Latina y el Caribe puede seguir las vías de abordaje que se consideren más aptas o adecuadas, pero aceptando que el asumir la existencia de dichos programas es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales.

Varios han sido los esfuerzos y aportes que la OPS ha realizado a los efectos de facilitar e impulsar dichas iniciativas, las cuales se han concentrado en el tema acreditación y control de la infección hospitalaria ya que los mismos proveen resultados apropiados inmediatos a las necesidades expuestas, además de resultar desencadenadores de otras acciones convergentes.

En función de lo expuesto y frente a las distintas variables observadas, se elaboró e implementó en 1990 un convenio entre la Organización Panamericana de Salud y la Federación Latinoamericana de Hospitales, mediante el cual se acordó impulsar el desarrollo de un Manual de "Estándares de Acreditación para América Latina" por entender que el mismo aportará un fuerte impulso a tales iniciativas, así como permitirá la definición de estándares adecuados, viables, creíbles, fundamentados y avalados por expertos del más alto nivel en los países de la Región.

Fueron realizadas reuniones nacionales sobre Acreditación de hospitales en los siguientes países:

Bolivia	Colombia
Brasil	Costa Rica
Caribe de habla inglesa	Ecuador
	El Salvador

Guatemala
México
Panamá
Perú
Uruguay

Honduras
Nicaragua
Paraguay
Rep. Dominicana
Venezuela

Posteriormente fueron realizadas conferencias sub-regionales sobre el tema:

Reunión Sub-Regional: Países del Caribe de habla inglesa.

Reunión Sub-Región: Países Región Andina.
Reunión Sub-Región: Países de Centroamérica, México y Caribe de habla española.

Reunión Sub-Región Cono Sur: Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay.

III Conferencia Latinoamericana sobre Acreditación de Hospitales, OPS/OMS.

Los principales problemas identificados en estas reuniones para implementación de programas nacionales de acreditación de hospitales fueron:

Aspectos legales:

Problema: tipo y pertinencia de legislación nacional sobre acreditación.

Comisión interinstitucional, independiente:

Problema: consertación entre las distintas entidades sobre la forma de participación del gobierno nacional.

Papel de la Seguridad / Seguros:

Problema: forma de contrato entre la seguridad social/seguros privados y los hospitales para garantizar atención de calidad a sus asegurados.

Estándares mínimos:

Problema: tendencia de los países a establecer estándares más elevados e imposibles de alcanzar a medio o largo plazo, inviabilizando el proceso de acreditación.

Estándares para todos los servicios:

Problema: tendencia en los países de establecer sistemas de acreditación para servicios específicos y no para todos los servicios, inclusive los de baja complejidad.

Peligro de la puntuación (falsos positivos):

Problema: establecer valores cuantitativos para presentación de los resultados de manera que la suma total, con frecuencia, esconde áreas o unidades de muy baja calidad que no son evidentes cuando se observan solamente los valores totales.

Mal uso de los indicadores de utilización:

Problema: utilización de indicadores de utilización como giro de cama, tasa de ocupación y otros de productividad como medidas de calidad.

Mezclar: Habilitación → Acreditación → Categorización:

Problema: buscar un solo instrumento para actividades distintas como son la habilitación (instrumentos de medida principalmente de la seguridad física), acreditación (instrumentos para medida de la calidad de todos los servicios) y categorización (instrumentos para medida de riesgos clínicos para el paciente).

Incentivos/Sustentabilidad:

Problema: no identificación por parte de los hospitales de las ventajas de la acreditación.

Liderazgo:

Problema: falta de líderes comprometidos con la conducción del proceso.

Parte general**Consideraciones metodológicas**

La elaboración de requisitos de calidad de atención médica constituye un instrumento normativo destinado a evaluar servicios o

instituciones con objetivos previamente definidos. En este sentido la objetividad del instrumento de evaluación utilizado, depende más de la claridad de los objetivos establecidos que de la imparcialidad con que se seleccionen los indicadores que deben verificar los evaluadores.

La realización de un programa de acreditación está vinculada a una racionalización de la oferta de servicios, que se configuran como tendencia histórica en los últimos años, mediante un mecanismo de selección basado en la evaluación de la calidad de la atención médica. Este proceso de racionalización es una consecuencia previsible de la expansión de la capacidad instalada asistencial a expensas de establecimientos de infraestructura precaria o por remodelación de edificios construidos con otra finalidad. De este modo surge la necesidad de establecer un piso de calidad y seguridad asistencial, por debajo del cual debe desalentarse la prestación de servicios a la Seguridad Social.

Por otro lado una parte importante de los establecimientos públicos construidos en las décadas del cuarenta y cincuenta, presentan actualmente un alto grado de obsolescencia por insuficiente mantenimiento edilicio o por no haberse adaptado a los cambios de la tecnología médica.

Con un mayor o menor peso de la capacidad privada respecto de la pública, una variable participación de la Seguridad Social en la financiación de la salud o diferentes circunstancias históricas y político-económicas, la situación actual de la capacidad instalada hospitalaria de los países latinoamericanos presenta marcadas similitudes.

La disparidad de los niveles de calidad existentes está también facilitada por una gran variedad de estándares y legislación de habilitación que en algunos casos están

actualizadas y en otros son obsoletas o se aplican inadecuadamente. Esta heterogeneidad normativa se encuentra entre distintas provincias y municipios en los países de América Latina y el Caribe. De manera que para establecer estándares de calidad no se puede partir de una base de estándares habilitadoras comunes que garanticen niveles mínimos de acreditación.

Para elaborar los estándares de acreditación, se partió de un conjunto de criterios que conviene mencionar previamente:

- El análisis de la relación costo/beneficio no debe ser ajeno a la consideración de los procedimientos de evaluación de calidad de atención médica.

Un procedimiento excesivamente detallado, cuya aplicación dé buenos resultados en tanto relevamiento de datos representativos de la institución evaluada puede ser excesivamente costoso en cuanto a la inversión necesaria de personal calificado para efectuar cada evaluación.

- La detección de indicadores de calidad en un establecimiento no debe procurar una descripción exhaustiva de los servicios hospitalarios, sino la verificación de los datos más representativos de la realidad existente, cuyo análisis permita arribar a conclusiones eficaces en forma sencilla.

- La simplificación del procedimiento de acreditación hace necesaria la utilización de indicadores esencialmente cualitativos, cuya verificación no requiera prolongados recuentos de eventos sino la observación de ciertos datos cuya presencia permita suponer condiciones de calidad. (Ver Apéndice).

- Los indicadores a seleccionar deberán ser fácilmente verificables en lo posible por la sola observación, evitando estándares cuya evaluación implique revisiones extensas de documentación.

- Los estándares procurarán evaluar, dentro de un mismo servicio, aspectos de estructura, proceso y resultados, buscando indicadores dinámicos que reflejen con la mayor amplitud la calidad de las prestaciones.

Aunque la evaluación de resultados ofrece frecuentes dificultades, dado que los propios establecimientos evaluados no la realizan, los indicadores preferentemente deben considerar condiciones estructurales previas al acto médico, así como la calidad con que se desenvuelve el proceso de atención.

- Cada estándar debe prever distintos grados de satisfacción con el fin de abarcar el amplio espectro de la oferta de servicios existentes. Los diferentes grados de satisfacción no deben apuntar a contemplar la variedad de complejidades de los establecimientos, sino los distintos niveles de calidad logrados en la satisfacción del requisito.

- El rango de amplitud de los estándares debe abarcar desde un mínimo cuya satisfacción exprese de por sí un aceptable nivel de calidad (Nivel 1), hasta un óptimo, que debe encontrarse presente en algún establecimiento de la Región. El óptimo no debe ser ideal sino lo mejor que la realidad existente permite.

- Los diferentes grados de satisfacción de un estándar deben ser correlativos entre sí, no corresponden a distintas características de jerarquías paralelas. Los niveles de satisfacción superiores implican haber satisfecho los niveles inferiores.

Acerca de la elaboración de ciertos estándares conviene comentar además algunos conceptos adicionales:

- Los servicios de Medicina Crítica, tanto Terapia Intensiva como Neonatología, dependen de manera sustantiva de la infraes-

estructura tecnológica disponible y, en particular, de la concentración de la tecnología por cada plaza de atención intensiva.

En este caso los distintos niveles de satisfacción de los estándares reflejan, en parte, grados de complejidad tecnológica del servicio; si bien se han contemplado algunos aspectos de calidad del proceso de atención médica, tienen un contenido descriptivo del equipamiento existente.

En algunos casos, como la Unidad de Reanimación o la atención del recién nacido normal, las características se superponen con actividades requeridas para los estándares de Emergencias y de Atención del Nacimiento, respectivamente. Esta superposición expresa los aspectos "obligatorios" y "no obligatorios" de dichas áreas, como veremos más adelante.

□ También los estándares de Terapia Radiante y de Medicina Nuclear tienen un marcado acento en la infraestructura tecnológica. Se ha procurado, asimismo, incluir aspectos de calidad del proceso de atención médica.

□ El estándar de Anestesiología debe ser considerado un servicio mínimo y obligatorio. Sin embargo, en la práctica estas actividades funcionan como una dependencia del Área Quirúrgica en forma indiferenciada.

En algunos países en cambio dependen de este servicio, tanto Terapia Intensiva como la responsabilidad del cuidado clínico del paciente durante el acto quirúrgico. Cuando funcionan en forma indiferenciada dentro del Área Quirúrgica, incluso la responsabilidad del cuidado de las complicaciones cardiovasculares intraoperatorias, está a cargo de cardiólogos y no de anesthesiólogos.

□ No fueron considerados en este Manual los servicios de asistencia respiratoria en forma diferenciada ya que estos funcionan siempre como parte de Terapia Intensiva, salvo cuando se trata de establecimientos monovalentes especializados en enfermedades respiratorias en cuyo caso, quedan fuera de los alcances de este Manual.

Interdependencia de los estándares

Se centran bajo esta denominación un conjunto de exigencias que surgen de la necesidad de los establecimientos de funcionar como un conglomerado armónico de servicios y, a su vez, como parte de una red local de establecimientos integrados (SILOS).

Para definir estas necesidades interdependientes conviene tener en cuenta tres conceptos organizativos:

□ El desarrollo armónico de los distintos componentes de un establecimiento favorece la eficiencia organizativa y evita crecimientos desmesurados de algunos servicios no sustentados en una adecuada infraestructura técnica de la institución.

□ El concepto que debe definir la categorización de los establecimientos es el de riesgo de la atención médica antes que el de complejidad tecnológica, procurando que la institución se encuentre armónicamente preparada para absorber un determinado nivel de riesgo y derive los casos que lo superen.

□ El enfoque de la oferta local de servicios como un sistema induce a considerar como parte de un establecimiento servicios que se encuentran fuera de su planta física e incluso sin pertenecer patrimonialmente al mismo propietario, de manera que la disponibilidad

local de servicios es un recurso de la institución hospitalaria que debe ser incluido en la evaluación.

En líneas generales, como en el instructivo para la interpretación del Manual, la coherencia "horizontal" de los niveles de satisfacción de los distintos estándares expresa una aproximación primaria de requisitos interdependientes. En segunda instancia, los servicios de Medicina Crítica, Terapia Intensiva y Neonatología, plantean un conjunto de exigencias en lo referente a medios de diagnóstico disponibles. Asimismo, el Área Quirúrgica, el Servicio de Emergencias y las Derivaciones agregan un conjunto de exigencias interdependientes que deben ser tenidas en cuenta.

El contexto hospitalario de la atención de la salud en América Latina y el Caribe

Conceptualización

Se considera hospital en el presente Manual, todo establecimiento con camas, independientemente de su denominación, dedicado a la atención médica en forma ambulatoria y por medio de la internación, sea de dependencia estatal, privada o de la Seguridad Social, de alta o baja complejidad, con fines de lucro o sin él, declarados en sus objetivos institucionales, abierto a toda la comunidad de su área de influencia o circunscripta su admisión a un sector de ella.

Los objetivos del presente instrumento evaluativo se limitan a los establecimientos polivalentes de agudos con internación sin perjuicio de la denominación genérica que posean. Esta definición requiere una aclaración de los términos empleados:

□ Denominación del establecimiento: hospital, instituto, centro médico, policlínico, clínica, sanatorio o cualquier otra equivalente.

□ Establecimiento polivalente: presta atención en las cuatro clínicas básicas (Clínica Médica, Cirugía General, Pediatría y Toco-Ginecología) ya sea a través de profesionales especializados o por medio de médicos generalistas.

□ Establecimiento de agudos: dedicado a la resolución de enfermedades en plazos breves independientemente de la naturaleza aguda o crónica del proceso patológico. Se excluyen los nosocomios destinados al albergue por períodos prolongados de pacientes con incapacidades permanentes o las residencias permanentes con atención médica auxiliar.

□ Establecimiento con internación: debe ofrecer internación con atención ambulatoria o sin ella aunque ambas fases de la atención médica se lleven a cabo en edificios diferentes. La internación debe constituir uno de los objetivos principales de la institución y no solamente un servicio accesorio, como camas de recuperación de operaciones ambulatorias, camas de observación u "hospital de día" para tratamientos ambulatorios.

Funciones del hospital

Adoptando un enfoque sistémico, los hospitales forman parte de una red de servicios de atención de la salud, asociados geográficamente, ya sea por una organización planificada o como consecuencia de un ordenamiento espontáneo de los factores asistenciales existentes. Este criterio, que abarca la totalidad de la oferta de servicios disponibles en un territorio determinado se integra en los sistemas locales de salud (SILOS).

En este contexto debe enunciarse el papel específico que deben cumplir los establecimientos hospitalarios, en el sentido amplio con que han sido caracterizados más arriba:

- *atención médica continuada*: concentrar una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento en el menor tiempo posible, para reintegrar rápidamente el paciente a su medio;
- *atención médica integrada*: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente;
- *atención médica integral*: dado que la pertenencia del establecimiento a una red, garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver cada caso;
- *área programática*: el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones;
- *efector de los programas de salud*: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria.

El hombre como eje del hospital*

El desarrollo de programas de garantía de calidad es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales. Toda institución hospitalaria dada su misión esencial en favor del Hombre debe preocuparse por un mejoramiento permanente en tal forma que logre una integración armónica de las áreas médicas, tecnológicas, administrativas, económicas, asisten-

ciales y si fuere el caso, también, de las áreas docentes e investigativas.

A diferencia de otras empresas en un hospital o institución de salud la materia prima que ingresa es el hombre enfermo y lo que la Institución debe entregar es salud. Consecuentemente, el concepto de "persona humana" es consubstancial al ser de estas instituciones que adquieren pleno sentido cuando se conciben en razón y servicios del hombre.

Es el hombre cuyo organismo no funciona adecuadamente, es el hombre que padece, que sufre, que se desequilibra, que se debilita en sus capacidades, en su desarrollo personal o en sus relaciones con la sociedad, es ese hombre el que le da la razón de la existencia a la entidad de salud.

Esa persona debe ser recibida, tratada, comprendida y aceptada con todo lo que es en su ser finito, pero también con su destino trascendente.

Ella posee en sí misma una riqueza insondable, unos valores y tesoros ocultos en su interior y que no siempre aparecen ante el ojo clínico del profesional de la salud, ni pueden someterse a exámenes de laboratorio ni pueden descubrirse mediante los más sofisticados aparatos llámense escanógrafos o de medicina nuclear o los que vendrán próximamente.

Un "Manual de Acreditación de Hospitales" adquiere su pleno sentido cuando al determinar los criterios para evaluar las diferentes áreas, integra el concepto de la institución como un lugar donde se recuperan y se tratan los profundos valores humanos, donde todos los participantes activos en la recuperación de la salud están conscientes de que están tratando con "seres humanos" cuando aceptan que ayudan a aliviar dolores, sufrimientos, desequilibrios humanos y así entregan lo mejor de sí

* N. del Ed.: Contribución de la Asociación Colombiana de Hospitales. "Hombre" en el texto tiene la connotación de ser humano, o sea, hombre o mujer.

mismos para devolver a sus pacientes la felicidad, la paz, la armonía, el equilibrio con las personas y cosas que los rodean, en una palabra, para producir alegría en sus semejantes.

Derechos de los pacientes*

□ *Acceso al tratamiento.* A todo individuo se le deberá dar el acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible o que se indique médicamente sin considerar su raza, creencia, sexo, origen nacional o procedencia del pago para el tratamiento.

□ *Respeto y dignidad.* El paciente tiene el derecho de recibir el tratamiento respetuoso en todo momento y bajo todas circunstancias como reconocimiento de su dignidad personal.

□ *Privacidad y confidencialidad.* El paciente tiene derecho, de acuerdo a la ley, a su privacidad personal y de información, tal como se manifiesta en los siguientes derechos:

- el derecho a rehusar a hablar o a ver a alguien que no esté oficialmente relacionado con el hospital, incluyendo visitantes o personas oficialmente relacionadas con el hospital pero no involucradas directamente en su tratamiento.
- el derecho a usar el vestido personal apropiado, así como otros objetos religiosos simbólicos, siempre que no interfieran con los procedimientos del diagnóstico o del tratamiento.

* N. del Ed.: Extraído de la versión en español del Manual de la Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones de Salud, Chicago, USA, 1985.

- el derecho a ser examinado en instalaciones diseñadas para asegurar el aislamiento visual y auditivo razonable. Esto incluye el derecho a pedir que se tenga una persona del mismo sexo presente durante ciertas partes de un examen médico, durante el tratamiento o el procedimiento efectuado por un profesional del sexo opuesto; así como el derecho a no permanecer desnudo durante más tiempo que el necesario para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió desnudarse.
 - el derecho a esperar que toda consulta o mención de su caso sea hecha discretamente y que no haya gente presente que no esté directamente involucrada en su tratamiento o presente sin su consentimiento.
 - el derecho a que su expediente médico sea leído solamente por aquellos directamente involucrados en su tratamiento o de supervisar la calidad de éste; así como por otras personas solamente con su autorización previa por escrito o la de su representante legal autorizado.
 - a esperar que toda comunicación y registros pertenecientes a su tratamiento, incluyendo la proveniencia del pago, sean tratados confidencialmente.
 - el derecho a que se le dé el aislamiento y la protección que se consideren necesarios para su seguridad personal.
- *Seguridad personal.* El paciente tiene derecho a esperar una seguridad razonable en la medida que las prácticas y las instalaciones del hospital lo permitan.
- *Identidad.* El paciente tiene derecho a saber la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén prestando

servicios, así como el derecho a saber qué médico o profesional de la salud está principalmente a cargo de su tratamiento. Esto incluye el derecho del paciente a saber si existe alguna relación profesional entre los individuos que lo están tratando, así como la relación con otras instituciones de salud o educativas involucradas en su tratamiento. La participación de un paciente en programas de entrenamiento clínico o para obtener información con propósitos de investigación, deberá ser voluntaria.

□ *Información.* El paciente tiene el derecho a obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento, la información completa y actualizada del diagnóstico (hasta donde se sepa), su tratamiento o cualquier pronosis. Dicha información deberá comunicarse al paciente de manera que se pueda esperar la comprensión de este. Cuando no se considere médicamente aconsejable dar esta información al paciente, dicha información será puesta a la disposición de un individuo autorizado.

□ *Comunicación.* El paciente tiene derecho al acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas de manera verbal y escrita. Cuando el paciente no hable, ni entienda el idioma predominante de la comunidad, deberá tener acceso a un intérprete. Esto es de particular importancia cuando dichas barreras idiomáticas representen un problema continuo.

□ *Consentimiento.* El paciente tiene el derecho a participar, razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud. Hasta donde sea posible, esto deberá basarse en una explicación clara y concisa de su condición y de todos los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo la posibilidad de cualquier riesgo de muerte o reacciones serias, de problemas relacionados con su recuperación y su posible salida satisfactoria. El paciente no deberá estar sujeto a ningún procedimiento

sin su consentimiento voluntario, competente y cuerdo o el de su representante autorizado legalmente. Cuando haya alternativas médicas significativas para su tratamiento, también se le deberá informar al paciente.

El paciente tiene el derecho a saber quién es el responsable de autorizar y llevar a cabo los procedimientos o el tratamiento.

Al paciente se le deberá mantener informado si el hospital se propone realizar o emprender experimentación humana o algún otro proyecto educativo o de investigación que afecten su salud o su tratamiento. Asimismo, el paciente tiene el derecho de rehusar a participar en dichas actividades.

□ *Consultas.* Bajo petición y a su cuenta, el paciente tiene derecho a consultar con un especialista.

□ *Denegación del tratamiento.* El paciente podrá rehusar tratamiento hasta donde se lo permita la ley. Cuando la denegación del tratamiento por el paciente o su representante autorizado legalmente impida la prestación del tratamiento adecuado según las normas profesionales, la relación con el paciente se dará por terminada previo acuerdo.

El paciente es responsable de sus acciones si rehusa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del practicante.

Responsabilidades de los pacientes

□ *Suministro de información.* El paciente tiene la responsabilidad de suministrar, bajo su mejor entendimiento, información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud. El paciente tiene la responsabilidad de informar sobre cualquier cambio inesperado en su condición, al

profesional responsable. El paciente también es responsable de informar si entiende claramente el curso de acción contemplado y lo que se espera de él.

□ *Cumplimiento con las instrucciones.* El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el profesional principalmente responsable de su cuidado. Esto puede incluir seguir las instrucciones de enfermeras y personal de cuidado asociado en el desempeño del plan de salud coordinado y en llevar a cabo las órdenes del profesional responsable y en el cumplimiento de los reglamentos y estatutos del hospital. El paciente es responsable de cumplir con sus citas y, cuando sea incapaz por cualquier razón, de notificar al profesional responsable del hospital.

□ *Reglamentos y estatutos del hospital.* El paciente es responsable de observar reglamentos y estatutos del hospital que afecten el tratamiento y la conducta del paciente.

□ *Respeto y consideración.* El paciente es responsable de ser considerado con los derechos de los demás pacientes y personal del hospital y de ayudar en el control del ruido, humo y del número de visitantes. El paciente es responsable de ser respetuoso de la propiedad de otras personas y del hospital.

Instructivo preliminar y procedimientos

Condiciones para solicitar la acreditación

Todo establecimiento sanitario que responda a la definición de "hospital polivalente de agudos con internación" mencionada en el capítulo anterior, puede someterse al presente método de evaluación, siempre que se encuentre ubicado dentro del territorio jurisdiccional del ente evaluador que tenga a

su cargo la ejecución del procedimiento de acreditación.

Para solicitar la acreditación, el establecimiento postulante deberá reunir los siguientes requisitos preliminares:

- estar habilitado por la autoridad sanitaria nacional, provincial o municipal que corresponda;
- que tenga por lo menos un año de funcionamiento continuado, legalmente habilitado;
- que mantenga sus instalaciones en funcionamiento los 365 días del año;
- que mantenga instalaciones, camas y servicios disponibles en forma continuada las 24 horas del día;
- que cuente con un cuerpo médico propio que garantice la continuidad de la atención en forma permanente;
- que se asegure que todo profesional que tenga acceso al uso de sus instalaciones se encuentre habilitado para ejercer sus actividades específicas;
- si los consultorios en casos que se posean, están:
- contruidos con tabique que impidan escuchar conversaciones en los locales vecinos;
- ventilación directa al exterior o indirecta a través de conductos especiales;
- sistema de calefacción ambiental, según temperatura invernal media de la zona;
- facilidades para el lavado de manos: lavabo, jabón, toalla o seca manos, ya sea en el propio local o en una circulación técnica contigua.

Recomendaciones para los procedimientos de solicitud de acreditación

Para solicitar la acreditación, el establecimiento deberá dirigirse por escrito a la sede del ente evaluador correspondiente a su

jurisdicción, de acuerdo a las siguientes normas de procedimiento:

- Confeccionar un formulario de pedido en el que se certifiquen los requisitos preliminares consignados en el apartado anterior.
- Pagar el costo de la evaluación de acuerdo al arancel estipulado por el ente evaluador.
- Cuatro semanas antes de la evaluación, el establecimiento recibirá el Manual de Acreditación que se habrá de emplear en el reconocimiento.
- Con una semana de anticipación, las autoridades deberán comunicar al público, al personal y a los pacientes, en forma clara y visible que, durante la fecha estipulada, estarán presentes los evaluadores que realizarán el reconocimiento.
- Deberá instruirse especialmente al público, personal y pacientes internados para que contesten a todos los requerimientos de los evaluadores.
- Al término del proceso de acreditación, los evaluadores informarán a las autoridades del establecimiento los resultados de la aplicación del instrumento de evaluación y la decisión que recomendarán al ente evaluador. Asimismo, asesorarán al establecimiento sobre los objetivos hacia los que deberá orientar sus inversiones en el futuro inmediato, de acuerdo al instructivo de interpretación.
- El dictamen final será comunicado a las autoridades del establecimiento en forma confidencial, por el ente evaluador.
- La facultad de dar a conocer públicamente el resultado de la evaluación quedará exclusivamente a cargo del establecimiento.

- El resultado de la evaluación podrá ser apelado ante la máxima autoridad del ente evaluador, la cual emitirá un dictamen final inapelable.

Condiciones de calidad implícitas

Las características metodológicas del formulario de acreditación se orientan a analizar **algunos indicadores representativos** de los servicios evaluados y no a describir la totalidad de las condiciones de calidad requeridas. Esta diferencia entre la descripción exhaustiva y los datos más representativos elegida en función de la relación costo-beneficio de la evaluación, requiere señalar algunos requisitos elementales no incluidos entre los indicadores de calidad, pero que deben considerarse condiciones exigibles implícitas en todo establecimiento hospitalario. Entre estas condiciones pueden señalarse las siguientes:

- paredes descascaradas o con rebocos deteriorados;
- superficies rugosas en áreas de circulación restringida (quirófanos, esterilización, terapia intensiva, etc);
- goteras o humedad en los cielorrasos y/o paredes, no reparadas;
- disponibilidad de agua interrumpida o restringida en algunas horas del día;
- ubicación en zona inundable;
- pintura de las paredes y carpinterías, deteriorada o antigua;
- animales domésticos dentro del edificio, presencia de cucarachas o roedores;
- uniformes del personal sucios, desaliñados o de aspecto sucio;
- escombros y/o basura acumulados fuera de los lugares destinados a este fin;
- carencia de instalaciones para la circulación vertical de camillas y sillas de rueda (rampas, ascensores)

en establecimientos de más de una planta.

Instructivo para el empleo e interpretación del manual

El presente instructivo está destinado a establecer los criterios mediante los cuales se definirá el resultado final de la acreditación, a partir de los indicadores evaluados, teniendo en cuenta que el conjunto de los datos relevados debe desembocar en una decisión taxativa sobre si el establecimiento queda o no acreditado. Estas pautas son orientadoras y estarán sujetas a la revisión de los responsables del programa de cada país, de acuerdo a:

- las políticas en que se encuadre el procedimiento de evaluación;
- las realidades locales de los servicios de salud;
- los niveles de desarrollo de los establecimientos existentes.

El Manual se compone de dos grupos de requisitos de acreditación, estándares obligatorios y no obligatorios.

Los estándares incluidos en el primer grupo deben ser considerados mínimos y obligatorios para todo establecimiento que solicite la acreditación.

Los comprendidos en el segundo grupo dependerán de la existencia o no del servicio en la institución evaluada o de la decisión de cada país o región de incluirlos entre las exigencias.

Todos los estándares están ordenados por niveles de satisfacción crecientes y correlativos, de manera que para alcanzar un nivel de calidad superior deben haberse satisfecho necesariamente los niveles anteriores.

Para determinar el nivel al que se accede en cada estándar debe iniciarse la evaluación por los niveles menores hasta encontrar el nivel cuyos requisitos no son totalmente satisfechos.

En cada estándar deberá considerarse acreditado el nivel cuyas exigencias son totalmente satisfechas. Los requisitos son indivisibles cuando se refieren a más de una cualidad: si una de éstas no es satisfecha deberá consignarse la satisfacción del nivel anterior.

Para cada interpretación de los resultados de la evaluación, aplicando el conjunto de los estándares mínimos obligatorios, deberán considerarse los siguientes criterios:

- Para ser acreditado, el establecimiento debe cumplir *por lo menos el nivel 1* de satisfacción de calidad de todos los estándares.
- Cuando de uno a tres estándares, **no se cumplan totalmente** por deficiencias que pueden subsanarse dentro de un año, podrá otorgarse la acreditación provisoria por ese plazo.
- Los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles. Los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al programa de acreditación.
- Los distintos niveles de satisfacción de los estándares tienen por finalidad promover el desarrollo armónico del establecimiento, tendiendo a la coherencia del nivel de calidad de los servicios entre sí.

Los niveles son para manejo interno y exclusivo del ente evaluador y de las autoridades del establecimiento no toman estado público. El resultado público es por sí o no, acreditado.

□ El asesoramiento de los evaluadores a las autoridades del establecimiento deberá estar orientado hacia la manera de canalizar las inversiones para lograr una mayor coherencia "horizontal" en el nivel de satisfacción de los distintos servicios.

Debe tenerse en cuenta que los niveles se refieren a satisfacción de requisitos de calidad y no a categorías o grados de complejidad asistencial.

□ La acreditación plena se otorgará por tres años, luego deberá ser renovada.

La acreditación provisoria lo será por un año, después de este plazo se otorgará la acreditación plena por dos años más o se denegará, si las deficiencias apuntadas en la evaluación no han sido satisfechas. Los establecimientos no acreditados deberán esperar por lo menos un año para solicitar una nueva evaluación.

□ Las sucesivas acreditaciones conllevarán a un aumento progresivo en los niveles de exigencia.

En este sentido, los distintos grados de satisfacción cumplen la finalidad de orientar los objetivos hacia los cuales los establecimientos deben dirigir sus esfuerzos de mejoramiento en el futuro.

□ En los establecimientos de zonas de aislamiento geográfico, de dimensiones reducidas y de patologías de bajo riesgo de atención médica, la interpretación del formulario de acreditación tendrá una mayor flexibilidad y admitirá la insatisfacción de hasta cinco estándares para la acreditación consolidada y de hasta diez estándares para la acreditación provisoria.

Se entiende por estos establecimientos a los ubicados en localidades pequeñas que frecuentemente constituyen el único servicio disponible de la zona, de acuerdo a criterios locales de distancia y población.

La interpretación de los estándares para servicios no obligatorios se basará en los siguientes criterios:

□ Cada país, distrito o región decidirá qué estándares incorpora al iniciar su programa de acreditación. Una vez incorporado un estándar, todos los establecimientos deben ser sometidos a su evaluación. La incorporación también podrá depender de la existencia o inexistencia del servicio en el establecimiento.

□ Los estándares incluidos serán considerados de la misma manera que el conjunto de los estándares mínimos obligatorios.

Estándares mínimos obligatorios

Organización de la atención médica*

Continuidad de la atención médica

Nivel 1: Posee una dirección médica que conduce la atención y asume su responsabilidad, así como su supervisión. La continuidad está basada en los médicos de guardia. Cuenta con profesionales específicamente encargados del seguimiento de los internados, con recorrido diario de sala.

Indicador: *Un profesional ejerce la conducción de la atención médica, supervisa las decisiones sobre el diagnóstico y el tratamiento y asume la responsabilidad final de las conductas médicas adoptadas. El establecimiento cuenta con médicos de guar-*

* N. del Ed.: Cada nivel de satisfacción en "letra cursiva" es un **Indicador** instructivo para el evaluador y el evaluado. Estos indicadores deberán posteriormente ser desarrollados en detalle por los comités de evaluación de cada una de las subregiones o SILOS.

dia las 24 horas del día, todos los días y estos tienen la responsabilidad del cuidado de los pacientes en internación cuando no hay otro personal médico en la institución. Interroga al responsable médico, acerca de la modalidad mediante la cual se garantiza la continuidad del cuidado médico, cuando el médico de cabecera de cada paciente no se encuentra presente. Solicita en la oficina de personal el listado de médicos de guardia con su distribución por día y horario. Verifica en cada caso el registro de las matrículas habilitantes.

En cada ala, "peine", piso o sector, existen profesionales a tiempo parcial que se ocupan del seguimiento de los pacientes internados, además de los médicos de la guardia de emergencias y del servicio de terapia intensiva. Estos profesionales recorren todas las camas diariamente y actualizan las decisiones. Se solicitará al médico responsable el horario en que se realizan estos recorridos y se verificará su cumplimiento a través de la historia clínica.

Nivel 2: Cada paciente se halla a cargo de un profesional del establecimiento, por el que se canalizan todas las indicaciones de los especialistas.

Indicador: *Cada paciente tiene asignado un médico clínico de cabecera, sea residente o titular y todas las indicaciones de los especialistas se canalizan a través de ellos. Si los médicos de cabecera son residentes deberán tener una supervisión permanente, si son titulares dependerán de una jefatura de clínica médica. Interrogar al responsable médico sobre la aplicación de esta modalidad, así como a los médicos de cabecera sobre el grado de respeto que se tiene a este estándar en las actividades cotidianas.*

Nivel 3: El cuerpo médico discute los casos en reunión clínica con una periodicidad no menor de una vez por semana.

Indicador: Por lo menos una vez por semana, el cuerpo médico en forma plenaria o por sectores se reúne en una sesión clínica para discutir los casos de mayor relevancia.

Interrogar al responsable de la organización de dichas reuniones sobre la modalidad de funcionamiento y de selección de los casos. Observar en las historias clínicas de los pacientes internados que hayan sido discutidos en ateneo si se han consignado las decisiones adoptadas en el mismo.

Derivaciones o referencia

Nivel 1: Se dispone de estándares acerca de los establecimientos en el SILOS de mayor complejidad a los que se deben derivar los casos que exceden su capacidad resolutive. Tiene mecanismos de derivación hacia establecimientos de menor complejidad de los casos que han superado la etapa crítica a efectos de no saturar su disponibilidad de camas.

Los pacientes cubiertos por alguna entidad financiadora cuentan habitualmente con un listado de servicios contratados a los que deben ser derivados para efectuar estudios especializados de diagnóstico o prestaciones de mayor complejidad que la existente en el establecimiento donde son atendidos. Cuando esto no ocurre, el servicio de emergencias debe tener indicaciones precisas acerca de los establecimientos a los que deben derivarse las distintas necesidades que puedan surgir en una guardia. Interrogar al respecto al médico de guardia y verificar que el listado de centros de referencia se encuentre fácilmente accesible. Dicho lista-

do deberá prever por lo menos un hospital polivalente más complejo, servicios de neonatología, neurocirugía, traumatología, oftalmología y terapia intensiva. Los médicos de sala disponen de un listado de establecimientos de menor grado de riesgo ubicados en el área de influencia del SILOS, hacia donde deberán derivarse los casos de recuperados que residen en zonas suburbanas o rurales. Dichos establecimientos mantienen comunicación fluida con el de referencia por contactos entre médicos, teléfono, radio o cercanía.

Nivel 2: Tiene previsto un medio de transporte propio o contratado que idealmente contará con los siguientes elementos:

- asistencia médica;
- equipamiento para medicina crítica;
- incubadora de transporte.

También, según el caso lo requiera debe tener indicaciones precisas acerca de los medios de traslado de pacientes a otros establecimientos. Deberá interrogarse, también al médico de guardia y verificar la existencia accesible del listado. Averiguar, por otra parte, mediante una consulta telefónica si las empresas consignadas cuentan efectivamente con los servicios que ofrecen.

Nivel 3: Existen estándares escritos para la atención inicial y durante el traslado de los principales síndromes agudos graves, así como una discriminación de establecimientos de referencia según la patología que se debe derivar.

Los estándares deberán contener las indicaciones iniciales de diagnóstico y tratamiento, así como la forma más adecuada de traslado para por lo menos los siguientes síndromes clínicos:

- insuficiencia respiratoria aguda grave: síndrome laríngeo, neumotórax hipertensivo;
- insuficiencia circulatoria aguda grave: edema agudo de pulmón, embolia de pulmón, arritmia aguda grave, shock;
- insuficiencia suprarrenal aguda;
- síndrome psiquiátrico agudo grave: delirium tremens, esquizofrenia aguda;
- pancreatitis aguda, hemorragia digestiva, abdomen agudo;
- neurológicos agudos: accidentes cerebro vasculares, crisis epilépticas subintrantes;

Dichas normas deberán estar fácilmente accesibles, al alcance del médico de guardia y deberán prever las medidas necesarias en cada síndrome para hacer el diagnóstico diferencial inicial y los primeros auxilios terapéuticos que posibiliten el traslado del paciente. Asimismo, deberá indicarse el lugar más conveniente para derivar cada tipo de patología.

Nivel 4: Existe un mecanismo de seguimiento de las derivaciones y se evalúa la calidad de la atención que se brinda en las mismas.

A través de la dirección médica o del servicio social se efectúa seguimiento de los pacientes que han sido derivados. Asimismo se evalúa si la orientación diagnóstica y la conducta terapéutica del establecimiento de referencia ratifican las del que originó la derivación, lo cual es registrado en la respectiva historia clínica. Interrogar al respecto al responsable médico, al servicio social y observar las historias clínicas de las diez últimas derivaciones.

Consultorios externos

Nivel 1: En las especialidades básicas hay turnos disponibles en el día. En el resto el tiempo de espera no es mayor de siete días.

Verificar en las planillas de programación de turnos los espacios reservados para otorgar turnos en el día y ver que especialidades están previstas. Por otra parte, determinar en las demás especialidades el tiempo de espera previsto para los pacientes de primera vez. La disponibilidad de turnos en el día deberá encontrarse por lo menos en clínica médica, cirugía general, tocoginecología y pediatría.

Nivel 2: Tiene especialistas que cuentan con los medios necesarios para realizar prácticas especializadas y cirugía ambulatoria.

Existen médicos de las especialidades más importantes según determine cada SILOS y cuentan con los elementos para efectuar las prácticas diagnósticas y terapéuticas más frecuentes, así como con la infraestructura de apoyo para realizar intervenciones quirúrgicas ambulatorias. Interrogar a los especialistas sobre la factibilidad de las prácticas y operaciones más frecuentes.

Nivel 3: El sector cuenta con secretarías y enfermeras exclusivas.

Verificar en la oficina de Personal y en la jefatura de enfermería, si está prevista la asignación de secretaria y enfermera con exclusiva dedicación a la atención de consultorios externos durante todos los turnos. La exclusividad se refiere al horario de funcionamiento de los consultorios, fuera del cual el personal podrá estar asignado a otras tareas.

Nivel 4: Los turnos están programados en base a pautas fijadas por los profesionales. Se pueden reservar turnos telefónicamente.

El personal encargado de la programación de los turnos cuenta con instrucciones de

cada especialidad sobre la frecuencia, duración y distribución de las consultas. Interrogar al personal sobre los números disponibles para efectuar las reservas telefónicas y por que medios de difusión se dan a conocer.

Emergencias

NIVEL 1: Cuenta con un médico en guardia activa las 24 horas funcionando con un local y enfermería de uso exclusivo y apoyo de radiología, laboratorio y hemoterapia.

Solicitar en la oficina de personal el listado de médicos y enfermeras asignados al sector y su distribución adecuada para cubrir las 24 horas, todos los días de la semana. Verificar el registro de la matrícula de todos los médicos. El local destinado a la guardia de urgencias no deberá utilizarse para otras tareas y deberá disponer de los elementos necesarios para cumplir su función: camillas, instrumental para suturas y curaciones, medicamentos para emergencias.

Nivel 2: Cuenta con las siguientes especialidades a distancia, de llamada o en guardia pasiva: clínica médica, cirugía general, tocoginecología y pediatría. Cuenta con una unidad de reanimación atendida por personal de la guardia de emergencias.

Solicitar el listado de profesionales de estas especialidades para cada día de la semana. Verificar la presencia accesible de dicho listado en la guardia. La unidad de reanimación es un área destinada a la reanimación de pacientes con riesgo inminente de muerte, que cuenta con recursos humanos e instrumental como para permitir la supervivencia inmediata del paciente hasta que pueda ser evacuado a un servicio de terapia intensiva. La unidad de reanimación debe contar con medicamentos y materiales descartables adecuados, monitor hemodinámico.

mico, desfibrilador, electrocardiógrafo, respirador y marcapasos transitorio interno; dispondrá además de oxígeno, aire comprimido y aspiración.

Nivel 3: Por lo menos tres de las especialidades básicas están organizadas en guardia activa las 24 horas.

Verificar el listado de profesionales correspondiente y su distribución. Constatar que dispongan de facilidades para el descanso nocturno en habitaciones que no se utilicen para pacientes.

Nivel 4: Tiene por lo menos otras dos especialidades más en guardia pasiva las 24 horas con acceso al equipamiento del servicio correspondiente.

Verificar el listado de profesionales correspondientes y su distribución. Verificar que en el llavero general se encuentren las llaves de los servicios respectivos y que sean accesibles al personal de guardia. Verificar que los teléfonos registrados posibiliten rápidamente el contacto con los especialistas en guardia pasiva.

Laboratorio de análisis clínicos

Para considerar que el laboratorio forma parte del establecimiento evaluado, independientemente de quien posea la titularidad patrimonial del equipamiento, deberá estar ubicado en el mismo edificio o a una distancia que se pueda recorrer ida y vuelta a pie en menos de 15 minutos. Existe una relación formal entre el laboratorio y el establecimiento. Los estudios que se listan en los anexos son de orientación para las regiones.

Nivel 1: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo

A y cuenta con técnico y/o bioquímico en guardia pasiva las 24 horas.

Sin delegar significa que todas las fases de la determinación se realizan en el propio laboratorio. Constatar la existencia de los reactivos necesarios para efectuarlas, sus fechas de vencimiento y evaluar su consumo mediante las respectivas facturas de compra. El consumo deberá coincidir razonablemente con las estadísticas de facturación a las entidades financiadoras. Verificar el listado de técnicos y/o bioquímicos en guardia pasiva, así como la eficacia del sistema de comunicación, para permitir la llegada del responsable al laboratorio en menos de quince minutos.

Nivel 2: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, antibiogramas por discos e identificación bioquímica de gérmenes. El responsable del servicio efectúa el control de la calidad resolutive de las determinaciones, a través de la supervisión de los procedimientos empleados y de la instrucción permanente del personal a cargo.

Verificar la existencia de discos de antibiograma y de informes efectuados con anterioridad. Verificar la existencia de estufa de cultivo, distintos medios de cultivos y material de vidriería adecuado. Interrogar al responsable del servicio y al personal sobre las medidas adoptadas para controlar la calidad de las determinaciones. Verificar si se encuentran manuales disponibles sobre procedimientos bioquímicos, si se efectúan reuniones de personal para discutirlos y con que frecuencia el responsable supervisa personalmente los pasos de las determinaciones.

Nivel 3: Puede procesar sin delegar en otro laboratorio, gases en sangre y antibiogramas cuantitativos. Cuenta con técnicos y/o bioquímicos en guardia activa las 24 horas.

El control de la calidad resolutive de las determinaciones está a cargo del responsable del servicio por muestras-testigo periódicas.

Verificar la presencia del técnico y/o bioquímico en guardia activa, así como el listado de personal de guardia previsto para cada día. Constatar la disponibilidad de facilidades para su descanso nocturno en habitaciones que no se utilicen para la internación de pacientes. Verificar la existencia de peachimetro, equipos para pO₂ y pCO₂ con electrodos utilizables y cargas de gas disponibles. Interrogar al responsable sobre la frecuencia con que realiza los controles con muestras-testigo, el origen de dichas muestras, que determinaciones se verifican y donde se tabulan los resultados. Observar el registro de los controles efectuados en los tres últimos meses.

Nivel 4: Puede procesar, sin delegar en otro laboratorio, los análisis listados en el anexo B. Está adherido a un programa externo de control de calidad.

Verificar la existencia de contador manual de tipo "pozo" o contador de centelleo automatizado, contenedores de radioisótopos, así como "bunker" para su depósito. Comparar, a través de las facturas de compras de radioisótopos, el consumo con las estadísticas de producción. Solicitar la habilitación para el uso de material radioactivo emitida por la autoridad competente en la jurisdicción que corresponda al establecimiento. Observar el certificado de inscripción en el programa de control de calidad. Interrogar al responsable sobre la frecuencia de muestras recibidas, determinaciones y comunicación de las observaciones. Verificar las copias de los registros de resultados de los tres últimos meses.

Grupo A:

- amilasemia
- bacterioscopía directa
- coagulograma básico
- colesterol
- creatinina
- creatinfosfoquinasa (CPK)
- Chagas, reacción para
- glucemia
- grupo sanguíneo
- hemograma
- hepatograma
- láctico dehidrogenasa (LDH)
- látex para artritis reumatoidea
- orina completa
- parasitológico de materias fecales
- sangre oculta en materia fecal
- triglicéridos
- uremia
- VDRL cualitativa
- otros

Grupo B:

- antígeno australiano (AgAU)
- antígeno carcino•embrionario (CEA)
- estriol
- foliculoestimulante (FSH)
- luteinizante (LH)
- prolactina
- tiroxina (T4)
- triiodotironina (T3)
- tirotrófina (TSH)
- otros

Diagnóstico por imágenes

Se consideran comprendidos bajo este título, los siguientes procedimientos:

- radiológicos: convencionales, politomografías, por sustracción digital de imágenes

- nes, mamografía, tomografía axial computada (TAC), etc.;
- *ultrasonográficos: ecografía mono y bidimensional, estudios por efectos Doppler, etc.;*
 - *medicina nuclear: centillografía a cabezal fijo (Cámara Gamma) o a cabezal móvil (Centillograma Lineal);*
 - *otros: resonancia magnética nuclear (RMN), termografía.*

Nivel 1: Está habilitado de acuerdo a los requisitos del servicio de radiofísica sanitaria de la jurisdicción correspondiente. Cuenta con equipo fijo de 100 mA, con dispositivo Potter Bucky sin seriógrafo.

Solicitar el certificado de habilitación, expedido por el servicio de radiofísica sanitaria o la autoridad jurisdiccional que corresponda; deberá estar exhibido en lugar visible. Se considera equipo fijo el que no es trasladable en ninguno de sus componentes (mesa de estudios, generador, soporte de tubos de rayos X, etc.). Deberá contar con dispositivo antidifusor tipo Potter Bucky.

Nivel 2: Puede efectuar estudios radiológicos contrastados por radioscopia. Los estudios son interpretados por médicos especializados que intercambian opiniones con los médicos tratantes.

Cuenta con equipo de más de 200 mA con seriógrafo y pantalla de radioscopia o con intensificador de imágenes y circuitos cerrados de televisión. El servicio cuenta, por lo menos con un local para los estudios, espacio para preparación y vestuario de los pacientes, un local de revelado y un local con negatoscopio y archivo donde se elaboran los informes. Solicitar en la oficina de personal los antecedentes sobre capacitación específica del responsable del servicio. Comprobar en varios informes la constancia de la firma del médico especializado. Inte-

rrogar a los médicos del establecimiento sobre si intercambian opiniones con el especialista, de manera frecuente; averiguar si existe un mecanismo formal (ateneo) o informal para dicho intercambio y si los médicos concurren con frecuencia al servicio para presenciar los estudios.

Nivel 3: Funciona a pleno las 24 horas, con guardia activa de técnico o médico radiólogo. Cuenta con equipos radiológicos portátiles para estudios en las salas o quirófanos. Cuenta con personal y equipamiento auxiliar necesario para realizar procedimientos invasivos bajo control radioscópico o ecográfico.

Verificar en la oficina de personal el listado de técnicos y médicos con su distribución horaria y la programación de los turnos de guardia rotativa. Verificar en el registro del servicio la existencia de informes asentados entre las veinte y las seis horas. Constatar la existencia de por lo menos un equipo radiológico portátil con facilidades de desplazamiento para realizar estudios, tanto en salas de internación como en quirófanos. Deberá tener poder resolutivo suficiente para efectuar colangiografías intraoperatorias. En el servicio está previsto el personal (enfermera de apoyo a demanda) y el equipamiento necesario (vitrina con instrumental, medicamentos y materiales descartables, vestimenta de protección estéril, carro de curaciones) para realizar estudios invasivos bajo control radioscópico o ecográfico, como endoscopías, punciones aspirativas, punciones-biopsia. El personal asignado cuenta con adiestramiento para transformar al local en un medio con condiciones de asepsia. Interrogar al personal del servicio sobre la frecuencia con que se realizan estos procedimientos y las tareas que se deben realizar para llevarlos a cabo. Se excluyen procedimientos de cateterización intravascular o hemodinámicos.

Nivel 4: Dispone de otros medios de diagnóstico de alta complejidad, como TAC, cámara gamma, RMN. Los especialistas del servicio intervienen en la indicación del medio de diagnóstico más adecuado para cada caso.

El servicio funciona como un centro de múltiples alternativas de diagnóstico por imágenes, con por lo menos dos procedimientos diferentes de la radiología convencional en el propio edificio y una red disponible de servicios cercanos como para garantizar todo el espectro tecnológico de diagnóstico, existente en la zona del establecimiento. Los especialistas del servicio son consultados en recorridos de salas y ateneos, sobre el medio de diagnóstico más adecuado para cada caso y posteriormente intervienen en la interpretación de los distintos estudios.

Interrogar sobre esta modalidad operativa a los especialistas del servicio y a los médicos de sala, con el fin de definir si existe un concepto integrado de diagnóstico a través de imágenes e intercambio fluido entre este servicio y los médicos tratantes.

Hemoterapia

Nivel 1: Cuenta con un servicio disponible cercano del que obtiene sangre certificada en un plazo no mayor de una hora, que cumple con las normas de control de enfermedades transmisibles. Existe una relación formal entre el servicio y el establecimiento. Cuenta con expansores de volumen.

La distancia entre el servicio cercano y el establecimiento evaluado debe permitir disponer de sangre certificada en menos de una hora por los medios de comunicación habituales. Deberá contar con los medios para realizar las pruebas inmunohematológicas obligatorias:

- grupo y factor Rh en el receptor;
- grupo y factor Rh en el dador;
- pruebas de compatibilidad.

Nivel 2: Tiene un local exclusivo destinado a este fin que cumple con las normas para servicio de hemoterapia. El servicio está a cargo de un médico especialista en hemoterapia.

El servicio de hemoterapia es el ente técnico-administrativo responsable del acto trasfusional, con los elementos suministrados por el banco de sangre, previo estudio inmunohematológico. El servicio de hemoterapia es responsable de la sangre que suministra, de manera que deberá constatar periódicamente si los componentes que recibe del banco de sangre cumplen con las normas en vigencia para la prevención de enfermedades transmisibles. Dichas normas indican que en toda unidad trasfusional deben realizarse las siguientes pruebas serológicas:

- agrupamiento, Du, genotipo;
- sífilis (VDRL);
- brucelosis (Huddlesson);
- Chagas (látex, fijación de complemento o hemoaglutinación);
- antígeno de hepatitis B, hepatitis C;
- detección de anticuerpos anti HIV;
- otras.

Verificar en la oficina de personal los antecedentes de capacitación especializada que registra el médico responsable. El responsable supervisa personalmente las unidades recibidas del banco de sangre lo cual debe constatarse interrogando al personal y observando su firma en los remitidos del último mes. Las bolsas son almacenadas en una heladera con los espacios rotulados por grupos sanguíneos. El servicio extrae sangre para abastecer al banco proveedor.

Nivel 3: Cuenta con personal técnico o médico hemoterapeuta en guardia activa las 24 horas.

Verificar en la oficina de personal el listado de personal técnico o médico asignado al servicio con su distribución de horarios y la programación de guardias rotativas. Tanto el personal técnico como médico cuenta con alguna capacitación específica. Interrogar sobre la frecuencia con que se reúnen con el responsable del servicio para tratar problemas operativos y si dentro de los últimos tres meses han tenido alguna reunión.

Nivel 4: Cuenta con un banco de sangre que reúne las siguientes características:

- está dirigido por un profesional especializado;
- cuenta con registro de donadores y beneficiarios;
- tiene normatizados sus procedimientos para procesar y almacenar sangre;
- es centro de referencia de otros establecimientos;
- realiza evaluaciones periódicas a reacciones adversas.

El banco de sangre es el ente técnico-administrativo responsable de las siguientes funciones:

- estudio, examen clínico, selección, clasificación de donantes y extracción de sangre;
- clasificación y control de la sangre y sus componentes;
- fraccionamiento de sangre entera para separar componentes;
- conservación de los componentes para su provisión a demanda;
- provisión de materias primas a las plantas de hemoderivados.

Deberá estar habilitado por la autoridad sanitaria correspondiente y el certificado

deberá ser exhibido en lugar visible. Verificar en la oficina de personal el título de especialista en hemoterapia del responsable. Observar el registro de donadores, así como las planillas clínicas en las que se registran los datos sanitarios para su admisión como donantes, según la legislación vigente. Observar las normas de procedimientos del servicio, constatar que se encuentren accesibles e interrogar al personal respecto a las instrucciones recibidas sobre esas normas. Por lo menos, cada tres meses se realizan reuniones para tratar temas operativos. Solicitar al responsable el listado de establecimientos que se abastecen en el banco, a la vez que proveen sangre donada; observar los establecimientos a los que se envió sangre en los últimos tres meses en el archivo de remisión.

Atención del nacimiento

Se comprende bajo esta denominación, al conjunto de servicios destinados a la atención de la mujer gestante y el niño y, en particular, los aspectos relacionados con el momento del nacimiento. Los distintos componentes del área están unificados por una afinidad sanitaria y funcional aunque no se encuentren especialmente concentrados dentro de la planta física.

Nivel 1: Cuenta con médico obstetra u obstetrices (partera o matrona) y médico pediatra, en guardia pasiva. Los nacimientos se asisten en una sala de partos diferenciada dentro del área quirúrgica.

Solicitar en la guardia de emergencias, el listado de profesionales disponible cada día de la semana y los medios de comunicación mediante los que pueden ser convocados. Constatar que a través de estos medios pueda ubicarse al profesional en menos de una hora. Verificar en la oficina de personal el registro de capacitación espe-

cializada de cada uno. Cuenta con un local destinado exclusivamente a sala de partos que dispondrá de camilla o sillón de partos, iluminación adecuada, apoyo de enfermería, instrumental, medicamentos y materiales descartables en vitrinas y alacenas, así como un local contiguo con lavatorio.

Nivel 2: Cuenta con médicos obstetras en guardia activa y pediatras en guardia pasiva y hay un local exclusivo para recepción y reanimación del neonato con los elementos necesarios para atender un embarazo de alto riesgo, con monitoreo pre y perinatal. Garantiza una atención mínima adecuada del neonato y su madre hasta su traslado a un centro de mayor complejidad.

Verificar en la oficina de personal el listado de profesionales asignados, su distribución de horarios, la programación de guardias rotativas y el registro de antecedentes de capacitación especializada. El local dedicado a la recepción del recién nacido está ambientado con temperatura adecuada y contiguo a la sala de partos. Está provisto de agua caliente las 24 horas y se puede bañar al recién nacido si es necesario. Cuenta con laringoscopio, balanza, oxígeno, aspiración y aire comprimido; dispone de una incubadora de transporte. Si fuera necesario, la madre puede ser rápidamente trasladada a un quirófano vecino o la sala de partos se adapta con todos los medios idóneos para funcionar como quirófano. (Ver estándares para área quirúrgica).

Nivel 3: Cuenta con un médico pediatra en guardia activa. Posee un sector destinado a la atención del recién nacido patológico (RNP), claramente diferenciado del sector de recién nacidos normales, que puede resolver los principales síndromes respiratorios del recién nacido, incluyendo asistencia respiratoria mecánica.

Los diferentes ambientes de la zona de atención del RNP constituyen una unidad funcional diferenciada ubicada en un área de circulación restringida. Cuenta con estación de enfermería propia de este sector. Posee equipos completos de: reanimación, exanguíneo-transfusión, drenaje de neumotórax, canalización de arteria umbilical y presión venosa central. Cuenta con equipos de luminoterapia, respiradores mecánicos neonatales, monitor transcutáneo de oxígeno, oxímetro, equipo de presión positiva continua y bomba de aspiración negativa. El equipo médico realiza ateneos semanales e informa diariamente a los padres sobre la evolución del caso.

Área quirúrgica

Nivel 1: Está en un área de circulación restringida, diferenciada y exclusivamente destinada a este fin. Cuenta como mínimo con un local de apoyo para lavado, enfermería y vestimenta final del equipo quirúrgico. Existen estándares de preparación y/o conservación de las piezas operatorias y se dispone de los materiales necesarios. Todas las operaciones tienen hecho protocolo quirúrgico y anestésico. Existe un procedimiento normatizado de aseo del quirófano entre operaciones.

El área de circulación restringida está separada del resto por una puerta que se mantiene cerrada, con señalización de prohibición de paso. El sector de lavado de manos del equipo quirúrgico cuenta con canillas y dispensadores de jabón y/o anti-sépticos que permiten su manejo sin utilización de las manos. No ingresa a este sector de apoyo, personal que proviene de otras áreas del establecimiento sin haberse cambiado con ropa propia del área quirúrgica. Solicitar a la enfermera el instructivo con las normas de preparación y/o conservación de piezas operatorias; verificar la exis-

tencia de frascos de vidrio limpios para este fin, formol, alcohol y todo otro elemento indicado en el instructivo. En una muestra de veinte historias clínicas, extraída del libro del área, de pacientes operados durante los últimos tres meses, constatar la presencia de los protocolos quirúrgicos y anestésicos en el 100% de los casos. Los quirófanos se limpian con agua y detergente después de cada operación.

Nivel 2: Cuenta con dos quirófanos y hay en todo momento por lo menos una persona destinada exclusivamente al área quirúrgica.

El personal destinado exclusivamente al área quirúrgica es de enfermería y se ocupa de la disposición del instrumental y otros elementos quirúrgicos; controla el ingreso y egreso de estos materiales cuando se envían a lavar y esterilizar; controla la disposición de los desechos y residuos sólidos hacia afuera del área quirúrgica; no efectúa durante su turno de trabajo ninguna función no relacionada con el área; es responsable del cumplimiento de las normas de asepsia, tanto en quirófanos como en las áreas anexas, incluso respecto a los médicos.

Nivel 3: El área quirúrgica está coordinada por un profesional. Cuenta con un local destinado a la recuperación anestésica. El vestuario del personal tiene un acceso diferenciado. Cuenta con diagnóstico radiológico intraoperatorio. Los monitoreos intraoperatorios en pacientes con riesgo aumentado, son realizados por médicos especializados.

El encargado del área quirúrgica cumple las siguientes funciones:

- supervisar las tareas del personal de enfermería;
- programar los turnos y distribución de los quirófanos;

- controlar el cumplimiento de las normas para la prevención de infecciones;
- determinar las necesidades de provisión de elementos de uso quirúrgico (instrumental, medicamentos, materiales descartables, antisépticos, insumos varios).

El local de recuperación anestésica debe estar previsto en función de los quirófanos disponibles. Los anestesistas controlan la recuperación de los pacientes ya intervenidos e indican el momento de traslado al área de internación que corresponda. Interrogar al personal de enfermería sobre el cumplimiento de este requisito. La circulación de los pacientes no se cruza con los cirujanos, anestesistas e instrumentadoras. Existe una zona de transferencia que impide el ingreso al área quirúrgica de camillas y personal provenientes de las salas de internación; el acceso al vestuario está diferenciado y se puede hacer desde el exterior del área quirúrgica o desde la zona de transferencia. Verificar la existencia de equipo radiológico portátil para diagnóstico intraoperatorio, el cual debe estar en condiciones de funcionamiento con personal disponible para operarlo y en una zona accesible a los quirófanos. Extraer del libro de quirófano los nombres de profesionales que hicieron monitoreo intraoperatorio en pacientes con riesgo cardiológico aumentado y constatar en la oficina de personal que tengan especialización.

Nivel 4: Los quirófanos están diferenciados y equipados por especialidades. Hay un quirófano exclusivo para el servicio de emergencias.

Interrogar al responsable del área quirúrgica respecto a la distribución de los quirófanos y las especialidades a las que están destinados. Verificar si cuentan con equipamiento específico para cada especialidad, como por ejemplo, bomba de circulación extracorpórea en el de cirugía cardio-

vascular, microscopio en el de neurocirugía, camilla ortopédica en el de traumatología, etc. Evaluar en el libro del área quirúrgica la adecuación de los casos operados, respecto al destino de cada quirófano. El quirófano de emergencias puede estar separado del área quirúrgica y anexo al servicio correspondiente; en este caso, deberá cumplir por lo menos con los requisitos de los niveles 1 y 2.

Anestesiología

Nivel 1: Los anestelistas acuden a demanda de los cirujanos. Confeccionan protocolo anestésico.

En una muestra al azar de veinte historias clínicas de pacientes operados durante los últimos tres meses, se constatará la existencia de protocolo anestésico en el 100%. En el área quirúrgica existe un listado de anestelistas con sus respectivos medios de comunicación.

Nivel 2: Cuenta con un listado de anestelistas organizados en guardias pasivas o activas, cada día de la semana.

Verificar la existencia del listado en el área quirúrgica y constatar que el profesional registrado esté disponible en el momento de la evaluación.

Nivel 3: Cuenta con un servicio de anestesiología, a cargo de un responsable que coordina las guardias y anestelistas que cumplen guardias pasivas. Realizan visitas preanestésicas.

Verificar la capacitación especializada del responsable y los anestelistas de guardia en la oficina de personal. Observar la programación de las guardias y verificar su cum-

plimiento el día de la evaluación. Revisar pedidos de insumos y medicamentos por parte del responsable del servicio, efectuados el mes anterior. Preanestésica en la muestra de historias clínicas.

Nivel 4: Las guardias son cubiertas en forma activa por anestelistas y médicos residentes de la especialidad (que actúan como auxiliares) o técnicos auxiliares.

Además de los especialistas, se cuenta con residentes de la especialidad que se ocupan de la preparación e higiene del instrumental así como de la inducción anestésica. En los lugares donde existan cursos de técnico auxiliar en anestesiología podrá admitirse su inclusión en la evaluación en las funciones mencionadas para los residentes.

Control de infecciones hospitalarias

Nivel 1: Cuenta con estándares escritos sobre precauciones para el control de las infecciones.

Se interrogará al médico responsable, al personal médico, al de enfermería y al de limpieza sobre la disponibilidad de normas escritas para el control de las infecciones. Se constatará la accesibilidad de las mismas y se preguntará al personal médico, al de enfermería y al de limpieza si han recibido alguna instrucción especial sobre este tema, dentro del establecimiento. Las normas pueden ser oficiales, de difusión científica o de elaboración propia, avaladas por las autoridades hospitalarias. Entre sus contenidos deben figurar recomendaciones acerca de: lavado de manos, antisépticos y desinfectantes, higiene hospitalaria, precauciones universales con sangre y fluidos corporales, curación de heridas, cuidados de catéteres intravasculares y urinarios, de apoyo respiratorio y procedimientos obstétricos.

Nivel 2: Se llevan registros de incidencia de infecciones hospitalarias o se efectúan estudios de prevalencia por lo menos una vez al año.

Interrogar a las autoridades sobre el tipo de seguimiento efectuado, los criterios de clasificación, el método de recolección de información empleado y la persona responsable del procesamiento y análisis de datos. Solicitar los informes escritos existentes sobre los estudios realizados. Los registros de incidencia deberán contener información sobre la cantidad de casos detectados en un período determinado, la vía de infección y la relación con la cantidad de internaciones producidas. Los estudios de prevalencia deberán contener la cantidad de pacientes infectados existentes en un día en relación al total de internados, la distribución por salas y el medio por el que se diagnosticó la infección.

Nivel 3: Cuenta con una persona por lo menos, enfermera u otro profesional encargada del control de infecciones que utilice métodos activos de vigilancia epidemiológica.

Se interrogará a las autoridades, requiriendo: Nivel de capacitación profesional, funciones que cumple (además de la de control de infecciones), poder de decisión del que dispone (formal y real) y tareas que realiza habitualmente. Se interrogará a la persona encargada sobre la repercusión que considera tiene sus actividades, la atención que recibe de sus superiores ante los problemas planteados y el esquema general de trabajo al que se ajusta. Observar informes escritos realizados con anterioridad.

Nivel 4: Cuenta con comité de infecciones y con un programa de prevención y control que se revisa anualmente.

Interrogar a las autoridades sobre la composición del comité, quien ejerce la coordinación o la secretaría, la vinculación con la máxima jerarquía del establecimiento y la frecuencia con que se realizan las reuniones. Observar las actas o registros de las reuniones realizadas durante los últimos seis meses y los temas tratados. Solicitar, si lo hubiera, el programa de vigilancia epidemiológica al que se ajustan los objetivos del comité. Evaluar los componentes del programa: registros de infecciones, identificación de las cepas prevalentes, normas de antibióticoterapia, instrucciones permanentes al personal, vigilancia de procedimientos de limpieza y de técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, etc. El programa de vigilancia epidemiológica figura en la memoria anual del establecimiento.

Áreas técnicas y de apoyo

Alimentación

Nivel 1: Cuenta con un listado de regímenes por patología, confeccionado por una nutricionista. No menos del 50% de una muestra de pacientes califica la comida como satisfactoria.

Interrogar al médico responsable de las áreas de internación sobre la modalidad mediante la cual se prescriben los regímenes dietéticos; verificar que dicho profesional disponga de un listado de regímenes estándar para las patologías principales y que los mismos se encuentren detallados con su composición de nutrientes, sus prescripciones dietéticas y sus menús diarios. El listado deberá contener por lo menos regímenes para: úlcera gastroduodenal, diabetes, blando intestinal, post-colecistectomía e insuficiencia renal. La responsabilidad de su confección original debe ser de una nutricionista. Interrogar al encargado de la cocina y verificar si dispone de los mismos regímenes que el responsable médico. Veri-

ficar la relación entre los menús del día y las distintas indicaciones dietéticas, en una muestra representativa al azar no menor de veinte pacientes. En la misma muestra, interrogar si la comida resulta o no satisfactoria. Los pacientes deben ser entrevistados al egreso.

Nivel 2: Dispone de una nutricionista al menos para la organización del servicio, la visita diaria a los pacientes y la prescripción de regímenes personalizados. Cuenta con un área para la preparación de fórmulas lácteas con normas específicas.

Verificar en la oficina de personal si cuenta con una o más nutricionistas en su plantel que cumplen un horario regular. En una muestra representativa al azar, no menor de veinte pacientes, verificar si fueron visitados por una nutricionista durante su internación. El servicio de cocina depende de una nutricionista, la cual se encarga de planificar la compra de provisiones, organizar la comida de cada día y supervisar la calidad de los alimentos que llegan a los pacientes. En el área de internación pediátrica hay un local especial donde se preparan fórmulas lácteas; dispone de normas específicas con el modo de preparación de las distintas fórmulas en un lenguaje accesible para personal no especializado.

Nivel 3: Existe un servicio médico de nutrición que interviene en la supervisión de la alimentación de los pacientes nutricionalmente comprometidos. Tiene capacidad para efectuar alimentación parenteral y enteral con nutribomba.

Verificar en el organigrama médico de la institución, la existencia de un servicio de Nutrición. Interrogar a el/los miembros de dicho servicio sobre las tareas que tienen específicamente asignadas. Entre los pacien-

tes internados durante la evaluación, seleccionar todos los casos en los que intervino el servicio de nutrición; revisar las historias clínicas de dichos casos y evaluar si el servicio ha tenido una influencia determinante en la nutrición del paciente durante la internación o si la interconsulta fue dedicada a consideraciones etiopatógenas sobre el caso, solamente. Verificar la existencia de nutribombas para alimentación parenteral. Interrogar al responsable del servicio sobre los casos atendidos en estas modalidades durante los tres últimos meses; evaluar en las respectivas historias clínicas si el servicio intervino en la prescripción, dosificación y supervisión del esquema nutricional suministrado.

Lavandería

Están comprendidos dentro de este estándar los servicios propios, se encuentren o no ubicados dentro de la planta física del establecimiento, así como los servicios contratados.

Nivel 1: El proceso de lavado y cambio de ropa está normatizado.

Interrogar al personal del servicio sobre las normas a las cuales responde el proceso de lavado de la ropa hospitalaria sucia; observar el texto de dichas normas y verificar que se encuentren accesibles para el personal. Observar su cumplimiento durante el proceso de lavado y cambio de ropa.

Nivel 2: Existe un circuito especial para el tratamiento de la ropa contaminada y la provisión es suficiente para cirugía.

Las normas prevén que la ropa contaminada con sangre o secreciones sea trasladada separadamente en bolsas de polietileno.

Interrogar al personal al respecto y observar su cumplimiento durante el lavado. Corroborar la provisión suficiente de ropa para cirugía y que no se suspendan intervenciones quirúrgicas por falta de ropa.

Nivel 3: Una muestra de pacientes, con vías abiertas o secreciones, manifiesta que el cambio de ropa es satisfactorio. El retiro de ropa sucia es diario durante todo el año y la entrega de ropa limpia se efectúa diariamente.

Interrogar sobre su satisfacción respecto al cambio diario de la ropa de cama, en una muestra al azar de no menor de diez pacientes que presenten vías abiertas de distinto tipo y/o secreciones anormales o patológicas. Interrogar al responsable del servicio sobre la periodicidad del retiro y entrega de ropa a las salas. Interrogar a las supervisoras de enfermería sobre el cumplimiento de la periodicidad programada.

Limpieza

Nivel 1: Todos los pisos son limpiados al menos una vez al día con jabón, detergente o lavandina. Existe prohibición de barrido en seco, excepto casos especiales como consultorio o circulación pública.

Verificar en una muestra al azar de diez pacientes sobre la frecuencia y modalidad con que se realiza el lavado de los pisos. Interrogar al personal del servicio sobre las instrucciones básicas que han recibido respecto a la limpieza de los pisos.

Nivel 2: Cuenta con un responsable de la limpieza y los procedimientos están normatizados, incluyendo instrucciones sobre el uso de desinfectantes. Existen normas para el tratamiento específico de elementos o excre-

tas potencialmente contaminantes (hepatitis B, SIDA, salmonellosis).

Verificar en la oficina de personal la existencia de la función y quien está a cargo. Constatar la existencia de normas de procedimiento escritas y que las mismas se encuentren al alcance del personal que las utiliza.

Constatar la existencia de dichas normas y que se encuentren al alcance del personal que las utiliza. Interrogar al personal del servicio sobre su aplicación.

Nivel 3: El comité de Infecciones y/o una enfermera epidemióloga participan activamente en la elaboración y supervisión de las normas de limpieza.

Verificar su participación a través del texto de las normas y del interrogatorio al personal.

Esterilización

Nivel 1: Posee un local donde se realiza la preparación y esterilización de todos los materiales de la institución. Cuenta por lo menos con autoclave y estufa u horno. Existen normas escritas de procedimientos. Se efectúan controles biológicos según normas locales.

El local debe ser un área de circulación restringida y disponer de mesadas, estantes y alacenas para el depósito del material esterilizado. Cuenta con autoclave y estufa u horno a gas o electricidad. Observar en los autoclaves la hermeticidad del cierre y en las estufas u hornos la temperatura.

Observar las normas escritas que deben encontrarse disponibles para el personal.

Nivel 2: El área del servicio cuenta con tres sectores:

- recepción y lavado;
- preparación y acondicionamiento de materiales;
- esterilización y almacenamiento.

Tiene posibilidad propia o contratada de esterilizar materiales termosensibles.

Los sectores están diferenciados y separados por puertas o mostradores. La comunicación con el exterior del servicio se realiza a través de una ventanilla o mostrador de entrega y recepción de materiales. La esterilización de materiales termosensibles se efectúa por medio de autoclave de óxido de etileno propio o contratado. El establecimiento es responsable de la calidad del proceso por lo que realiza controles periódicos de los materiales procesados.

Nivel 3: El personal cuenta con capacitación específica.

Verificar en la oficina de personal el registro de los antecedentes de capacitación: deben tener certificado de técnico en esterilización o haber recibido un curso formal dentro del establecimiento.

Nivel 4: Cuenta con ventilación mecánica equipada con filtros de alta eficiencia. El lavado y desinfección de equipos se realiza mediante equipos automáticos.

Verificar con personal de mantenimiento las características de los filtros (de tipo 99,99). Verificar la existencia de equipos automáticos de lavado.

Dispensa de medicamentos

Nivel 1: Cuenta con un depósito de medicamentos con local propio y una heladera para la conservación de drogas. Está administrado por el director del establecimiento, provee medicamentos a los pacientes internados en horario restringido y lleva control de stock.

La heladera debe estar conectada al sistema alternativo de energía eléctrica. Observar el sistema de control de stock y constatar, en por lo menos diez medicamentos, la coincidencia entre el stock registrado y el stock real.

Nivel 2: Existen y se actualizan normas de profilaxis antibiótica pre-quirúrgico y vademécum para uso del establecimiento.

Verificar la existencia de normas y vademécum.

Nivel 3: Cuenta con personal de guardia las 24 horas, integrado por farmacéuticos técnicos para la atención de pacientes internados y ambulatorios.

Verificar en la oficina de personal el listado de profesionales y técnicos, la distribución de horarios y la programación de guardias rotativas.

Nivel 4: Cuenta con un comité de farmacovigilancia.

El comité de farmacia debe estar integrado por el responsable de farmacia, bacteriólogos y jefes de sala. Observar las normas impresas y constatar el conocimiento que

tienen de ellas los médicos de sala. Las compras de medicamentos se programan en base al vademécum.

Enfermería

Deberá verificarse previamente en la oficina de personal, el número total de enfermeras profesionales, auxiliares y empíricas con que cuenta el establecimiento, así como los procedimientos de selección de este personal.

Nivel 1: La responsable del servicio tiene título de enfermera. Se registran los parámetros vitales de los pacientes internados con una periodicidad no mayor de ocho horas y los datos son registrados en la historia clínica. La distribución del personal se ajusta a las normas locales.

Verificar en la oficina de personal el registro del título de la responsable del servicio, otorgado por institución pública o privada reconocida. Los parámetros vitales incluyen pulso, temperatura, respiración y tensión arterial y la periodicidad de ocho horas debe excluir a las áreas de pacientes críticos o a los que tienen indicación específica diferente. El registro de los controles debe hacerse en planillas al lado de las camas o en la hoja de enfermería de la historia clínica. La relación enfermera/camas surgirá de la dotación general por turno.

Nivel 2: La responsable del servicio y la mayoría de las supervisoras tienen título de enfermera. Todo el personal ingresado hace menos de un año ha recibido instrucción específica en el establecimiento.

Verificar en la oficina de personal el registro del título de la responsable y de más de

la mitad de las supervisoras. Solicitar el listado de personal ingresado en el último año e interrogarlo acerca de la capacitación recibida dentro del establecimiento. La instrucción puede haber sido proporcionada por las jefaturas del servicio durante no menos de quince días o por un curso teórico-práctico interno.

Nivel 3: La proporción de empíricas es menor que la del personal capacitado. Se registran en la historia clínica las observaciones sobre la evolución de los pacientes. Existen normas escritas en todas las oficinas.

Interrogar a la responsable del servicio sobre la distribución y tareas que cumple el personal que no tiene título de enfermera o auxiliar de enfermería. En una muestra al azar de veinte historias clínicas, verificar el registro de novedades del paciente en la hoja de enfermería. En no menos de tres oficinas solicitar las normas escritas que deben estar accesibles; por lo menos deben tener instrucciones sobre la toma de signos vitales y la preparación de inyectables.

Nivel 4: Existe un departamento de enfermería que se encarga de la selección, entrenamiento, dimensionamiento y conducción de la totalidad del personal de enfermería.

La totalidad del personal de enfermería depende administrativamente de un departamento central. El personal asignado en forma permanente a un sector especializado (área quirúrgica, esterilización, etc), depende técnicamente del responsable de dicho sector, pero administrativamente de la jefatura de enfermería. La responsable del departamento reporta directamente a uno de los directores, de quien dependen todos los servicios técnicos.

Historias clínicas (HC) y archivo*

Nivel 1: Tiene HC de la totalidad de las personas asistidas en el establecimiento, tanto ambulatorias como internadas. La HC es legible, está firmada por el médico tratante y tiene cierre (epicrisis, resumen o diagnóstico de egreso). Existen normas difundidas y conocidas sobre la confección de las HC. Más del 80% de una muestra de HC de pacientes internados se halla actualizada al día anterior al de la evaluación.

Posee un local exclusivo para este fin.

El registro de HC está organizado por doble entrada: por número de orden y por orden alfabético.

Interrogar en primera instancia a la máxima autoridad médica del establecimiento y verificar:

- *si se confecciona HC en todos los casos;*
- *los distintos lugares donde se archivan;*
- *el mecanismo administrativo de apertura de HC y de entrega a los profesionales, a su pedido;*
- *interrogar especialmente sobre las HC de internación, consultorios externos, guardia de emergencias y principales servicios.*

En una muestra de 20 HC seleccionadas entre las últimas internaciones registradas en el libro de egresos, verificar si están firmadas, son legibles y cuentan con epicrisis. Interrogar a la autoridad médica sobre la existencia de normas, de que forma

fueron difundidas e instruido el personal profesional. Verificar si se encuentran accesibles ejemplares de las normas en las áreas de descanso de los médicos, oficinas de enfermería, etc. Interrogar a varios profesionales sobre su conocimiento de las normas. En la misma muestra de HC verificar el cumplimiento de las normas. Tomar una muestra representativa de las áreas de internación, excepto las de pacientes críticos, seleccionada en forma aleatoria y no menor de 20 HC en los establecimientos de más de veinte camas. Verificar si está consignada la evolución el día hábil anterior al de la evaluación, por lo menos en el 80% de las HC revisadas. Efectuar el mismo procedimiento con HC del archivo.

Hay uno o varios locales donde se archivan las HC y no son utilizados para ninguna otra actividad administrativa o asistencial.

La selección de las HC puede realizarse a partir del número de orden de la apertura o por el apellido y nombre del paciente, en forma indistinta, independientemente del modo en que están ordenadas en los estantes (dígito terminal, número de orden u orden alfabético).

Nivel 2: Existe supervisión de HC.

Nivel 3: Existe una única HC, tanto para la atención ambulatoria como en internación. Existe un comité de HC. El movimiento de las HC está registrado y se hace un seguimiento de ruta.

Verificar en las HC de consultorio externo del día si existen registros de internaciones anteriores. Verificar en la misma muestra de HC mencionada en el Nivel 2, si existen registros sobre atención ambulatoria. Se entiende por HC única, la concentración de todos los datos médicos de un paciente en un mismo sobre, carpeta o continente.

* N. del Ed.: Ver Serie PALTEX/OPS: "El Departamento de Registros Médicos: Guía para su Organización, No. 19", "Módulos de Aprendizaje Nos. 1, 2, 3, 4, 5 y del Instructor sobre Registros Médicos y de Salud". Las publicaciones PALTEX pueden ser adquiridas en las oficinas de la OPS en el país.

Se registran todos los movimientos de la HC en cuadernos, tarjetones o planillas donde figura fecha de salida, persona responsable, servicio y fecha de retorno.

Si la HC debe ser derivada de un servicio a otro está previsto el mecanismo para informar al archivo sobre el cambio de ruta.

Nivel 4: Existe personal exclusivo para este fin y hay acceso al archivo las 24 horas.

El archivo es atendido por personal exclusivo para esta finalidad. Si durante su horario de trabajo dicho personal cumple otras tareas afines (como estadísticas, otras registraciones, turnos, etc.), debe ser considerado exclusivo si está siempre disponible para atender necesidades del archivo. Está prevista la atención del archivo las 24 horas, lo cual se puede verificar en la planilla de distribución del personal responsable del servicio.

Estadísticas

Nivel 1: Lleva registro estadístico de por lo menos los siguientes indicadores:

- consultas;
- egresos clínicos y quirúrgicos;
- nacimientos (partos, cesáreas);
- promedio de estadía;
- intervenciones quirúrgicas;
- fallecimientos.

Solicitar a la autoridad médica del establecimiento la observación de los registros estadísticos de las prestaciones realizadas durante el último año calendario. Por otra parte, los indicadores mencionados deberán encontrarse tabulados y procesados por lo menos hasta tres meses antes del mes en que se realiza la evaluación, aunque no hayan sido volcados a una publicación interna.

Nivel 2: Existe personal específicamente dedicado a esta tarea, aunque no sea exclusivo.

Los registros, elaboración de planillas (tabulación) y procesamiento de indicadores estadísticos son realizados por personal especialmente capacitado o asignado a esta tarea, aunque además efectúe otras actividades diferentes.

Nivel 3: Las internaciones se hallan clasificadas por patologías.

Los registros estadísticos incluyen una clasificación de las internaciones por patología, en alguna de las siguientes modalidades:

- *clasificación de la OMS de 2 ó 3 dígitos;*
- *principales síndromes en las internaciones clínicas y por aparatos en las quirúrgicas;*
- *por diagnóstico clínico preciso y por código de la operación.*

Nivel 4: Existe un departamento de estadísticas con personal técnico afín que emite una publicación mensual de la información y realiza reuniones periódicas para su discusión.

Interrogar al jefe del departamento. Para considerarlo como tal deberán depender de este sector, además de las estadísticas, el archivo de historias clínicas y la oficina de admisión y egresos. Solicitar las publicaciones mensuales realizadas durante el último año, las cuales deberán llegar por lo menos hasta tres meses antes al mes de evaluación. Interrogar al jefe del departamento y a los jefes de los principales servicios, sobre la fecha de la última reunión realizada para discutir la información publicada y la periodicidad con que estas ocurren. Se espera una periodicidad no mayor de cada tres meses.

Gobierno hospitalario

Comprende a las autoridades, unipersonales o colegiadas que fijan las políticas de la institución y controlan su ejecución.

Nivel 1: Institución conducida por un director. El director permanece un tiempo mínimo de seis horas los días hábiles y conduce la programación de las actividades.

Verificar el registro de firmas, en caso que el director lo haga e interrogar a varios miembros del personal no jerarquizado sobre la permanencia del director en el establecimiento, así como su participación activa en las decisiones cotidianas. Nota: caso de hospitales distritales rurales (pequeños) y clínicas privadas con dirección unipersonal.

Nivel 2: Institución que cuenta con un director, un jefe médico y un jefe administrativo. El director tiene formación gerencial para administrar servicios de salud. Existen manuales de normas y procedimientos.*

Se elabora un presupuesto anual, y se realiza un seguimiento presupuestario. Se elabora un balance anual.

Contactar en la jefatura de personal la documentación que acredite a la formación de personas en técnicos administrativos. Analizar el presupuesto de los dos últimos períodos y comparar la ejecución presupuestaria. Evaluación del balance del último período. Solicitar memorándums comunicados por dirección y jefatura médica y administrativa. Interrogar sobre realización

* N. del Ed.: Sobre manual de procedimientos, véase publicación en el Programa PALTEX de la OPS/OMS, Serie SILOS No. 25, la cual puede obtenerse en las representaciones de la Organización en los países.

de reuniones periódicas de jefaturas de departamentos o servicios.

Nivel 3: La institución cuenta además con: un consejo técnico médico, un consejo técnico-administrativo. Como elementos importantes de asesoramiento a la dirección/jefe médico y jefe administrativo se elaboran estados financieros anuales auditados por una empresa de reconocido prestigio u organismos públicos autorizados.

Verificar las reuniones periódicas de los consejos técnico, médico y administrativo (ver actas). Evaluar los estados financieros de las dos últimas gestiones. Verificar el dictamen realizado por los auditores, de naturalización pública con representación en la comunidad privada.

Nivel 4: La institución cuenta con un Directorio (Consejo Directivo), que se constituye en órgano superior o máxima instancia hospitalaria, encargado de formular y establecer políticas generales, definir y aprobar la planificación operativa, administrativa y financiera, fiscalizar su cumplimiento y controlar los resultados de su ejecución, además de fijar prioridades, aprobar los programas de servicio y otras atribuciones a definir de acuerdo a la naturaleza de la institución (pública, privada, gubernamental, no gubernamental, académica, etc.). Existe una secretaría general, un servicio de auditoría interna dependientes de directorios. Se elaboran estados financieros anuales y se publica una memoria anual con dictamen de auditoría.

Verificar la realización de reuniones de directorio de acuerdo a normas estatutarias de la institución. Interrogar sobre seguimiento y ejecución por sector operativo de las resoluciones emitidas por el Directorio.

Analizar informes de auditoría interna.

Evaluar memoria anual e investigar sobre observaciones realizadas por auditores externos de los estados financieros anuales de las dos últimas gestiones. Analizar el concepto de depreciación de infraestructura física y operativa en el balance anual.

Administración

Nivel 1: Existe un responsable del área administrativa. Hay registro de certificaciones del personal profesional. Cuenta con un manual de procedimientos administrativos y legajo de todos los agentes que incluye la certificación de capacitación.

El establecimiento cuenta con por lo menos una persona que tiene a su cargo:

- *la adquisición, distribución y control de los insumos y recursos materiales durables;*
- *los registros, liquidación de haberes y contralor de los recursos humanos;*
- *la administración de los recursos financieros, la facturación y cobranzas a entidades prestatarias y el control presupuestario general.*

Por lo menos el personal profesional tiene registrados sus títulos habilitantes en dicha administración, lo cual se evidencia revisando los legajos de los profesionales que aparecen anunciados en las carteleras y, especialmente, los de guardia.

Los procedimientos administrativos y los trámites de rutina se encuentran compendados en un manual que registra los principales pasos de cada circuito. En dicho compendio deben figurar por lo menos los procedimientos relacionados con las funciones enunciadas más arriba. La totalidad del personal, profesional o no profesional, tiene legajo en la oficina destinada a este fin donde se archivan las certificaciones de cur-

sos de capacitación realizados con anterioridad o en servicio. Tomar una muestra representativa al azar de cuarenta agentes, de distintos servicios y niveles jerárquicos, a partir del listado de personal de planta y estudiar los respectivos legajos.

Nivel 2: El responsable del área administrativa debe ser profesional. Existe un área de personal y un área contable.

Nivel 3: Existe una estructura administrativa y financiera con todos los servicios necesarios para una adecuada gestión.

Nivel 4: Existe un sistema de control de gestión.

Seguridad e higiene laboral

Nivel 1: Existe un programa de control sanitario del personal de acuerdo a la legislación vigente en cada país. Está prevista la atención de accidentes de trabajo. El personal dispone de duchas.

Cada agente tiene archivada una ficha clínica donde se registran los resultados de los controles y las novedades de salud ocurridas. Verificar el cumplimiento de este requisito en una muestra de las fichas de cuarenta agentes, de distintos sectores y jerarquías. Observar en los distintos vestuarios del personal la disponibilidad de duchas con agua fría y caliente. Interrogar a la jefatura de personal sobre el procedimiento mediante el cual se denuncian y tratan los accidentes de trabajo. Verificar en particular si existe cobertura con esta finalidad específica. Interrogar al personal que denunció accidentes en los últimos seis meses, sobre la satisfacción por la atención recibida.

Nivel 2: Se dispone de un manual de procedimientos en el que se describen los atinentes a los definidos en las normas de cada país.

En las oficinas de enfermería, salas de descanso de médicos y cartelera, se exhiben instrucciones sobre los riesgos del contacto con las enfermedades mencionadas y las precauciones que se deben adoptar.

Nivel 3: El personal está clasificado por grupos de riesgo y, para cada uno de ellos, están previstos los programas preventivos correspondientes. Está prevista la provisión de ropa para el personal, así como su descontaminación y lavado y la provisión de elementos de bioseguridad.

La totalidad del personal está clasificada por grupos de riesgo según las tareas específicas y el grado de exposición a distintas toxas. En base a este mapa de riesgos se elaboran programas preventivos para hepatitis B, tuberculosis, accidentes eléctricos, radioactividad, explosiones, otras patologías infecciosas, etc. Interrogar a la jefatura de personal sobre el contenido de estos programas preventivos y quienes están a cargo de su implementación.

Tanto la provisión de ropa de trabajo y uniformes del personal, como su descontaminación y lavado están a cargo del establecimiento, a través de un servicio propio o contratado. Interrogar al respecto a la jefatura de personal y a distintos agentes que utilicen ropa de trabajo o uniformes. Verificar en particular si la reposición de ropa sucia ocurre oportunamente.

Seguridad general

Nivel 1: Posee salidas de emergencia accesibles y claramente señalizadas y plan de evacuación con entrenamiento del personal.

Posee un sistema de prevención y extinción de incendios.

Recorrer en compañía de personal de mantenimiento todas las salidas de emergencia, verificando que estén claramente señalizadas y que en los lugares de circulación de público existan flechas visibles que orienten hacia las salidas de emergencia. Es recomendable que las puertas abran hacia afuera. El personal ha recibido instrucción específica sobre la forma de evacuar las instalaciones en caso de alarma general. Existen también instrucciones exhibidas en lugar visible sobre como proceder en estos casos.

Mediante el asesoramiento de personal técnico o de empresas especializadas el establecimiento cuenta con un sistema de prevención y extinción de incendios adecuado. La carga de los extinguidores es revisada cada seis meses. Interrogar a la autoridad administrativa sobre el programa existente, observar el texto de la programación inicial y verificar que se hayan cumplido sus recomendaciones. Recorrer el 40% de los extinguidores de distintos sectores y verificar la fecha de la última recarga.

Nivel 2: Posee programa para situaciones de desastres de acuerdo al riesgo, aprobado por autoridad competente.

Según los riesgos de cada lugar deben preverse otras catástrofes (terremotos, inundaciones). Los programas para emergencias y catástrofes deben estar aprobados por los bomberos, defensa civil u otra autoridad competente. Controlar simulacros periódicos.

Nivel 3: Posee personal de vigilancia y mantenimiento las 24 horas.

Verificar en la oficina de personal el plantel asignado, la distribución de horarios y la programación de guardias rotativas. Si fuera un servicio contratado, revisar los términos del contrato y si el mismo prevé adecuadamente la cobertura de las 24 horas.

Nivel 4: Posee dispositivo de alarma general y está integrado al programa de defensa civil.

Mediante algún mecanismo acústico o luminoso se percibe la existencia de alarma general desde cualquier lugar del establecimiento. Requerir los folletos y especificaciones técnicas del dispositivo instalado y verificar si funciona. El dispositivo de alarma general deberá estar integrado a los programas de defensa civil de la comunidad local, tanto para la atención de los daños del establecimiento, cuanto para la recepción de damnificados por el desastre.

Garantía de calidad

Nivel 1: Desarrolla actividades destinadas a evaluar la calidad de la atención. La calidad de la actuación profesional dentro del establecimiento está garantizada por:

- actualización periódica del "currículum" y registro de certificados de capacitación especializada;
- ingreso por selección de antecedentes.

El registro de antecedentes debe alcanzar tanto a los profesionales que revistan en relación de dependencia como los que concurren a demanda y estará dirigido a todos los profesionales de la salud. Verificar en la oficina de personal los legajos de una muestra representativa al azar no menor de cuarenta profesionales (para los establecimientos de más de esa cantidad): deberán contener antecedentes curriculares hasta el año anterior, así como copia de los respec-

tivos certificados de capacitación especializada para la actividad que ejerce.

Nivel 2: Posee organización y programas destinados al control de la calidad de la atención médica.

Interrogar a las autoridades sobre la frecuencia, naturaleza y modalidad de organización de ateneos o reuniones de evaluación. Observar el listado de casos previstos para la próxima reunión, así como la selección de temas de exposición actualizada, programada para los próximos tres meses, con sus respectivos expositores. Interrogar al equipo de salud acerca de su participación e impresión sobre dichos ateneos y si éstos se realizan con criterios multidisciplinarios.

Nivel 3: Cuenta con comités de calidad y garantía de calidad, infecciones, medicamentos y otros. Se efectúan encuestas de satisfacción de los usuarios.

Dichos comités funcionan en forma interdisciplinaria con la participación de distintos servicios. Tienen objetivos definidos, un programa anual de actividades y registran las tareas que se desarrollan en actas o informes. Sus recomendaciones son tomadas en forma directa por la conducción del establecimiento y se comunican a todos los servicios las decisiones que de ellas resultan. Interrogar a las autoridades sobre las encuestas realizadas, sus objetivos, las preguntas del formulario y el dimensionamiento de la muestra. Pedir y observar el informe de resultados y análisis de la última encuesta.

Nivel 4: Posee un servicio de epidemiología hospitalaria, cuenta con profesionales especializados y con programa de investigaciones dirigidas a garantía de calidad.

Planos

Nivel 1: Posee planos actualizados conforme a obra, de planta y estructura aprobados.

Nivel 2: Posee planos actualizados conforme a obra de instalaciones de agua, gas, electricidad y desagües.

Planos actualizados son aquellos que responden fielmente a la situación real de la estructura edilicia al momento de la evaluación. Deben encontrarse disponibles en el establecimiento a requerimiento del evaluador. Los planos de planta física, instalaciones sanitarias y de instalaciones eléctricas deberán tener una escala mínima de 1:100. Constatar que los planos exhibidos coincidan con la disposición de los locales, instalaciones y servicios en todas las áreas del establecimiento.

Nivel 3: Posee planos de los servicios e instalaciones existentes, aprobados por autoridad competente.

Se entiende por autoridad competente, aquella que sea responsable de la habilitación de establecimientos e instalaciones, según lo requerido por la legislación vigente en esa jurisdicción, ya sean normas nacionales, provinciales o municipales. La aprobación correspondiente debe figurar en los respectivos planos o en certificados con membrete oficial.

Nivel 4: Posee plan arquitectónico director, dinámico de obras en ejecución o a ejecutar.

Se entiende por plan arquitectónico director, el programa de objetivos de desarrollo funcional a corto, mediano o largo plazo, que respondan a las políticas definidas por la institución. El plan director debe estar disponible en el establecimiento a requeri-

miento del evaluador. Debe estar escrito y especificar claramente los propósitos y medios para alcanzarlo. Verificar especialmente el grado de conocimiento del plan con que cuentan el director y los jefes de servicios.

Estructura físico-funcional

Accesos

Para todos los niveles deberán observarse las condiciones de seguridad y la protección de las inclemencias del tiempo que se brindan a los pacientes que acceden a la institución en ambulancia o vehículo.

Nivel 1: Posee facilidades para el ascenso y descenso de pacientes en condiciones de seguridad y protección adecuadas y además cuenta con barreras arquitectónicas.

El ascenso y descenso de pacientes transportados no deberá realizarse sobre vías de circulación vehicular de intensidad media y alta. Cuando así ocurra, la vereda deberá contar con una dársena para el estacionamiento de vehículos y una marquesina o alero de protección sobre la vereda.

Nivel 2: Posee accesos diferenciados para vehículos y peatones.

Los pacientes ambulatorios tienen acceso al edificio por una entrada diferente de la que se destina al ingreso de pacientes transportados.

Nivel 3: Posee acceso vehicular exclusivo para el servicio de emergencias, con señalización adecuada.

El área de estacionamiento y maniobras de vehículos de servicios, de aprovisionamiento,

del público o del personal, no se superpone con la de vehículos que llegan al área de acceso del servicio de emergencias.

Nivel 4: Cuenta con personal exclusivo para el control de los accesos y orientación al público, las 24 horas.

Todos los accesos habilitados al público las 24 horas cuentan con personal debidamente entrenado para orientar adecuadamente a los concurrentes. Este personal no realiza otro tipo de tareas durante el horario asignado a esa función. Constatar en la oficina de personal la programación de turnos para cubrir esta función y verificar en horarios nocturnos o feriados, la presencia de personal en los accesos habilitados.

Circulaciones

Nivel 1: Tiene una caracterización de la circulación de acuerdo a los siguientes criterios: general, técnica, semi-restringida y restringida. Posee señalización de fácil comprensión en los circuitos de circulación (en todas las áreas).

Verificar que la señalización permita al usuario que ingresa por primera vez, acceder a los sectores de mayor utilización (emergencias, consultorios, servicios de diagnóstico y tratamiento, baños, etc.) sin necesidad de preguntar.

Nivel 2: Se mantiene una adecuada independencia circulatoria entre las áreas públicas y técnicas en los servicios de atención de pacientes.

Verificar que las áreas de atención de pacientes se encuentren sobre circulaciones técnicas generales o técnicas específicas, con control selectivo de acceso.

Constatar especialmente que no exista entrecruzamiento de circulación general en terapia intensiva y área quirúrgica.

Nivel 3: Brindar facilidades de desplazamiento en todas las áreas para pacientes.

Constatar que en todos los niveles puedan circular camillas y sillas de ruedas, así como pasamanos en todas las escaleras y en los baños para el público.

Nivel 4: Posee independencia circulatoria entre áreas técnicas y públicas en todo el establecimiento.

Verificar la diferenciación circulatoria en todas sus categorías, mediante una recorrida por todo el establecimiento; especialmente constatar la total independencia de la circulación general respecto del resto de las categorías.

Instalaciones

Sistema eléctrico

Nivel 1: Cumple normas de seguridad para pacientes, personal y público. Posee sistemas alternativos de iluminación para las áreas críticas.

El control del sistema eléctrico deberá estar distribuido con un tablero central o tableros sectoriales por pisos. Verificar la existencia de iluminación de emergencia en las áreas críticas y las salidas de emergencia. El funcionamiento de dichos sistemas alternativos deberá ser constatado por el evaluador.

Nivel 2: Posee sistemas alternativos de generación de energía para las áreas críticas.

Los circuitos eléctricos de las áreas críticas y las salidas de emergencia disponen de una fuente alternativa de generación de energía (grupo electrógeno) cuyo adecuado funcionamiento deberá constatarse durante la evaluación.

Nivel 3: Posee sistemas de mantenimiento permanente de iluminación y generación de energía para el normal funcionamiento del establecimiento de salud.

Verificar la existencia de un dispositivo electrógeno central, en compañía de personal técnico especializado, y constatar que sus mecanismos funcionen plenamente en el momento de la evaluación. Dicho dispositivo deberá estar conectado al tablero central y contará con una llave central de transferencia de la fuente de energía.

Control de excretas, residuos y potabilidad del agua

Nivel 1: Se ajustan a normas municipales, provinciales o nacionales.

Solicitar antecedentes sobre las normas a las cuales se ajustan estos servicios, ya sea que estén archivadas en el establecimiento o sean requeridas previamente a la autoridad fiscalizadora local. Los tanques de agua deben estar permanentemente cubiertos.

Nivel 2: Tiene servicio de agua potable y sistema de eliminación de excretas. Cuenta con sistema de salida especial para residuos en condiciones de seguridad.

Tanto el agua potable como la disposición final de las aguas servidas están provistas por una red pública. Cuando esta última no provea agua potable se verificará la cantidad de agua bebible almacenada. Mediante interrogatorio al personal de mantenimiento, descartar la existencia de

pozo ciego domiciliario y de pozo de agua con bombeo. Los residuos se disponen a través de una salida "sucias" especial, acondicionados en bolsas plásticas resistentes dentro de recipientes de paredes rígidas de manera de evitar pinchazos del personal que las manipula.

Nivel 3: Existe mantenimiento preventivo de todas las instalaciones sanitarias. Los residuos sólidos de alto riesgo son identificados y reciben un tratamiento diferenciado.

Por lo menos cada tres meses, personal de mantenimiento verifica el correcto funcionamiento de todas las canillas, depósitos de inodoros, sistemas de calentamiento del agua (calefones, termotanques, calderas) y bocas de inspección de aguas servidas. Los residuos sólidos, excepto alimentos, contaminados de alto riesgo son almacenados en bolsas resistentes, rotuladas o de color diferenciado, manipuladas con guantes y no se mezclan con los residuos sólidos comunes. Verificar este requisito con personal de maestranza.

Nivel 4: Cuenta con personal técnico especializado propio o servicio contratado para este fin. Tiene un área específica para almacenamiento y disposición de los residuos sólidos y éstos se recolectan dos veces por día.

El servicio de mantenimiento para estas áreas está a cargo de personal técnico especializado (ingeniero sanitario o de seguridad laboral o título equivalente), ya sea en relación de dependencia o por contrato de una empresa especializada. Hay un local específico y exclusivo para almacenamiento de los residuos sólidos que son evacuados por una puerta destinada a este fin únicamente. Dos veces por día se recolectan los residuos y se depositan en este

local, el cual es lavado una vez por día después de la recolección final por el servicio público..

Confort en la internación

Nivel 1: Todos los ambientes cumplen condiciones de confort adecuados a las necesidades de la región.

En horario diurno contarán con iluminación natural. Deberán contar con ventilación directa al exterior a través de aberturas con paños móviles. En las zonas geográficas donde la temperatura media invernal supere los trece grados centígrados, los requisitos de calefacción serán optativos debiendo contar las habitaciones con artefactos que no consumen oxígeno ambiente y eliminan al exterior los gases de combustión (sistema térmico central, estufa a gas de tiro balanceado, aire acondicionado, estufa eléctrica de cuarzo fijada en la pared).

Nivel 2: Todos los baños disponen de agua fría y caliente de acuerdo a las necesidades de la región.

Los baños disponen de suministro de agua fría y caliente, por lo menos en el lavatorio y la ducha. Interrogar a una muestra de diez pacientes de distintos sectores, sobre la existencia de agua caliente a toda hora.

Este requisito depende de las características climatológicas de cada región.

Nivel 3: Dispone de baño privado en todas las instalaciones de acuerdo a lo establecido por la oficina de ingeniería sanitaria de la región.

Todas las habitaciones, independientemente del número de camas, cuenta con un baño al

que se accede por una puerta interior de la habitación.

Estándares no obligatorios*

Cuidados críticos

Se encuentran comprendidos en esta denominación los servicios destinados a la atención de pacientes en riesgo inminente de muerte, de edad adulta.

Nivel 1: Cuenta con una unidad de terapia intensiva (UTI) dotada con los recursos tecnológicos básicos y atendida por personal propio en forma permanente.

Es un servicio destinado a pacientes con responsabilidades de recuperación total o parcial que requieran para su supervivencia de servicios de atención médica y de enfermería en forma constante y permanente. Deberá contar con una dotación médica y de

* N. del Ed.: Están comprendidos dentro de los ejemplos de estándares no obligatorios, tanto los servicios de diagnóstico y tratamiento que requieren inversiones en equipamiento de alta complejidad tecnológica (cuidados críticos, neonatología, medicina nuclear, terapia radiante, rehabilitación), como los servicios de apoyo cuya presencia contribuye de manera sustancial al mejoramiento de la calidad de la atención médica, aunque frecuentemente no son previstos en las organizaciones hospitalarias que constituyen el objeto de este Manual (servicio social, biblioteca, garantía de calidad). En el caso de los servicios mencionados en primer lugar, se establece un conjunto de requerimientos respecto de su equipamiento que solo tienen un carácter orientador y estarán sujetos a las normas específicas vigentes en cada país. Cuando los servicios no pertenecen al establecimiento, sino que han sido contratados, la institución debe responsabilizarse del cumplimiento de estas normas por parte de dichos servicios.

enfermería asignada con exclusividad, de manera de cubrir con la misma intensidad las 24 horas. Deberá contar con:

Stock de medicamentos y materiales descartables:

- *osciloscopios monitores;*
- *sincronizador•desfibrilador;*
- *marcapasos interno transitorio;*
- *carro para intubación endotraqueal;*
- *electrocardiógrafos;*
- *respirador mecánico volumétrico;*
- *equipos para punción raquídea o torácica;*
- *equipos para cateterización nasogástrica, vesical o venosa;*
- *laboratorio de análisis clínicos, servicios de hemoterapia y de radiología, disponibles las 24 horas con guardia pasiva;*
- *oxígeno, aire comprimido y aspiración centrales;*
- *fuerza alternativa de alimentación eléctrica;*
- *estación central de enfermería.*

El responsable de la unidad recorre diariamente las camas con el médico de guardia de la unidad y mantiene intercambio cotidiano con los médicos de sala. Interrogar al respecto a los posibles interlocutores de esas interconsultas.

Nivel 2: Cuenta con una UTI completamente dotada, complementada con una unidad de terapia intermedia. Anexo A.

La UT Intermedia está destinada a pacientes que requieren cuidados constantes y permanentes de enfermería que no puedan ser brindados en la internación general. Deberá contar con equipamiento similar a la UTI tratada en el estándar de nivel anterior. El personal de la enfermería deberá ser exclusivo, el personal médico puede ser el de la UTI o el de la sala que extienden el seguimiento de los pacientes a la UT Intermedia.

Solo será requerida en los establecimientos que tengan una Terapia Intensiva completamente dotada. La UTI dotada con recursos tecnológicos completos, deberá contar con:

- equipamiento similar al mencionado para la UTI de recursos básicos, concentrados de manera que se encuentren disponibles en todo momento para cada paciente;
- dotación de personal médico y enfermería de alto grado de capacitación, asignado con exclusividad, las 24 horas;
- laboratorio de análisis clínicos, banco de sangre y servicio de radiología, disponibles las 24 horas con guardia activa.

El cuerpo médico de ambas unidades se reúne en ateneo por lo menos una vez por mes y los médicos responsables del sector participan semanalmente de los ateneos de sala, con el fin de procurar el seguimiento entre distintos niveles de intensidad de cuidado. Durante el último año las enfermeras de la unidad han recibido cursos de capacitación específica por parte de los médicos del servicio.

Anexo A: Equipamiento, instrumental e insumos mínimos para una UTI de dotación completa:

- stock de medicamentos y materiales descartables que cubran la dosificación de 24 horas, de las patologías propias de esta intensidad de cuidado;
- osciloscopio-monitor: uno cada dos camas;
- sincronizador-desfibrilador: uno cada dos camas;
- marcapasos externos transitorio a demanda con dos cablecatéteres: una cada cuatro camas;
- carro de reanimación con equipo de intubación endotraqueal completo y drogas necesarias para tratar el paro cardiorrespiratorio: uno cada cuatro camas;

- respirador mecánico a presión positiva volumétrica: uno cada cuatro camas;
- equipos completos para cateterización nasogástrica, vesical y venosa;
- equipos completos para punción raquídea, torácica y abdominal;
- equipo para diálisis peritoneal;
- aspirador portátil para drenaje: uno cada cuatro camas;
- oxígeno, aire comprimido y aspiración central con picos individuales para cada cama.

Neonatología

Se encuentran comprendidos en esta denominación los servicios e instalaciones destinados a la atención del recién nacido normal (RNN) y patológicos (RNP), así como las unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) para recién nacidos con síndromes clínicos y quirúrgicos graves.

Nivel 1: Cuenta con un local destinado a la atención del recién nacido normal o con patologías de bajo riesgo.

El local debe reunir condiciones para recibir al RNN. Debe estar ambientado con temperatura adecuada, estar provista de agua caliente las 24 horas y se puede bañar al recién nacido si es necesario. Cuenta con laringoscopio, balanza, oxígeno, aspiración y aire comprimido. Dispone de una incubadora de transporte para trasladar al niño a un medio adecuado, si se complica clínicamente. Los médicos que reciben a los RNN forman parte del servicio de pediatría del establecimiento y están vinculados a UTIN a través de ateneos y seguimiento de casos. Interrogar al respecto a los posibles interlocutores de estas interconsultas.

Nivel 2: Cuenta con un sector destinado a la atención del recién nacido patológico, clara-

mente diferenciado del de recién nacido normal que puede resolver los principales síndromes clínicos del recién nacido de mediano riesgo.

Los diferentes ambientes de la zona de atención del RNP constituye una unidad funcional diferenciada ubicada en un área de circulación restringida. Puede recibir niños nacidos en el mismo establecimiento o derivados de establecimientos cercanos. El personal médico y de enfermería está asignado exclusivamente a este sector. Verificar en la oficina de personal la programación de los recursos humanos las 24 horas todos los días de la semana. Posee equipos completos de: reanimación, exanguíneo-transfusión, drenaje de neumotórax y canalización de arteria umbilical. Cuenta con equipos de luminoterapia, respiradores mecánicos neonatales, monitor transcutáneo de oxígeno, oxímetro y presión positiva continua. El responsable médico del servicio recorre diariamente las plazas con el médico de guardia. El personal de enfermería ha recibido cursos de instrucción específica durante el último año, por parte de los médicos del servicio.

Nivel 3: Cuenta con una UTIN diferenciada y organizada en forma semiautónoma que actúa como servicio de referencia de los establecimientos de la zona.

La UTIN constituye un complejo asistencial con personal médico, de enfermería y de apoyo propio y una administración propia de los insumos y el equipamiento. Tiene un área de recepción, sala de espera, estación de enfermería, locales para las incubadoras, local de descanso de los médicos, lugar de descanso de las madres, depósito de insumos, etc. La UTIN deberá contar con:

- equipamiento disponible según el anexo A;

- dotación de personal médico y de enfermería de alto grado de capacitación, asignado con exclusividad las 24 horas;
- laboratorio de análisis clínicos, banco de sangre y servicio de radiología, disponibles las 24 horas con guardia activa dentro del establecimiento;
- equipo de cirugía pediátrica.

El cuerpo médico se reúne en ateneo semanalmente y el responsable de la UTIN recorre diariamente las plazas. El personal de enfermería recibe clases de instrucción y capacitación en forma regular y por lo menos una vez por mes.

Anexo A: Equipamiento mínimo para una UTIN.

- stock de medicamentos y materiales descartables para 24 horas;
- incubadoras convencionales;
- monitor transcutáneo de oxígeno: una cada cinco plazas;
- oxímetro de pulso: una cada cinco plazas;
- equipos de reanimación, exanguíneo-transfusión, presión venosa central, canalización de arteria umbilical, drenaje de neumotórax: dos de cada uno en el área;
- tensiómetro oscilométrico: uno cada seis incubadoras;
- electrocardiógrafo: uno en el área;
- monitor de apneas: uno cada tres incubadoras;
- transiluminador de fibras ópticas: uno en el área;
- osciloscopio-desfibrilador: uno en el área;
- respirador neonatal: uno cada cinco plazas;
- equipo de presión positiva continua: uno cada cuatro incubadoras;
- bombas de perfusión continua: uno cada tres incubadoras;
- bomba de aspiración negativa: uno cada tres respiradores;

- mezclador de gases: una cada seis incubadoras;
- calentadores humidificadores: uno cada tres incubadoras.

Medicina nuclear

Nivel 1: Cuenta con la infraestructura necesaria para las diversas aplicaciones diagnósticas "in vivo" de los radioisótopos, en forma de trazadores radioactivos y aquellas terapéuticas que deriven de los mismos. Se deben cumplimentar las normas nacionales de protección radioactivas.

Está a cargo de un profesional médico, especialista en medicina nuclear y cuenta con las habilitaciones de la autoridad jurisdiccional competente. Los respectivos certificados deben estar exhibidos en lugar visible. Cuenta con un centellógrafo lineal, calibrador de actividades y detector manual de tipo "pozo". Los trazadores radioactivos deberán estar acondicionados en un lugar para depósito que cumpla con las normas dictadas por la autoridad competente. Cada equipo de medición deberá estar en un local exclusivo.

Nivel 2: Cuenta con una unidad de medicina nuclear.

El responsable está asistido por uno o más técnicos que acreditan capacitación específica en el manejo de los equipos y manipulación del material radioactivo, ya sea por cursos especiales o por instrucción en servicio.

Puede o no tener centellógrafo lineal. Cuenta con un detector para mediciones "in vivo" y la cámara Gamma deberá tener procesamiento computado de imágenes y mediciones. Cada equipo de medición deberá estar en un local exclusivo.

Nivel 3: Cuenta con más de un profesional especialista en medicina nuclear. Cubre funciones asistenciales, docentes y de investigación.

El responsable está asistido por otro (u otros) profesional químico, bioquímico, físico o farmacéutico, autorizado para el uso de radioisótopos. Cuenta con un monitor portátil y puede o no disponer de centellógrafo de cuerpo entero. Dispone de un cuarto para descontaminación radioactiva; cuenta con facilidades para el procesamiento de películas fotosensibles. Desarrolla actividades docentes de pre y/o posgrado, así como programas de investigación aplicada, basados en actividades del servicio.

Terapia radiante

El servicio debe cumplir con las normas dictadas por las autoridades competentes que correspondan en cada jurisdicción, respecto a instalaciones de radiofísica sanitaria y energía nuclear. Hay dos tipos de servicios: teleterapia y braquiterapia. La braquiterapia por sí sola no constituye un servicio de terapia radiante. Puede estar incluida en cualquiera de los tres niveles sin que ello signifique cambios en el nivel de exigencias. Si existe esta técnica, debe disponerse de las autorizaciones correspondientes. Están comprendidos bajo el término braquiterapia los tratamientos con radioisótopos infundidos o implantados, como la colocación de agujas o tubos de Radium 226-Cesio 137 (cáncer de cuello uterino), dosis terapéuticas de yodo 131 (cáncer de tiroides) o soluciones intracavitarias (derrames neoplásicos), o implantes intersticiales de iridio 192 (cáncer de mama).

Nivel 1: Cuenta con equipo de cobaltoterapia con o sin equipamiento para radioterapia superficial. Debe estar a cargo de un médico especialista y cuenta con protocolos terapéuticos por patología.

Debe estar a cargo de un médico especialista en terapia radiante quien debe contar con las autorizaciones de la autoridad de control de radiaciones correspondiente. Dichas certificaciones deben exhibirse en lugar visible. Cumple con las disposiciones legales sobre protección de la exposición a radiaciones para todo el personal. Observar la documentación correspondiente. Verificar en la oficina de personal el título de especialista del radioterapeuta. Observar el compendio de protocolos terapéuticos e interrogar al titular sobre su efectiva aplicación. Debe tener técnicos especializados y asesoría de un físico-médico para calibración del equipo, dosimetría clínica y planificación del tratamiento.

Nivel 2: Cuenta con acelerador lineal de hasta 6 MeV, sin capacidad para la utilización de electrones. Cuenta con simulador localizador. Interviene en grupos colaborativos de tratamiento del cáncer.

El acelerador lineal es un equipo que produce rayos X por impacto de un haz de electrones previamente acelerado, contra un ánodo especial. El simulador-localizador es un equipo radiológico de baja potencia con igual geometría que el de terapia radiante que permite, por medio de placas radiográficas con o sin ayuda de intensificador de imágenes, localizar los volúmenes a irradiar y simular los campos de tratamiento permitiendo circunscribir con precisión el campo a irradiar. El/los profesionales del servicio

participan en grupos colaborativos de abordaje integral del cáncer en el que intervienen oncólogos, físico-médicos, oncólogos-quimioterapeutas, cirujanos y clínicos, ya sea pertenecientes a la misma institución o a otros establecimientos.

Nivel 3: Cuenta con acelerador lineal de más de 6 MeV, que puede irradiar rayos X o electrones a decisión del terapeuta. Cuenta con dosimetría computada de los tratamientos.

La dosimetría computada permite calcular exactamente la dosis radiante a entregar mediante el cálculo del haz efectivo, áreas de penumbra y curvas de isodosis, y disminuye el riesgo de irradiación de tejidos sanos. Esta información se presenta en un gráfico y en base a ella se dispone el simulador-localizador. Con posterioridad a la conclusión del tratamiento, los pacientes son citados para evaluar su evolución con una periodicidad establecida para cada patología. Interrogar sobre el mecanismo mediante el cual se lleva a cabo dicho seguimiento y evaluar su efectivo cumplimiento.

Rehabilitación

Nivel 1: Cuenta con personal especializado que efectúa tratamientos de rehabilitación primaria en internación general y/o terapia intensiva según lo prescrito por el cuerpo médico de cada servicio.

El personal especializado está compuesto por kinesiólogos o terapeutas físicos, cuyos títulos habilitantes deberán verificarse en la oficina de personal, revisten o no en relación de dependencia. Efectúan por lo menos tratamientos de kinesioterapia respiratoria y kinesioterapia neurológica en agudo.

Nivel 2: Cuenta con un servicio de rehabilitación física que trata pacientes ambulatorios. Dispone de las instalaciones necesarias mínimas. Está a cargo de un profesional universitario especializado en rehabilitación.

El servicio también está compuesto por fonoaudiólogos y terapeutas ocupacionales. Las instalaciones están constituidas como mínimo por: consultorio, taller de terapia ocupacional con equipamiento suficiente para ejercitación en actividades de la vida diaria y gimnasia para rehabilitación neurológica cardiovascular y ortopédica. El equipamiento del gimnasio deberá tener paralelas, espejo de pared, escalera/plano inclinado, bicicleta fija, colchonetas y poleas. También deberá contar con horno de Bier, onda corta, rayos infrarrojos y ultravioletas en el sector de fisioterapia.

Nivel 3: Cuenta con un servicio integral de rehabilitación equipado para desarrollar la mayor parte de los tratamientos de la especialidad, ambulatoriamente y en internación. Está a cargo de un médico especialista en rehabilitación con apoyo de otras especialidades. Existe un mecanismo de seguimiento mediato de los pacientes tratados.

Un servicio integral debe realizar los siguientes tratamientos:

- *fisioterapia: onda corta, horno de Bier, ultrasonido, rayos infrarrojos y ultravioletas, electroterapia, iontoforesis, tracción cervical;*
- *kinesioterapia: masajes, movilización, reeducación muscular, ejercicios terapéuticos, rehabilitación respiratoria y cardíaca;*
- *tratamiento de: amputados, malformaciones, neuropatías congénitas y adquiridas;*
- *terapia ocupacional;*

- fonoaudiología diagnóstica y terapéutica;
- psicopedagogía.

Deberá estar a cargo de una especialidad afín con otros especialistas de apoyo y profesionales auxiliares (kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, psicopedagogos). Los profesionales del servicio mantienen intercambio con el resto de los servicios y participan en los ateneos. Registran sus programas terapéuticos en las historias clínicas. Con posterioridad a la conclusión del tratamiento, los pacientes son citados para evaluar su evolución con una periodicidad establecida para cada patología. Interrogar sobre el mecanismo mediante el cual se lleva a cabo dicho seguimiento y evaluar su efectivo cumplimiento.

Servicio social

Nivel 1: Cuenta con por lo menos un profesional de servicio social y un ámbito adecuado para el desarrollo de su tarea.

Verificar en la oficina de personal el registro del listado de capacitación por institución pública o privada reconocida. Constatar la existencia de un local con aislamiento acústico y visual, tiempo disponible para entrevistas y reuniones, con el fin de garantizar reserva e intimidad.

Nivel 2: Existen normas y procedimientos escritos, revisados periódicamente.

Revisar las normas existentes, su disponibilidad, la fecha de la última actualización y el conocimiento que de ellas tienen los miembros del servicio. Observar los archivos de informes socio-económicos de los pacientes y el registro de las tareas que se realizan.

Nivel 3: El servicio está integrado con el resto del cuerpo profesional.

Verificar su participación en ateneos y reuniones y el registro de sus actividades en un listado de diez historias clínicas proporcionado por el propio servicio. Interrogar a no menos de dos responsables de servicios sobre la frecuencia con que interviene el servicio social.

Nivel 4: Desarrolla actividades extramurales, como visitas domiciliarias, contactos comunitarios, relaciones institucionales e identificación de grupos de riesgo.

Verificar en los registros del servicio: fichero de recursos comunitarios, informes de visitas domiciliarias, archivo de notas e informes, etc. Observar la existencia de estadísticas sociales del área de influencia del establecimiento, derivaciones a otras instituciones, gestiones ante entidades de bien público para obtener beneficios para pacientes, etc.

Biblioteca

Nivel 1: Existen publicaciones actualizadas acerca de las cuatro clínicas básicas y emergencias en forma de tratados o manuales escritos en el idioma vernacular.

Cuenta con tratados o manuales publicados en el idioma vernacular de no más de cinco años de antigüedad, referidos por lo menos a: clínica médica, cirugía, ginecología, obstetricia, pediatría y emergencias. Los textos están disponibles en la dirección o en una sala de descanso de los médicos y sólo pueden ser consultados dentro del establecimiento.

Nivel 2: Se halla a cargo de personal que lleva control de ingresos y egresos. Las incorporaciones de material no son programadas. Cuenta con suscripción a determinadas revistas científicas. Cuenta con textos de otras especialidades.

El personal asignado es administrativo y realiza otras tareas además de las específicas de la biblioteca. Las incorporaciones de material bibliográfico se hacen a demanda del cuerpo médico o por donaciones no evaluadas (se incorpora todo el material que sea donado). Existe suscripción a por lo menos dos revistas científicas.

Nivel 3: Cuenta con personal exclusivo. Existe un programa de incorporación de material bibliográfico a cargo de la dirección médica y a propuesta del cuerpo médico. Funciona por lo menos seis horas diarias y dispone de índices internacionales.

El personal está asignado con exclusividad a la biblioteca. El programa define las publicaciones a incorporar y las que deben ser dadas de baja. Los índices internacionales están actualizados hasta por lo menos un año antes. Mediante un mecanismo anual de consulta a los jefes de servicio se definen cada año las publicaciones que será necesario adquirir y, en base a estos pedidos

se elabora el presupuesto bibliográfico del ejercicio.

NIVEL 4: Existe un comité de profesionales, que elabora el programa bibliográfico anual, del cual forma parte el encargado de la biblioteca. Este último tiene formación bibliotecológica especializada. Dispone de acceso a bancos informáticos internacionales de selección de bibliografía. Es deseable que edite una publicación propia.

El comité de biblioteca elabora un programa anual, destinado a:

- *incorporar material bibliográfico;*
- *informar al cuerpo profesional sobre la disponibilidad de materiales;*
- *dar de baja el material obsoleto o inservible;*
- *elaborar el presupuesto del sector.*

Existe fotocopiadora a disposición de la biblioteca durante todo el horario de funcionamiento de la misma. Dispone de computadora con programas de archivo y conexión con bases de datos internacionales. La publicación propia será considerada relevante cuando se edite con periodicidad fija que sea canjeable por otras similares, refleje las actividades asistenciales y de investigación del establecimiento.

Apéndice II

Ejemplos de indicadores de resultados de calidad de la atención médica especificados por servicios o especialidades para ser revisados y adaptados a las condiciones locales*

Contenido

Indicadores de áreas técnicas o administrativas	215
Servicio de admisión	215
Servicio de registros médicos	215
Servicio de atención ambulatoria	215
Servicio de emergencia	215
Otros indicadores para pacientes ambulatorios y emergencia	216
Enfermería	217
Otros eventos en la atención de enfermería/apoyo	218
Servicios de enfermería en la sala de emergencia	218
Enfermería obstétrica	218
Quirófano	218
Sala de recuperación postoperatoria	219
Servicios sociales	219
Otros indicadores de trabajo social	219
Farmacia	219
Algunos ejemplos de medicamentos marcadores e indicadores resultantes	220
Laboratorio	220
Servicio de radiología	220
Otros indicadores de laboratorio, radiología, hemoterapia	221
Servicio de medicina nuclear	222
Servicio de electroencefalogramas	222
Servicio de hemodiálisis	222
Terapia respiratoria	222
Unidad de atención coronaria/cuidado intensivo	222
Unidades de atención especial	223
Servicios de atención domiciliar	223
Abastecimiento central	223
Oficina de cuentas	223
Servicios de limpieza	223
Alimentación/nutrición	224

* N. del Ed.: Los ejemplos de indicadores de eventos marcadores de resultados o "centinelas" de fallas de la calidad mencionados, fueron seleccionados en diversas publicaciones por uno de los autores, Dr. Humberto M. Novaes, Asesor OPS/OMS en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud.

Indicadores de especialidades médicas	225
Anestesia	225
Otros indicadores clínicos específicos relacionados con la anestesia	225
Factores de riesgo en la atención anestésica	226
Cirugía general	226
Cirugía el mismo día	226
Médico-quirúrgicos	226
Otolaringología/endoscopia	227
Oral/maxilofacial/dental	227
Medicina interna	227
Pediatria	227
Indicadores clínicos en la atención obstétrica	228
Otros eventos obstétricos	229
Urología	230
Ortopedia	230
Rehabilitación	230
Medicina ocupacional	230
Dermatología	231
Psiquiatría	231
Servicio de rehabilitación de alcohólicos	231

Indicadores de áreas técnicas o administrativas

Servicio de admisión

- puntualidad en los procedimientos de admisión;
 - exactitud en la recolección de datos (por ejemplo: datos personales, seguro social, dirección, etc.);
 - precisión en los registros médicos y en el número de cuenta asignado en hospitales privados;
 - cumplimiento con el requisito de obtener el consentimiento del paciente;
 - quejas de paciente.
- exactitud del sistema de citas de pacientes;
 - cumplimiento con los criterios para dar de alta;
 - cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones;
 - quejas de los pacientes;
 - quejas de los médicos;
 - espera del paciente por más de "x" horas;
 - admisión de pacientes para observación durante la noche;
 - Número de primera consultas versus consultas de emergencia.

Servicio de registros médicos

- puntualidad en la recolección de datos y en el informe;
- registros perdidos/extraviados;
- exactitud de la codificación;
- puntualidad y exactitud de los servicios de transcripción;
- satisfacción del médico;
- cumplimiento con los procedimientos para manejar las solicitudes de información confidencial;
- puntualidad en la solicitud de registros antiguos;
- exactitud en la notificación de censo;
- porcentaje de evaluaciones cualitativas de historias clínicas.

Servicio de atención ambulatoria

- capacidad en la vigilancia de los pacientes por medio de monitores;
- puntualidad y precisión de la documentación;
- incidentes con los pacientes;

Servicio de emergencia

- precisión en el seguimiento de casos con resultados de pruebas anormales;
- satisfacción del paciente;
- cumplimiento con los requisitos de la documentación;
- pertinencia de las instrucciones al paciente al darlo de alta;
- incidentes de los pacientes, fuera errores en las medicaciones;
- mortalidad en las primeras veinticuatro horas;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- pertinencia en el manejo de pacientes;
- período de tiempo entre la admisión y la evaluación por parte de la enfermera;
- satisfacción de los médicos con las facilidades del servicio;
- lesiones con agujas contaminadas;
- cumplimiento con los protocolos de atención al paciente;
- intentos de respiración cardiopulmonar sin éxito;

- pacientes que esperan más de "x" horas;
- reingresos debido a tratamiento inadecuado/innesesario;
- reclamos por incompetencia profesional.

Otros indicadores para pacientes de ambulatorios y de emergencia

- registro médico imposible de localizar;
- dotación de personal;
- todas las admisiones con fecha, hora y firma;
- historia de alergias no documentada;
- evento clínico-administrativo no documentado;
- incidente ocurrido en la clínica;
- complicaciones de flebotomía;
- complicación del tratamiento;
- muerte de un paciente dentro de menos de 24 horas de la visita a la clínica;
- variación diagnóstica del electrocardiograma, rayos X u otra prueba;
- error en la administración de medicamentos o reacción adversa;
- anafilaxis;
- transferencia de emergencia a otra instalación;
- reacción adversa o emergencia en área especial de cuidados operativos;
- transferencia y muerte en la sala de emergencia en las primeras cuatro horas de admisión;
- la lectura de rayos X de la sala de emergencia difiere de la lectura del servicio de radiología;
- falta de entrevista al paciente con manifestaciones suicidas/vocalizadas;
- falta de respuesta a la terapia;
- hospitalizado dentro de cuarenta y ocho horas de la visita a la sala de emergencia;
- manuscrito ilegible;
- documentación inapropiada/inadecuada de inmunizaciones;
- tramitación (diagnóstico/tratamiento) inapropiado de paciente con enfermedad de transmisión sexual;
- seguimiento inadecuado o referencia inoportuna;
- retraso inapropiado en ver al paciente con enfermedad aguda/compromiso agudo;
- lista resumida e incompleta de problemas;
- error de medicación endovenosa;
- resultados de laboratorio o resultados de rayos X documentados/valores anómalos sin seguimiento;
- cuestiones de laboratorio/radiología;
- datos incorrectos declarados;
- no realización de la prueba ordenada;
- espécimen perdido o mal rotulado;
- estudio incorrecto ordenado;
- preparación inapropiada para el procedimiento;
- sin médico/lugar solicitante en el formulario de petición;
- retraso prolongado en comunicar los resultados de las pruebas, con efectos adversos;
- apoyo de laboratorio/radiología;
- resultados del laboratorio/rayos X no registrados;
- tiempo prolongado en declarar los resultados afecta adversamente a la atención al paciente;
- no realización del procedimiento diagnóstico;
- diagnóstico o espécimen perdido;
- neonato con menos de seis semanas de edad no evaluado por pediatras;
- consentimiento no obtenido para procedimiento invasivo;
- falta de documentación de instrucciones del paciente o documentación inadecuada o incorrecta;

- deterioro o falla de órgano;
- paro cardiopulmonar ocurrido antes de la admisión a la sala de emergencia, éxito en la resucitación cardiopulmonar;
- paro cardiopulmonar ocurrido antes de la admisión a la sala de emergencia, sin éxito en la resucitación cardiopulmonar;
- paro cardiopulmonar en la sala de emergencia, con éxito en la resucitación cardiopulmonar;
- paro cardiopulmonar en la sala de emergencia, sin éxito en la resucitación cardiopulmonar;
- paciente llega muerto al hospital;
- queja del paciente o su familia, sala de admisión;
- queja del paciente o su familia, sala de emergencia;
- lesión del paciente durante los diagnósticos/tratamientos;
- instrucciones del paciente en la emergencia no figura en el cuadro;
- el paciente sale sin ser visto o sale contra el asesoramiento médico;
- el paciente se niega a recibir el tratamiento;
- alta del paciente sin documentación de instrucción;
- paciente permanece en la clínica o ambulatorio por más de cuatro horas;
- paciente en la sala de emergencia por más de cuatro horas;
- paciente visto en la sala de emergencia con complicaciones de atención ambulatoria;
- diagnóstico por "eliminación de posibilidades" después de dos visitas a la clínica;
- lesión del personal;
- gesto o intento de suicidio;
- abuso sexual sospechado sin declaración;
- abuso sospechado de cónyuge o hijo sin declaración de medidas de seguimiento;
- tiempo para ver al médico, más de sesenta minutos;
- admisión no planificada en la clínica o ambulatorio;
- admisión al hospital no planificada del paciente, menos de cuarenta y ocho horas de la visita clínica'
- reingreso no planificado a la clínica o ambulatorio;
- reingreso no programado por el mismo problema en menos de cuarenta y ocho ó setenta y dos horas;
- signos vitales no registrados en cada visita;
- tiempo de espera más de dos horas;
- infección de la herida resultante del procedimiento.

Enfermería

- exactitud en la evaluación de los pacientes;
- cumplimiento con los requisitos de la documentación;
- reconocimiento precoz de síntomas que cambian la situación del paciente;
- satisfacción del paciente/médico;
- equivocaciones en la medicación;
- cumplimiento con los protocolos sobre el manejo de pacientes;
- incidentes de los pacientes;
- pertinencia de las intervenciones de las enfermeras de acuerdo con la condición del paciente;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- puntualidad en la administración de medicamentos.

Otros eventos en la atención de enfermería/apoyo

- procedimiento o terapia cancelados debido a preparación inadecuada del paciente;
- aparición de úlcera por decúbito o escara de presión en lecho;
- infección nosocomial identificada;
- eliminación inadecuada de agujas;
- preparación o administración inadecuada de medicamentos por la vía intravenosa;
- documentación de enfermería incompleta;
- transcripción incorrecta de las órdenes del médico;
- personal de enfermería insuficiente para las necesidades de atención de los pacientes;
- falta de evaluación documentada por la enfermera titulada <veinticuatro horas;
- falta de equipo o equipo en mal estado de funcionamiento;
- realización del procedimiento o prueba diagnóstica sin orden del médico;
- tiempo prolongado para especimen/ resultado;
- eEnfermera titulada no notifica al médico la existencia de cambios importantes en la condición del paciente;
- tratamiento o procedimiento programado omitido;
- signos vitales ordenados con una frecuencia mayor de cada cuatro veces;
- cambio de vendaje;
- prueba de laboratorio (por ejemplo, sangre, orina);
- entrada/salida (de fluidos) no registrada;
- pesos diarios;
- separación no planificada de un tubo invasivo;
- uso de medios de sujeción del paciente resultantes en pérdida de la circulación en extremidad o en otros daños al paciente;
- lesión a un visitante.

Servicios de enfermería en la sala de emergencia

- signos vitales cardíacos cada quince minutos o menos a no ser que se ordene otra cosa;
- no se cotejaron las órdenes del médico;
- error en los medicamentos;
- evento o problema administrativo de enfermería.

Enfermería obstétrica

- retraso en comunicar complicaciones al médico;
- monitoreo inadecuado de la sala de partos;
- monitoreo inadecuado del paciente;
- paciente dio a luz en la antesala de parto.

Quirófano

- período de tiempo que transcurre entre casos;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- incidentes de los pacientes;
- período de tiempo entre la hora planificada para la intervención quirúrgica y el momento real de la intervención;

- extravío de los resultados de las pruebas preoperatorias en el momento de la intervención quirúrgica;
- administración apropiada de los medicamentos;
- cumplimiento con los requisitos de la documentación;
- fallecimientos en el quirófano;
- correlación entre un mismo equipo quirúrgico e infecciones en la herida operatoria.

Sala de recuperación postoperatoria

- cumplimiento con los criterios para dar de alta;
- incidentes de los pacientes;
- cumplimiento con los requisitos de la documentación;
- cumplimiento con los procedimientos de controles de infecciones y de seguridad;
- satisfacción del médico;
- equivocaciones en la medicación;
- evaluaciones apropiadas de los pacientes.

Servicios sociales

- puntualidad en la respuesta a la solicitud de servicios;
- evaluaciones apropiadas de los pacientes;
- satisfacción paciente/médico;
- pertinencia de los arreglos después de dar de alta;
- cumplimiento con los requisitos de la documentación;
- medición de metas;
- quejas de los familiares;
- quejas de las fuentes de referimiento;
- referimientos recibidos con retraso;

- demoras en las visitas a los pacientes;
- referimientos inadecuados/innecesarios;
- referimientos perdidos.

Otros indicadores de trabajo social

- falta de reconocimiento de desorden psiquiátrico;
- plan de alta inadecuado;
- ausencia de plan de alta;
- abuso repetido del cónyuge o hijo.

Farmacia

- errores en la dispensación: transcripción de receta, interpretación de la prescripción, despacho (cantidad y tipo de medicamento dispensado);
- número de medicamentos que se requiere reenvasar (mide la garantía de calidad del medicamento hasta su uso);
- existencia de información escrita hacia el paciente sobre el cumplimiento de la farmacoterapia y riesgos del medicamento;
- existencia del perfil farmacoterapéutico y objetivo de su uso que permite conocer la existencia de farmacovigilancia;
- número de medicamentos del cuadro básico que no tienen existencia durante siete días (indica la oportunidad en el suministro que asegure la terapia);
- número de dosis no administradas a pacientes hospitalizados y causa (mide el cumplimiento de la farmacoterapia);
- existencia de receta médica por paciente internado (indica la existencia

- de la dispensación como parte de la atención de salud);
- número de recetas/número de prescripciones por paciente (permite medir el grado de polifarmacia);
- número de medicamentos incluido en cuadro básico/número de medicamentos en cuadro básico que usa el hospital (mide la racionalidad en la prescripción);
- uso del nombre genérico de los medicamentos en la prescripción (indica la racionalidad en la prescripción);
- funcionamiento del comité de farmacia y terapéutica y profesionales que lo integran (indica la integración del médico y enfermera en el proceso del suministro de los medicamentos y su uso racional).

Algunos ejemplos de medicamentos marcadores potenciales e indicadores resultantes

- medicamentos con resultados adversos;
- anticoagulantes-pérdida de sangre;
- aminoglicósicos-deficiencia renal;
- penicilina-reacción alérgica;
- cefalosporinas-costos elevados.

Laboratorio

- puntualidad en la respuesta a las solicitudes;
- resultados dudosos de pruebas;
- recolección apropiada de especímenes;
- resultados de colorantes Gram contra informes finales de cultivo;

- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- venipunturas innecesarias;
- incidentes de los pacientes;
- cumplimiento con la preparación de especímenes para pruebas especiales;
- puntualidad en los informes;
- períodos de espera de los pacientes ambulatorios;
- exactitud de los informes sobre resultados de pruebas;
- especímenes perdidos;
- satisfacción del paciente/médico.

Servicio de radiología

- reacciones alérgicas/adversas;
- proporción de películas dañadas/repetidas/rechazadas;
- pertinencia de la explicación al paciente sobre el procedimiento;
- períodos de espera de los pacientes ambulatorios;
- puntualidad en la respuesta a las solicitudes;
- puntualidad del informe;
- películas perdidas/extraviadas;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y de seguridad;
- pertinencia del regreso del paciente para repetir los procedimientos;
- calidad de los rayos X realizados en el quirófano;
- solicitud contra prueba realizada;
- cumplimiento con los requisitos de la documentación;
- control periódico de parámetros técnicos del equipo;
- control de dosis de radiaciones;

- calificación del personal;
- incidente de los pacientes;
- satisfacción paciente/médico.

Otros indicadores de laboratorio, radiología, hemoterapia

- aspiración durante serie gastrointestinal superior;
- incumplimiento de requisito de seguridad contra la radiación;
- paro cardíaco o respiratorio;
- reacción de contraste (que requiere intervención);
- unidades de sangre destruidas;
- distribución de emergencia de sangre no cruzada;
- evidencia de trombosis después del procedimiento;
- tiempo de espera excesivo de los pacientes hospitalizados o ambulatorios;
- extravasación de contraste;
- no identificación de especímenes potencialmente peligrosos;
- no recopilación adecuada de la muestra (tubo, anticoagulante, etc.);
- hematoma en el lugar de la inyección que requiere intervención;
- rótulo inadecuado en el espécimen;
- preparación inadecuada del paciente para el procedimiento;
- espécimen inapropiado presentado para los procedimientos solicitados;
- interpretación inexacta de los resultados de las pruebas o el procedimiento;
- examen inadecuado antes de los rayos X;
- nueva radiografía debido a posición o técnica inadecuada;
- preparación inadecuada del intestino grueso para estudios de fluoro/radiología;
- tiempo de espera inapropiado para el resultado;
- infracción de la política hospitalaria relativa a enfermedades infecciosas;
- reactivos insuficientes;
- resultados inválidos del paciente transmitidos por el laboratorio;
- órdenes de urgencia inmediata invalidadas;
- infarto del miocardio/accidente cerebrovascular durante el procedimiento o dentro de las cuarenta y ocho horas del procedimiento;
- administración inapropiada de radioisotopo;
- película mal archivada;
- exámenes múltiples o historia vaga;
- pruebas de laboratorio pedidas no realizadas;
- lesión o accidente del paciente;
- incumplimiento de la política de tratamiento/apoyo a los pacientes;
- paciente pinchado más de dos veces para prueba de sangre;
- perforación durante enema de bario;
- neumotórax después de procedimiento invasivo;
- calidad deficiente en película portátil;
- dolor de cabeza después de mielograma (que requiere intervención);
- repetición del procedimiento debido a resultados no satisfactorios;
- no se adoptó acción sobre los datos declarados;
- acceso dentro de un período inferior a las veinticuatro horas del procedimiento;
- transfusión de una única unidad de sangre;
- tubos o muestras no rotulados;
- examen no autorizado;
- datos no declarados que inciden adversamente en la atención del paciente;

- examen incorrecto realizado en el paciente;
- estudio incorrecto ordenado;
- los resultados de los rayos X no se hallan en el registro.

Servicio de medicina nuclear

- cumplimiento con los procedimientos de control de calidad;
- puntualidad en la respuesta a las solicitudes;
- período de espera de los pacientes ambulatorios;
- incidentes de los pacientes;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- calidad de las películas destinadas a diagnóstico;
- exámenes repetidos;
- cumplimiento con los procedimientos de eliminación de isótopos expirados;
- solicitud contra pruebas realizadas;
- puntualidad en los informes;
- satisfacción paciente/médico.

Servicio de electroencefalogramas

- puntualidad en la respuesta a las solicitudes;
- solicitud contra prueba realizada;
- incidentes de los pacientes;
- calidad del electroencefalograma;
- tiempo de producción de los informes;
- satisfacción del médico con los servicios.

Servicio de hemodiálisis

- incidentes de los pacientes;
- cumplimiento con los protocolos sobre manejo de pacientes;

- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- cumplimiento con los requisitos de la documentación;
- satisfacción de los pacientes/médicos.

Terapia respiratoria

- cumplimiento con los protocolos sobre manejo de pacientes;
- incidentes con los pacientes;
- tratamientos perdidos;
- solicitud contraria al tratamiento administrado;
- puntualidad de la respuesta a las solicitudes;
- calidad del manejo de los procedimientos críticos;
- reconocimiento de los cambios en la situación del paciente que hacen necesario alterar la terapia;
- satisfacción paciente/médico;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- cumplimiento con los requisitos del registro de documentación;
- complicaciones en la atención;
- período de espera de los pacientes ambulatorios;
- pacientes que rehusan el tratamiento.

Unidad de atención coronaria/ cuidado intensivo

- incidentes de los pacientes;
- quejas de pacientes;
- quejas de médicos;
- tasas de mortalidad;
- tasas de infecciones adquiridas en la unidad;
- equivocaciones médicas;
- intentos efectivos de recuperación cardio-pulmonar;
- transferencia externa de pacientes;

- administración no documentada de medicamentos;
- narcóticos perdidos/extraviados.

Unidades de atención especial

- pertinencia de las evaluaciones de pacientes;
- incidentes con los pacientes;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- reconocimiento de síntomas que hacen necesario que se notifique al médico;
- cumplimiento con los requisitos de la documentación;
- pertinencia del tratamiento de emergencia;
- comparación de las solicitudes regulares con el tratamiento administrado;
- cumplimiento con los protocolos sobre manejo de pacientes;
- complicaciones del tratamiento;
- satisfacción paciente/médico.

Servicios de atención domiciliaria

- idoneidad de los servicios suministrados;
- solicitud contra tratamiento suministrado;
- satisfacción del paciente/familia;
- puntualidad en la respuesta a las solicitudes de servicio;
- incidentes con los pacientes;
- documentación de las metas del tratamiento que pueden ser medidas;
- readmisión al hospital;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- documentación de la enseñanza al paciente;

- logro de las metas del tratamiento.

Abastecimiento central

- artículos agotados;
- interrupciones en los procesos de esterilización;
- errores de almacenamiento;
- quejas de los médicos;
- quejas del personal;
- cultivos positivos en esterilizadores.

Oficina de cuentas

- exactitud en el proceso de facturación;
- número de cargos procedentes de diferentes secciones;
- cargos demorados no incluidos;
- tarifa de refacturación;
- puntualidad en la facturación (período de tiempo entre la dada de alta del paciente y la facturación);
- quejas de los pacientes.

Servicios de limpieza

- tiempo para la limpieza del cuarto del paciente;
- inspecciones de limpieza;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- número de veces que es necesario limpiar de nuevo;
- período de tiempo entre la solicitud de servicios y el cumplimiento de los mismos;
- satisfacción del paciente;
- cumplimiento con las normas estatales de salud;
- accidentes de los empleados;

Alimentación/nutrición

- temperatura de los alimentos;
- pacientes que reciben dieta inadecuada;
- puntualidad en respuesta a las solicitudes;
- exactitud en el contenido de las bandejas;
- incidentes con los pacientes;
- cantidad de alimento que se desperdicia;
- pacientes no intervenidos quirúrgicamente que reciben la comida en bandejas;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
- exactitud de las evaluaciones nutricionales;
- satisfacción del paciente.

Indicadores de especialidades médicas

Anestesia

- selección apropiada de la anestesia;
 - documentación de las visitas pre y posoperatorias;
 - cumplimiento con los requisitos de la documentación;
 - puntualidad en las visitas pre y posoperatorias;
 - trauma inducido por la anestesia;
 - fallecimientos durante el período perioperatorio;
 - cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y con las medidas de seguridad;
 - disponibilidad de tratamiento de emergencia;
 - demoras en la intervención quirúrgica a causa del anestesiólogo;
 - demoras por más de "x" minutos en el comienzo de la intervención quirúrgica;
 - reclamos por incompetencia profesional;
 - cancelación de intervenciones quirúrgicas.
- desarrollo de una deficiencia neurológica periférica dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia;
 - edema pulmonar fulminante dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia;
 - lesión odontológica durante la anestesia;
 - admisión no planificada al hospital dentro de un período específico de tiempo después de un procedimiento ambulatorio que requiere anestesia;
 - admisión no planificada a la unidad de cuidado intensivo dentro de un período específico de tiempo después de la administración de la anestesia;
 - aspiración de contenido gástrico con desarrollo de resultados radiológicos típicos de neumonitis de aspiración, relacionado con la atención de anestesia;
 - paro cardíaco temporalmente relacionado con la atención de anestesia;
 - infarto del miocardio agudo clínicamente aparente relacionado temporalmente con la atención de anestesia;
 - desarrollo de dolor de cabeza después de perforación dural relacionado con la atención de anestesia;
 - falla, mal funcionamiento o desconexión del equipo;
 - falla en la intubación;
 - lesión de la traquea;
 - falla en la anestesia regional que requiere inducción de anestesia general;
 - no salida de la anestesia general dentro de un período de tiempo especificado;
 - mortalidad relacionada con la atención de anestesia;

Otros indicadores clínicos específicos relacionados con la anestesia

- mortalidad dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia;
- no se produce la recuperación de la anestesia general dentro de un período específico de tiempo;
- lesión que se presenta en el cerebro o la médula espinal dentro de un período específico de tiempo después de la anestesia;

- lesión ocular durante la atención de anestesia;
- comienzo de hipertermia maligna;
- parto prolongado secundario a epidural;
- recuperación prolongada (72 horas) después de la anestesia general;
- aspiración pulmonar;
- reintubación en la sala de recuperación;
- canulación repetida;
- epidural repetida;
- paro respiratorio relacionado con la atención de anestesia.

Factores de riesgo en la atención anestésica

- edad;
- sexo;
- estatura;
- peso;
- consideraciones relacionadas con el embarazo, incluyendo tiempo de gestación;
- estado físico, de acuerdo con las pautas de la sociedad de anestesiólogos;
- diagnóstico antes de la anestesia;
- tipo de procedimiento quirúrgico;
- duración de la intervención quirúrgica.

Cirugía general

- cualquier procedimiento repetido durante la misma admisión;
- atelectasia después de la operación;
- lesión de cauterización;
- trombosis de vena profunda después de la operación;
- apéndice perforado;
- regreso a la sala de operaciones por lesión ocurrida después de la cirugía

- tromboémbolo después de la operación;
- infección del conducto urinario después de la operación;
- hematoma en herida;
- infección de herida.

Cirugía el mismo día

- todas las cancelaciones;
- cancelación/surgió emergencia;
- cancelación/petición del paciente;
- cancelación/enfermedad del personal;
- cancelación/enfermedad del paciente;
- infecciones postoperatorias;
- admisión no planificada para la noche.

Médico-quirúrgicos

- dado de alta contra asesoramiento médico;
- reacción a los medicamentos o transfusión;
- incidente ocurrido en el hospital/sala de operaciones;
- complicación después de la operación;
- procedimiento diagnóstico invasivo repetido durante la misma admisión;
- separación o reparación no planificada de parte normal del cuerpo durante la cirugía (sin consentimiento);
- uso apropiado de sensibilidades al cultivo de sangre en el tratamiento de sepsis bacteriana;
- comisión de errores graves en la administración de los medicamentos que resultan en la muerte o en una morbilidad importante;
- desarrollo de complicaciones asociadas con métodos subóptimos de administración y monitoreo de medicamentos específicos;
- desarrollo de infecciones relacionadas con el uso de dispositivos intravasculares en unidades de cuidados especiales;

- desarrollo de neumonía en pacientes tratados en unidades de cuidados especiales;
- empeoramiento de úlceras de presión (úlceras o escaras por decúbito);
- desarrollo de infecciones de heridas después de procedimientos quirúrgicos limpios o limpios-contaminados;
- admisiones no planificadas a un hospital después de cirugía ambulatoria o procedimientos específicos;
- readmisión no planificada al hospital poco después de una intervención quirúrgica realizada dentro del hospital;
- admisión no planificada al hospital poco después de una intervención quirúrgica o procedimientos específicos ambulatorios realizados fuera del hospital;
- puntualidad en la profilaxis de antibióticos durante procedimientos quirúrgicos específicos;
- amputaciones de "pie diabético" (indica mal seguimiento a nivel primario de atención);
- utilización inadecuada de los antibiogramas en el tratamiento de la sepsis bacteriana;
- perpetración de importantes equivocaciones en la medicación que resulten en muerte o mayor morbilidad;
- mortalidad de pacientes con condiciones médicas específicas durante la hospitalización o dentro de un período de treinta días después de la admisión, si el fallecimiento ocurre en la institución donde el paciente fue transferido;
- mortalidad de pacientes después de procedimientos quirúrgicos específicos durante la hospitalización o dentro de un período de treinta días después de la admisión, si el fallecimiento ocurre en la institución donde el paciente fue transferido;
- mortalidad entre pacientes tratados en el hospital por lesiones ocurridas inmediatamente antes del tratamiento,

cuando la muerte ocurre dentro de un período de treinta días después de la lesión o durante la hospitalización necesaria por la ocurrencia de la lesión.

Otolaringología/endoscopia

- hematoma después de la operación;
- transfusiones;
- lesión traqueal post-intubación.

Oral/maxilofacial/dental

- curación retrasada;
- pérdida epidérmica;
- procedimiento imprevisto de oxigenación;
- alta no planificada.

Medicina interna

- infarto del miocardio agudo en pacientes con menos de 50 años de edad;
- dado de alta contra asesoramiento médico;
- incidente ocurrido en el hospital;
- lesión de órgano o parte del cuerpo durante procedimiento invasivo;
- dolor no identificable no existente al ser admitido;
- falla renal - creatinina más de una sobre admisión;
- procedimiento diagnóstico invasivo repetido en la misma admisión;
- ventilador vuelto a poner en marcha.

Pediatría

- paro cardíaco o respiratorio;
- problemas congénitos del recién nacido;

- fiebre de origen desconocido;
- neonato requiere oxígeno por más de veinticuatro horas después del nacimiento;
- neonato requiere antibióticos parenterales;
- error o reacción a los medicamentos;
- accesos neonatales;
- sepsis neonatal;
- neonato con anomalías importantes;
- lesiones en neonato;
- paciente dado de alta sin documentación de instrucciones ambulatorias;
- fototerapia por bilirrubinemia;
- hidratación parenteral versus hidratación oral;
- readmisión al hospital dentro de setenta y dos horas del alta;
- sospecha de agresión o abuso sexual;
- traslado a la unidad de cuidados especiales después de veinticuatro horas;
- resultado diagnóstico imprevisto/anómalo después de darse de alta al paciente;
- pneumonias consecuentes a síndromes diarreicos (indica mal seguimiento a nivel primario de atención).

Indicadores clínicos en la atención obstétrica

- la inducción del parto por indicaciones clínicas que no sean diabetes, ruptura prematura de membranas, hipertensión inducida por el embarazo, gestación por término, retardo en el crecimiento intrauterino, enfermedad cardíaca, isoinmunización, muerte del feto o corioamnionitis con o sin operación cesárea;
- operación cesárea primaria por falta de progreso;
- parto vaginal exitoso o fallido después de la operación cesárea;
- parto por medio de operación cesárea planificada repetida de un niño, con peso menor de 2,500 gramos o con enfermedad de la membrana hialina;
- nacimiento por parto inducido de un niño con peso menor de 2,500 gramos o con enfermedad de la membrana hialina;
- eclampsia;
- comienzo de tratamiento con antibióticos en el hospital veinticuatro horas o más después de parto vaginal a término;
- pérdida excesiva de sangre de la madre, excepto por ruptura de placenta o placenta previa, según se manifiesta por la necesidad de una transfusión de glóbulos rojos, por hematócrito menor de 22 o hemoglobina menor de 7 o una caída de hematocritos de más de 11 o de hemoglobina de más de 3.5;
- estadía de la madre por más de cinco días después de parto vaginal o más de siete después de operación cesárea;
- readmisión de la madre dentro de los catorce días siguientes al parto;
- muerte de la madre dentro de un período hasta de cuarenta y dos días después del parto;
- muerte durante el parto en el hospital de feto con peso de 500 gramos o más;
- muerte perinatal de niño con peso de 500 gramos o más;
- muerte neonatal de un niño con peso entre 750 a 999 gramos en un hospital con unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN);
- parto de un niño con peso menor de 1,800 gramos en un hospital sin UCIN;
- transferencia de un neonato a la UCIN de otro hospital;
- neonato a término admitido en una UCIN;
- diagnóstico de síndrome de aspiración masiva;
- diagnóstico de traumatismo del nacimiento;

- neonato a término con convulsiones súbitas clínicamente aparentes antes de ser dado de alta del hospital;
- número de abortos en la emergencia (información sobre origen y residencia del paciente para comparación con programas comunitarios de planificación familiar).

Otros eventos obstétricos

- pH del cordón anterior menos de 7,2;
- lesión a la vejiga durante la sección cesárea;
- pérdida de sangre de más de 1,000 cc.;
- paro cardíaco/respiratorio, madre;
- tiempo de incisión de sección cesárea de más de treinta minutos;
- alumbramiento con ayuda de persona sin credenciales obstétricos;
- Alumbramiento de niños muy prematuros en instituciones sin unidad de cuidados intensivos neonatales;
- aparición de accesos clínicamente aparentes antes del egreso del hospital;
- diagnóstico del síndrome de aspiración de meconio en sala de recién nacidos;
- diagnóstico de tipos específicos de trauma al nacer;
- alta contra asesoramiento médico;
- histerectomía de emergencia después del parto;
- monitor fetal no disponible durante el parto;
- lesión ocasionada por las pinzas;
- laceración de cuarto grado o extensión de episiotomía;
- recuento hematocrito de menos del 28 por ciento;
- enfermedad de la membrana hialina después de sección cesárea electiva repetida;
- inducción para especificaciones distintas de las especificadas con y sin sección cesárea posterior;
- mortalidad en el parto en hospital en ausencia de parto prematuro extremo o anomalías congénitas importantes;
- lesión en órgano o parte del cuerpo;
- transfusión de glóbulos rojos en el parto o después del parto excepto con abrupcio placenta o placenta previa;
- muerte fetal intrauterina (menos de veinte semanas/alumbramiento antesala de parto);
- diabetes materna controlada con insulina;
- parto con forceps alto;
- muerte neonatal;
- mortalidad neonatal de lactantes de alto riesgo en instituciones con unidades de cuidados intensivos neonatales;
- sepsis neonatal;
- peso del neonato inferior a 2,000 gramos;
- peso del neonato inferior a 2,500 gramos;
- peso del neonato superior a 4,500 gramos;
- mortalidad perinatal en ausencia de alumbramiento prematuro extremo;
- hemorragia después del parto;
- infección después del parto;
- precipitación del parto;
- Preeclampsia;
- niño prematuro nacido mediante sección cesárea electiva repetida;
- sección cesárea primaria (revisese si no se hallan en el registro ninguno de los criterios siguientes):
- placenta previa;
- falta de proporción cefalopélvica;
- falta de progreso;
- compromiso fetal;
- herpes activa;

- presentación de nalgas;
- preeclampsia;
- mortinato;
- muerte materna;
- puntuación Apgar de 6 o menos a los 5 minutos;
- duración prolongada de la permanencia materna después de indicaciones de parto vaginal o sección cesárea;
- tasas de partos vaginales o cesáreas pretendidas o conseguidas;
- resucitación con intubación de un niño nacido en tiempo normal;
- pH del cuero cabelludo menos de 7,2;
- trauma importante al nacer (fracturas, palsias de los nervios, cefalohematomas);
- mortinato (más de 20 semanas);
- mortinato (más de 24 semanas o 500 gm);
- complicaciones quirúrgicas tal como figuran en las notas operativas;
- niño no prematuro admitido a una unidad de cuidados intensivos neonatales;
- niño no prematuro con acceso antes del egreso del hospital;
- regreso no planificado a la sala de operaciones/sala de partos;
- transferencia no planificada a la unidad de cuidados intensivos (neonato);
- complicaciones de la herida;
- hematoma de la vagina/vulva.

Urología

- admisión por dolor escrotal menos de dos semanas después de vasectomía;
- hospitalización por infección del conducto urinario o hemorragia dentro de un período de tiempo inferior a dos semanas de cistoscopia;
- reacción de contraste endovenoso que requiere hospitalización;

- hemorragia renal después de la operación;
- hematoma escrotal después de la operación;
- regreso no planificado a la sala de operaciones;
- infección del conducto urinario después de la operación.

Ortopedia

- gangrena;
- falta de unión/unión defectuosa de fractura;
- infección de la herida.

Rehabilitación

- incidentes de los pacientes;
- cumplimiento con los requisitos de la documentación;
- pertinencia de las evaluaciones de pacientes;
- logro de las metas determinadas;
- medición de las metas de tratamiento;
- solicitud contra realización de tratamientos;
- puntualidad de la respuesta a las solicitudes de servicios;
- cumplimiento con los procedimientos de control de infecciones y de seguridad;
- satisfacción paciente/médico;
- períodos de espera de los pacientes;
- visitas demoradas;
- pertinencia del programa de tratamiento.

Medicina ocupacional

- cualquier paciente remitido para admisión (no planificada);

- lesión ocasionada como resultado del tratamiento (férula, enyesado);
- regreso no planificado a la clínica en menos de veinticuatro horas con la misma queja;
- infección de la herida.

Dermatología

- tratamiento definitivo para cáncer de la piel no completado en menos de seis semanas;
- complicación después de la operación;
- reacción a un agente anestésico local;
- petición de consulta "Hoy" no completada en menos de veinticuatro horas;
- quemadura de segundo grado causada por fototerapia.

Psiquiatría

- fuga;
- incidente ocurrido en el hospital;
- lesión en el uso de medios de sujeción;
- error en el medicamento;
- incumplimiento por el personal de la política del hospital relacionada con los medios de sujeción de los pacientes;
- gesto o intento de suicidio mientras el paciente está hospitalizado;
- reacción imprevista a los medicamentos;
- traslado no planificado a otro hospital de cuidados agudos.

Servicio de rehabilitación de alcohólicos

- tratamiento sin resultados;
- lesión relacionada con el tratamiento.

Apéndice III

Glosario

accesibilidad de la atención: componente de la calidad de la atención a los pacientes que consiste en una medida de la facilidad con que el paciente puede obtener la atención que necesita en el momento oportuno.

acreditación: procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden tener complejidad creciente: ser mínimos (definiendo el piso, base o umbral) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción. Podría decirse que un establecimiento asistencial "acredita" o es "acreditado" cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

adecuación de la atención: componente de la calidad de la atención a los pacientes que consiste en la medida en que se presta la atención correcta, dado el estado actual del conocimiento.

adiestramiento de "justo a tiempo": proceso que consiste en adiestrar al personal cuando se necesita. Elimina la necesidad de cursos de actualización creada por la pérdida de conocimientos que se experimenta si transcurre mucho tiempo desde que se imparte el conocimiento hasta que se aplica.

alcance de la atención: inventario de los procesos que constituyen la rutina de un tipo particular de atención, incluidas actividades operativas realizadas por personal de dirección, de gestión, cuerpo clínico y de apoyo.

algoritmo: serie de pasos para abordar un problema o asunto específico.

alineación entre proveedor y cliente: consiste en hacer coincidir (misma línea) las capacidades del proveedor (lo que se entrega) con las necesidades del cliente (lo que se necesita). Se aplica a clientes tanto internos como externos.

alineación/ conformidad: el proceso de mejorar un sistema de manera que todos sus elementos contribuyan al logro del objetivo.

ampliación de las metas: conjunto de metas destinadas a colocar a la organización en una posición tal que pueda satisfacer futuras exigencias (ver visión).

análisis costo-beneficio: forma de comparar los costos y los beneficios de los planes. Puede usarse para comparar los resultados financieros de diferentes acciones y para determinar si una acción en particular tiene sentido desde el punto de vista financiero.

análisis de tareas por departamentos: método para analizar una organización al determinar su misión y su forma de interactuar con clientes y proveedores. Se usa para colocar a la organización en una posición que le permita mejorar.

análisis de campo de fuerza: técnica que ayuda a identificar y a visualizar las relaciones entre fuerzas significativas que influyen en un problema o meta.

análisis de contenido temático: procedimiento para encontrar patrones en los datos sin procesar.

análisis de la brecha: comparación de una situación actual con la situación aconsejable.

apagar incendios: actividad de eliminar problemas esporádicos que surgen en materia de calidad y restaurar el *status quo*.
(Dr. Joseph M. Juran).

área clave de resultados: categoría importante de exigencias de los clientes que resulta decisiva para el éxito de la organización.

área programática: el establecimiento tiene un área de influencia o de captación a la que brinda sus servicios y sobre cuya población deben evaluarse los resultados de sus acciones.

asesor en materia de calidad: persona designada por el dirigente de más alto nivel en la organización para servir de punto focal y principal asesor en los asuntos relacionados con la calidad.

asesor especializado en calidad: persona que tiene experiencia y conocimientos técnicos en la aplicación de las herramientas y las técnicas de calidad empleadas para resolver problemas de los procesos y que está capacitada para brindar asesoramiento y facilitar las iniciativas de mejoramiento de la calidad en una organización.

aspecto crítico: requisitos importantes que no se han satisfecho y que impiden que una unidad llegue a su estado futuro aconsejable. La selección de aspectos críticos hecha por dirigentes de alto nivel orienta el proceso de fijación de metas.

atención orientada al paciente: también llamada de atención centrada en el paciente. Consiste en la reorganización del hospital de manera descentralizada (servicios propios en las unidades de enfermería) con capacitación cruzada de los profesionales; agregación y

auto-cuidados por los pacientes. Es mencionado como estrategia para la re-ingeniería hospitalaria.

atención, continuidad de la: componente de la calidad de la asistencia al paciente que consiste en la medida en que la atención que una persona necesita se coordina entre los profesionales de la salud y a través de las organizaciones y el tiempo.

atención médica integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver cada caso.

atención, perspectivas del paciente sobre la: componente potencial de la calidad de la atención a los pacientes que consiste en la medida en que los pacientes (y sus familias) participan en los procesos de toma de decisiones en asuntos relativos a su salud y hasta que punto están satisfechos con la atención.

atención de urgencia: evaluación e intervención inmediatas en caso de enfermedades o de lesiones que ponen en peligro la vida o la integridad corporal.

atención, aspectos importantes de la: actividades o procesos de la asistencia sanitaria que ocurren con frecuencia o influyen en un gran número de pacientes; que colocan a los pacientes en riesgo de sufrir graves consecuencias si no se presta la atención correctamente, si se presta una atención inadecuada o si se deja de prestar la atención correcta; o que tienden a generar problemas para los pacientes o el personal. Tales actividades o procesos se consideran sumamente importantes para fines de vigilancia y evaluación.

atributos, método de los: la medida de la calidad por el método de los atributos consiste en observar la presencia (o ausencia) de una característica o atributo en cada

unidad del grupo en consideración. Contar cuantas unidades poseen o no el atributo de calidad o cuantos sucesos ocurren en la unidad, grupo o área.

auditoría médica: ver revisión por casos (expedientes clínicos).

auditoría: "la inspección y examen de un proceso o sistema de calidad para garantizar que se satisfagan los requisitos. La auditoría puede aplicarse a toda la organización o ser especial para una función o un paso de la producción." (Dr. Joseph M. Juran)

avance (breakthrough): "un cambio, una dinámica, un momento decisivo hacia nuevos niveles elevados de desempeño." (Usado por el Dr. J.M. Juran para describir un nuevo nivel mejorado de desempeño que mantiene una calidad sostenida).

base de datos: conjunto de datos completos y organizados.

benchmarking: método de evaluación de la calidad por comparación. Es el proceso de encontrar y adaptar los métodos más adecuados para mejorar los resultados de la organización.

calidad de la asistencia al paciente: grado en que los servicios de asistencia sanitaria, dado el estado actual de los conocimientos, aumentan la probabilidad de lograr los resultados que se buscan en la salud de los pacientes y reducen la probabilidad de obtener efectos no deseados. Está determinada por muchos componentes, entre ellos accesibilidad, adecuación, continuidad, eficacia, efectividad, eficiencia, perspectivas del paciente, inocuidad y oportunidad de la asistencia.

calidad: consiste en satisfacer o superar las expectativas de los clientes de manera congruente. Es el juzgamiento de una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto,

seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un **estándar** básico de referencia y un **indicador** para verificar si este estándar fue alcanzado o no.

calidad de la documentación: grado en que la información asentada en los documentos-fuente es exacta y completa y se presenta oportunamente.

calidad total: sistema estratégico integrado para lograr la satisfacción del cliente que abarca a todos los gerentes y empleados y utiliza métodos cuantitativos para mejorar continuamente los procesos de una organización. Suele combinarse con otras palabras para indicar este enfoque a diversas funciones o actividades de la organización, como por ejemplo: gestión total de la calidad, liderazgo de la calidad total, control total de la calidad o cultura de la calidad total.

calidad, garantía de la: subprograma de programación local de los servicios de salud que garantiza que cada paciente recibirá atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada para alcanzar un resultado óptimo de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad principal o secundaria, la edad y el régimen terapéutico asociado. Para ello, se utilizará un mínimo de recursos necesarios con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades debidas al tratamiento, obteniéndose la máxima satisfacción de los servicios recibidos, independientemente de si el nivel institucional de atención es primario, secundario o terciario, en un sistema local de salud.

cambio cultural: cambio importante en las actitudes, normas, sentimientos, creencias, valores, principios operativos y comportamientos dentro de una organización.

capacitar: eliminar las barreras para poder facultar.

características críticas: característica que dependen de limitaciones presupuestarias, ventajas competitivas y satisfacción del cliente del producto.

carta de compromiso: un compromiso que la gerencia contrae por escrito y donde establece el alcance de la autoridad para un grupo de mejoramiento. Se exponen con precisión los recursos entre los que se incluyen el tiempo y el dinero.

casilla (matriz) de la calidad: una matriz de planificación de resultados elaborada durante un despliegue de funciones de calidad que expone la relación entre las exigencias del cliente y los medios para satisfacer esas exigencias. La matriz indica el efecto que tiene cada uno de estos medios sobre el otro.

categorización: es la clasificación de los servicios ambulatorios y de internación de acuerdo con el criterio que se adopte (complejidad de la atención, riesgos de atención u otros) que permite definir niveles de atención para patologías específicas, concentrando actividades, clasificando las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización según tipo de establecimientos y permitiendo configurar en el futuro una red de servicios de complejidad clínica creciente.*

* N. del A.: La "categorización" de hospitales con fines de pago para las internaciones con "estrellas" o "cruces", a similitud de los hoteles, no presenta todavía consenso en América Latina debido a tres restricciones principales: Primero, el que se refiere a los aspectos de *equidad* pues se admite que para un mismo cuadro patológico en individuos biológicamente semejantes, en un mismo medio ambiente, la calidad de la atención y los consecuentes costos de los diagnósticos y tratamientos pertinentes deberían ser prácticamente los mismos, la diferencia corresponde al lujo de la hotelería. Segundo, el papel del grado de *conocimientos* y *habilidades* del médico responsable por el caso no se mide todavía por

causa asignable: nombre que se da al origen de variación de un proceso que no se debe al azar y que, por ende, puede ser identificada y eliminada.

causa originaria: la razón originaria de la no conformidad con un proceso. Cuando se elimina o se corrige la causa originaria, se elimina la falta de conformidad.

causa: una razón determinada para la existencia de un defecto o problema.

causa aleatoria: una causa de variación debida al azar y que no puede asignarse a ningún factor.

causa especial: las causas de variación de un proceso, que surgen debido a circunstancias especiales. No son partes inherentes de un proceso.

causa común: fuente de variación de un proceso que es inherente al mismo y común para todos los datos.

cero valor agregado: cuando no es esencial para el logro del resultado de un proceso.

cero defecto: valor o concepto de largo alcance. Implica la necesidad de mejoramiento constante.

"cruces" o "estrellas". Son mencionados en situaciones de emergencias, diversos tratamientos exitosos, de alta calidad, de casos complejos, clínicos o quirúrgicos, en hospitales de baja complejidad que probablemente no podrían ser categorizados con más "cruces" o "estrellas". Por último, la tercera observación se refiere a la *espiral inflacionaria* que esta "categorización" podría determinar en la adquisición de tecnologías poco apropiadas o indeseables, en una determinada área geográfica solamente adquiridas para aumentar el grado o el puntaje en la "categoría" del hospital.

ciclo de Shewart: véase Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA).

círculos de calidad: grupos de estudio para el mejoramiento personal y de la calidad, compuesto de los trabajadores y del supervisor que actúa como líder.

clasificación de Pairwise: un método de toma de decisiones y de fijación de prioridades en grupo. Se le utiliza para establecer prioridades en grupos de rubros mediante la comparación de criterios predeterminados.

Clasificación Internacional de Enfermedades: clasificación que se utiliza actualmente para la codificación de los diagnósticos y los procedimientos, la indización de los expedientes médicos por diagnóstico y procedimientos, la compilación de estadísticas de hospitales y la presentación de solicitudes de reembolso a terceras partes que sufragan los costos de la atención.

cliente: cualquiera de la entidad/es o individuo/os para quien una organización o individuo suministra bienes o servicios. El cliente puede ser interno o externo.

clientes externos: aquellos que usan el producto o el servicio suministrado por la organización, pero no son miembros de la organización que lo produce.

clientes internos: "los que reciben los efectos del producto o servicio y además son miembros de la organización que elabora el producto o presta el servicio." (Dr. Joseph M. Juran)

código de conducta: expectativas de comportamiento aceptadas por mutuo acuerdo entre los miembros del equipo. (Se les llama también "normas o reglas del compromiso.")

Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención de Salud de los EUA: Organismo independiente, sin

finés de lucro, que se dedica a mejorar la calidad de la atención en establecimientos organizados de atención de salud. Fue fundada en 1951 y sus miembros son el Colegio Estadounidense de Médicos, el Colegio Estadounidense de Cirujanos, la Asociación Odontológica Estadounidense, la Asociación Estadounidense de Hospitales, la Asociación Médica Estadounidense y tres miembros del sector público. Las funciones principales de la Comisión son la formulación de estándares de organización, la expedición de constancias de acreditación y la prestación de servicios de educación y consulta a instituciones de asistencia sanitaria. Los países que tienen Comisiones Nacionales de Acreditación, además de los Estados Unidos, son Australia, Canadá, España (provincia de Cataluña). La mayoría de los países de América Latina y el Caribe están en fases de implementación por iniciativa de la OPS.

comorbilidad: enfermedad o trastorno presente al mismo tiempo que la enfermedad o trastorno principal de un paciente.

competencia: capacidad que corresponde a lo exigido, como por ejemplo, la competencia de un médico o de una enfermera de un servicio de urgencias. Es también la atribución específica y exclusiva de un órgano de decisiones o ejecución. Puede ser del departamento, servicio, unidad (sección, sector o según las denominaciones adoptadas).

conformidad: el estado de satisfacer o superar las exigencias y expectativas del cliente.

consejo de calidad: grupo formado por líderes y gerentes de alto nivel de una unidad y por representantes gerenciales de funciones afines externas a la unidad, quienes aportan sus puntos de vista y su liderazgo para poner en práctica la política de calidad dentro de la organización.

consenso de expertos: coincidencia entre la opinión de expertos clínicos y expertos en metodología; se utiliza, por ejemplo, para la formulación de estándares, indicadores y umbrales de indicador.

consenso: es un estado en el que todos los miembros del grupo apoyan una acción o decisión aunque algunos de ellos no estén totalmente de acuerdo con ella.

control estadístico de la calidad (CEC): "la aplicación de técnicas estadísticas para medir y mejorar la calidad de los procesos. El CEC incluye el CPE, herramientas de diagnóstico, planes de muestreo y otras técnicas estadísticas." (Joseph M. Juran)

control de proceso estadístico (CPE): "la aplicación de técnicas estadísticas para medir y analizar la variación en los procesos." (Dr. Joseph M. Juran)

control del proceso: la aplicación de la filosofía Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) a las actividades cotidianas requeridas para satisfacer las necesidades y las expectativas del cliente.

controlado: describe un proceso que tiene variaciones que fluctúan entre los límites de control calculados. Puede indicar que el proceso está resultando como se desea o que cualquier problema que surja puede atribuirse a los procesos. Un proceso "controlado" es estable y, por ende, previsible.

controlar: mantener un proceso dentro de límites; reducir la variación de un proceso a su mínima expresión.

correlación: configuración de los datos empleados para demostrar la fuerza de la relación entre dos variables (ver diagrama de dispersión).

costo de la calidad: la suma del costo de la prevención, de la inspección y de las fallas. Es la herramienta fundamental de medición de los resultados financieros que vincula el control de un proceso con su optimización en un esfuerzo de gestión total del mismo. Puede usarse como indicador y como señal de las variaciones (usualmente, patrones de variación) y además como medida de la productividad y la eficiencia.

costo de inspección: costo relacionado con la inspección del producto para asegurar que satisface las necesidades y las exigencias internas o externas del cliente.

credo de la calidad: el enunciado del convencimiento de que la calidad es el enfoque indicado para alcanzar la gestión total de la calidad. Es un compromiso del liderazgo y un estilo de actuación que inspira confianza, además de fomentar el trabajo en equipo y el mejoramiento continuo en toda la institución.

criterios de revisión: pauta, estándar o patrón o serie de pautas o de normas que se usa para evaluar la adecuación de la atención prestada en relación con un evento vigilado mediante un indicador. También se llama conjunto de criterios.

criterios: ver criterios de revisión.

cultura de la organización: conjunto común de valores, creencias, actitudes, percepciones y comportamientos aceptados y compartidos por individuos de una organización.

cumplimiento: actuar de conformidad con algo como sucede cuando se acata una norma o estándar.

cumplimiento, nivel de: medida para determinar en que grado un proveedor de asisten-

cia sanitaria actúa de conformidad con una norma o estándar (o patrón) específico.

curva normal: distribución simétrica ideal de los datos en torno a su media. Se le llama también curva acampanada.

datos: material o información en que se basa una discusión o una inferencia, tales como los datos de indicadores usados para identificar procesos o resultados que pueden mejorarse. Es un conjunto de hechos presentados en forma descriptiva. Hay dos clases básicas de datos: los que se miden (conocidos también como variables) y los que se cuentan (conocidos también como atributos o datos enumerativos).

datos, configuración de los: disposición identificable de los datos que sugiere un diseño sistemático o formación ordenada relativa a un conjunto de datos. Puede conducir a que se profundice la investigación de un proceso o resultado que se vigila mediante indicadores (ver tendencia de los datos).

datos, carácter integral de los: medida en que los datos exigidos por los indicadores existen y pueden usarse.

datos, elemento de: porción individual de los datos requeridos por un indicador que luego se suma de cierta manera con otros datos (es decir, según la lógica de recopilación de datos para indicadores) para determinar cuando ocurren eventos relacionados con un indicador.

datos, tendencia de los: tipo clave de configuración de los datos que consiste en la orientación general de las mediciones de los datos (por ejemplo, tasas de un indicador). Puede conducir a que se profundice la investigación de un proceso o resultado vigilado por indicadores.

datos, exactitud de los: medida en que los datos requeridos por los indicadores no contienen errores.

datos, calidad de: medida en la cual los datos exigidos por los indicadores son exactos y completos.

decisión por consenso: una decisión tomada después de que todos los aspectos de un problema, tanto positivos como negativos, se hayan revisado o discutido en la medida en que todos entiendan, apoyen y participen en la decisión abiertamente.

defectos: estado o condición de no conformidad con los requisitos.

departamento autónomo: "una unidad de un proceso que recibe varios insumos y los convierte en bienes y servicios terminados, todo ello dentro de un centro de trabajo único y autocontenido." (Dr. Joseph M. Juran)

departamento de: componente de una organización de asistencia sanitaria que presta atención médica. Los sinónimos incluyen unidad, servicios, servicios médicos y sala de atención médica.

dependencia crítica: interrelaciones existentes dentro o entre los procesos que constituyen causas fundamentales de defectos o errores en un producto o servicio.

descripción o perfil de cargo, funciones o puestos: la relación de tareas y deberes atribuidos a un individuo, para el cual se exigen "conocimientos", "habilidades o destrezas", "aptitudes", "responsabilidades" y "requisitos mínimos". Se puede subdividir en: denominación de la función (cargo, puesto o tarea); descripción sumaria de la función; actividades típicas y deberes; requisitos para llenar puestos vacantes; posición jerárquica en la institución.

desempeño: capacidad de un individuo, de un grupo o de una organización para llevar a cabo los procesos que aumentan la probabilidad de obtener los resultados que se buscan.

desempeño, medida del: herramienta o instrumento, como un indicador o pantalla de ocurrencias, que se utiliza para vigilar la calidad de procesos y resultados importantes en materia de dirección, gestión, clínica y apoyo.

desempeño, base de datos sobre el: recopilación integral y organizada de los datos concebida principalmente para aportar información relativa a la calidad de la atención a los pacientes.

despliegue de políticas: proceso para formular y exponer los planes y las metas de una organización al nivel de la implementación (de arriba hacia abajo) y luego acciones y métricas para alcanzarlos (de abajo hacia arriba). Es muy similar a la planificación de Hoshin.

despliegue de la función de calidad: un sistema que traduce las exigencias del consumidor (la voz del consumidor) en requisitos técnicos para cada etapa del desarrollo y la producción.

desviación estándar: medida de la variabilidad de los datos alrededor de su media.

desviación: en los conjuntos de datos, la diferencia o distancia de una observación individual o valores de datos con respecto al punto central (a menudo la media) de la distribución del conjunto de datos.

detección: es una estrategia reactiva de aseguramiento de la calidad cuya finalidad es encontrar un producto inaceptable una vez

que se ha elaborado y separarlo del resto que si ha resultado satisfactorio. (Se le conoce también como inspección.)

diagnóstico: es la actividad destinada a descubrir la causa de las fallas en la calidad. Es el proceso de estudiar síntomas, recabar y analizar datos, realizar experimentos para comprobar teorías y establecer relaciones entre causas y efectos. Término aceptable desde el punto de vista científico o médico que se asigna a un conjunto de síntomas (alteraciones de una función o sensaciones percibidas por el paciente), signos (trastornos que el médico u otro individuo puede detectar) y resultados (detectados en el laboratorio, mediante radiografías u otros procedimientos de diagnóstico o respuestas a un tratamiento).

diagrama de espina de pescado: ver diagrama de causa y efecto.

diagrama de afinidad: es una herramienta de gestión que ayuda en la planificación general. Permite que cierta cantidad de información variada sea inteligible al ordenarla en fichas y agrupar esas fichas con inventiva. Para resumir cada grupo de fichas se utilizan fichas de "título".

diagrama de dispersión: herramienta o instrumento y técnica de mejoramiento de la calidad que consiste en mostrar en un gráfico lo que sucede a una variable cuando cambia otra variable, con la finalidad de someter a prueba la hipótesis de que las dos variables están relacionadas.

diagrama de causa y efecto: un diagrama que ilustra gráficamente la relación entre un resultado dado y todos los factores que influyen en este resultado (se llama también diagrama de espina de pescado o "diagrama de Ishikawa").

diagrama de flujo: ver flujogramas.

diagrama de Ishikawa: ver diagrama de causa y efecto.

dinámica de grupo: un proceso en curso que implica la interacción de los individuos que forman un equipo con miras a alcanzar el objetivo buscado.

diseño de experimentos: una rama de la estadística aplicada que se ocupa de planificar, efectuar, analizar e interpretar pruebas controladas para evaluar los factores que determinan el valor de un parámetro o grupo de parámetros.

distribución de los beneficios: un sistema de recompensas que comparte los logros en productividad entre propietarios y empleados. La distribución de los beneficios se utiliza generalmente para fomentar iniciativas de grupo en favor del mejoramiento.

distribución de frecuencia: un cuadro estadístico que presenta gráficamente un gran volumen de datos de tal manera que la tendencia central (promedio/mediana, etc.) y la distribución se expongan claramente.

documentación: proceso de incluir información en el historial médico y en otros documentos usados como fuente.

dueño del proceso: la persona que coordina las diversas funciones y actividades de trabajo a todos los niveles de un proceso, que tiene la autoridad o la habilidad para hacer cambios en el proceso a medida que se requieran y administra el proceso de principio a fin para velar por el desempeño óptimo general.

efectividad de la atención: componente de la calidad de la asistencia al paciente que expresa hasta que punto la atención se presta de manera correcta, es decir, que no incluye

errores, según el estado actual de los conocimientos.

efecto: una acción, resultado o prueba observable de un problema.

efecto de Hawthorne: todo cambio redundante (al menos inicialmente) en un aumento de la productividad.

efector: ver proveedor.

efector de los programas de salud: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de la salud, impulsados por la autoridad sanitaria.

eficacia de la atención: componente de la calidad de la asistencia al enfermo que expresa hasta qué punto un servicio tiene posibilidades ideales de satisfacer la necesidad para la cual se emplea. Mide hasta que punto la atención recibida ejerce el efecto deseado con un mínimo de esfuerzo, gasto o desperdicio de recursos.

empowerment o facultar: el acto de ubicar la responsabilidad, la autoridad y la rendición de cuentas de los procesos y de los productos al nivel más bajo posible, ofreciendo las herramientas necesarias. La amplitud de la facultad que se asigna a una persona dependerá de sus capacidades y de la gravedad de las consecuencias de sus actos.

equipos para acciones de un proceso (process action team): una actividad que puede repetirse y que se caracteriza por un conjunto de insumos específicos. Son tareas cuyo propósito es agregar valor a los insumos para beneficio de los clientes. Estas acciones producen un conjunto de resultados específicos.

estadísticas descriptiva: incluye la tabulación, descripción de colecciones de datos;

de inferencia: es un conjunto formal de técnicas que característicamente implican intentos de deducir las propiedades de un conjunto grande de datos a partir de la inspección de una muestra del conjunto.

estándar: enunciado establecido por comité de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad.

estándares (o patrones) clínicos: ver norma de práctica.

estándar de desempeño: sirve para indicar que no hay desviación con respecto a las exigencias válidas del cliente, que hayan sido aceptadas por ambas partes.

estructura, estándar o patrón: enunciado que define la capacidad estructural de la organización para prestar atención de calidad. Se refiere a características de los recursos [físicos, equipos, humanos] de los proveedores de atención de salud. Por ejemplo cantidad y competencia del personal.

evaluación: un proceso sistemático de recopilar y analizar datos para determinar la situación actual, histórica o proyectada de una organización.

evaluación de la fiabilidad: proceso de cuantificar la exactitud con la cual se identifican las ocurrencias entre todos los casos que puedan ser considerados ocurrencias por un indicador dado.

evaluación de la validez: proceso de cuantificar el grado en que los indicadores identifican los eventos que merecen análisis complementario.

evaluación y mejoramiento de la calidad: conjunto de actividades en curso diseñadas para evaluar de manera objetiva y sistemática la calidad de los servicios y de la asistencia al paciente, buscar oportunidades para mejorar los servicios y la asistencia al enfermo, y resolver los problemas que se hayan detectado. Es la medición de los aspectos técnicos e interpersonales de la atención de salud y los resultados de dicha atención. La evaluación de la calidad aporta información que puede emplearse en las actividades de mejoramiento de la calidad.

evaluación de la calidad de la atención basada en estándares: método de evaluación de la calidad de la atención que mide si las organizaciones de atención de salud cumplen con estándares de estructura, proceso y resultado preestablecidos.

evento centinela: evento grave que exige investigación complementaria siempre que ocurre. Por lo general, se trata de un evento indeseable y raro, pero puede ser un evento deseable y frecuente (ver relación de eventos centinelas en el Apéndice del capítulo anterior sobre "Estándares e Indicadores").

existencias para atender los casos de "justo a tiempo": es la existencia mínima requerida para cumplir con los cronogramas de producción.

expectativas: percepciones de los clientes acerca de la forma en que los productos y servicios que adquieren van a satisfacer sus necesidades y exigencias particulares. Las expectativas con respecto a un producto o servicio están conformadas por muchos factores entre los que se incluyen:

- el destino específico que el cliente se propone dar al producto;

- experiencia anterior con un producto o servicio similar;
- promesas y compromisos (descripciones de publicidad y mercadeo).

expediente médico: información compilada por médicos y otros profesionales de atención de salud sobre el historial médico de un paciente, los resultados de los exámenes, los detalles del tratamiento y notas de evolución. El expediente médico es el registro legal de la atención.

experto en un campo: individuo que posee conocimientos y experiencia específicos pertinentes a un aspecto particular del saber, por ejemplo, experto en atención de trauma.

experto en metodología: persona que tiene conocimientos y experiencia en la metodología de elaboración de estándares e indicadores y que suele ser responsable de organizar y facilitar el proceso de elaboración.

facilitador: una persona especialmente adiestrada que actúa como maestro, entrenador y moderador en un grupo, equipo u organización. En materia de mejoramiento de la calidad, el facilitador hace hincapié en el proceso del grupo mientras que el líder del equipo se concentra en el contenido.

falla: la incapacidad de un rubro, producto o servicio para realizar las funciones exigidas por el cliente, debido a uno o más defectos.

fallas internas: "fallas del producto que ocurren antes de que el producto sea entregado a clientes externos." (Dr. Joseph M. Juran).

fallas externas: faltas de conformidad con las estándares de calidad que son detectadas por clientes externos a la empresa.

fiabilidad del indicador: ver indicador, fiabilidad del.

flujogramas o diagrama de flujo: herramienta o instrumento y técnica de mejoramiento de la calidad que consiste en representar ordenadamente en un gráfico todos los pasos de una función o proceso. Descripción del que "entra" y el que "sale" del departamento o servicio. Se pueden trazar líneas con distintos colores, ejemplificando la circulación de personas, materiales, familiares, medicamentos, lavandería, alimentos, etc. Las **rutinas operacionales** son las bases para el diseño de los flujogramas.

fuera de control: describe un proceso que tiene variaciones que fluctúan fuera de los límites calculados de control. Esta situación normalmente indica que el proceso no está ocurriendo como se quiere o que se han introducido factores externos. Un proceso "fuera de control" no es estable y por lo tanto no es predecible.

fuerza restrictiva: fuerzas que tienden a impedir que la situación cambie en la forma en que quisiéramos.

fuerzas impulsoras: fuerzas que tienden a cambiar la situación en la forma en que se quiere cambiar.

función: serie interrelacionada de procesos con miras a alcanzar una meta, como por ejemplo las funciones de evaluación y mejoramiento de la calidad. Es también un grupo de acciones vinculadas entre sí que contribuyen a una acción más amplia.

función clave: función de la organización que, sobre la base de pruebas o el consenso de expertos, se cree que aumenta las probabilidades de alcanzar los resultados que se buscan con respecto a un paciente.

gestión de políticas: procurar el avance mediante la concentración de los esfuerzos y los recursos en algunos problemas prioritarios. Al hacerlo se aumentan los niveles de desempeño, se mejora la comunicación entre la dirección de la organización y de la unidad; por otra parte, se fomenta una amplia participación en la formulación y el logro de metas de corto y de largo plazo.

gestión de la calidad total (GCT): ver mejoramiento continuo.

gestión de la calidad: la gestión de un proceso para lograr la máxima satisfacción del cliente al costo general más bajo para la organización.

gráfica de control: técnica y herramienta de mejoramiento de la calidad que consta de la representación gráfica de una característica de un proceso, que muestra valores graficados de alguna estadística obtenida sobre esa característica y de uno o dos límites de control. Se emplea para emitir una opinión relativa en cuanto a si el proceso está bajo control y como ayuda para alcanzar y mantener el control estadístico. Indica si el sistema está o no fuera de control, según lo determinen los límites de control calculados.

gráfica de cuadrícula: es un resumen gráfico de una distribución donde se hacen resaltar la dispersión general y la tendencia central o media de los datos.

gráfico: una herramienta para organizar y resumir. Contribuye al análisis de los datos y despliega información organizada en forma gráfica. Es una presentación ilustrada de los datos (ver gráfica de control, histograma, diagrama de dispersión).

gráfico de Pareto: un método estadístico de medición para identificar los problemas más

importantes por intermedio de diferentes escalas de medida; por ejemplo, frecuencia, costo, etc. Dirige la atención y los esfuerzos a los problemas más significativos.

gráfico de rachas (run chart): herramienta y una técnica de mejoramiento de la calidad que consiste en graficar ordenadas contra el tiempo, para detectar posibles tendencias de los datos.

gráfico de tendencias del costo de la calidad: es un gráfico que refleja las magnitudes absolutas y relativas de la prevención, evaluación, fallas y costos totales de la calidad en cierto período.

grupo nominal: este es un enfoque más estructurado para generar una lista de opiniones y luego reducirla. Con esta técnica, existe un bajo nivel de interacción en el grupo y es particularmente efectiva cuando los miembros del equipo recién se conocen. También es apropiada para temas muy polémicos. (Ver más adelante técnica de grupo nominal).

grupo de trabajo natural: un grupo de personas, similar a los equipos de acción de proceso (EAP), excepto en que el proceso que se quiere mejorar es propiedad de los miembros del grupo y lo hacen funcionar ellos y no los líderes de alto nivel o dueños del proceso.

habilitación: procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o quien ella delegue. Se efectúa habitualmente por una vez, previo a la puesta en funcionamiento del servicio y define las condiciones mínimas físicas o estructurales que deben poseer establecimientos.

herramienta de calidad: instrumento o técnica que apoya las actividades de gestión de la calidad y de mejoramiento del proceso.

histograma: instrumento o herramienta técnica de mejoramiento de la calidad que consiste en representar mediante un gráfico la distribución de frecuencias de un conjunto de datos con la finalidad de evaluar la cantidad de variación que existe para el conjunto de todos los datos. Es un diagrama que contiene datos sobre medidas (por ejemplo, temperatura) y expone su distribución. Un histograma revela la cantidad de variación en cada proceso.

hoja de verificación: una forma de registrar datos sobre la cual puede indicarse el número de veces que ocurre un suceso con un pequeño signo (✓).

Hoshin, planificación de: ayuda a controlar la orientación de la empresa mediante la coordinación del cambio dentro de ella. Este proceso incluye planificación, tanto a largo como a corto plazo y concentra los objetivos anuales en una o dos áreas fundamentales para los esfuerzos de despegue. La clave es que incluye a toda la organización en el proceso de planificación estratégica, tanto desde la cumbre hacia la base, como desde la base hasta la cumbre. Vela por que la orientación, las metas y los objetivos de la empresa se formulen de manera racional, se definan correctamente, se vigilen, se comuniquen con claridad y se adapten sobre la base de la retroalimentación del sistema. (Este método se conoce también como "Hoshin Kanri" y suele citarse como "gestión de políticas" o "despliegue de políticas").

imágenes mentales: una técnica que utiliza la imaginación de personas informadas y experimentadas para visualizar el éxito.

imaginar (imagineering): formular mentalmente. Se trata de un proceso que no acarrea desperdicios.

implementación: un enfoque estructurado que aborda todos los aspectos (quién, qué, cuándo, dónde, por qué y cómo) inherentes a la incorporación de mejoras en el proceso o sistema.

indicación: pauta que especifica cuando resulta apropiado cierto curso de acción, por ejemplo, para una enfermedad o trastorno determinado.

indicador: una variable objetiva, bien definida, utilizada para controlar la calidad y/o propiedad de un aspecto de la atención médica. Es herramienta de mejoramiento de la calidad que se usa para vigilar la calidad, para observación de los estándares de la estructura, procesos y resultados, importantes para la dirección, gestión del área clínica y de apoyo. Son las medidas de hasta que punto se están satisfaciendo las necesidades y expectativas razonables de los clientes. Son medidas del nivel y la frecuencia de la conformidad con estándares o requisitos válidos.

indicador, conjunto de información del: información específica del indicador compuesta de un enunciado del indicador, definición de los términos, tipo de indicador, justificación, descripción de la población o servicio abarcada por el indicador, lógica de recopilación de datos del indicador y factores subyacentes que pueden explicar variaciones en los datos.

indicador, sistema de monitoreo mediante: método en el cual se emplean indicadores para vigilar los estándares de procesos o resultados importantes de la atención o del servicio. Luego los datos del indicador se emplean para evaluar esa atención. También llamado sistema de monitoreo basado en indicadores o sistema de monitoreo regido por indicadores.

indicador basado en tasas: indicador que monitorea un evento (o estándar), diseñado en función de una cierta proporción de eventos similares donde se prestó una atención de acuerdo con el estado actual de los conocimientos. Se necesita mayor evaluación cuando la tasa a la cual el evento ocurre cruza un umbral (estándar mínimo) o el análisis de la configuración de datos sugiere oportunidades de mejoramiento.

indicador, proceso de prueba del: proceso de cuantificar el nivel de fiabilidad y de validez de un indicador para mejorarlo, cuando sea necesario y factible, antes de la utilización formal.

indicador de proceso: indicador que vigila una serie importante y discreta de pasos, eventos o acciones que intervienen en la atención de los pacientes. Los mejores indicadores de este tipo se centran en los estándares de procesos que están estrechamente vinculados con los resultados en los pacientes, lo cual significa que existen fundamentos científicos para creer que el proceso, cuando se efectúa eficazmente, aumenta la probabilidad de obtener el desenlace que se busca.

indicador, fiabilidad del: medida en que un indicador identifica, entre todos los otros casos, aquellos que pueden ser eventos monitoreados por el indicador.

indicador, justificación del: componente del conjunto de información del indicador que explica por que un indicador es útil al especificar y vigilar el estándar o patrón de proceso o resultado de la atención que se está vigilando mediante el indicador.

indicador, definición de los términos del: componente del conjunto de información del indicador que consiste en la explicación del

significado de los términos empleados en el enunciado del indicador.

indicador de evento centinela: indicador que vigila un grave evento de asistencia al paciente que exige investigación complementaria cada vez que ocurre.

indicador, factores subyacentes del: componente del conjunto de información del indicador que consta de la descripción de factores relativos a los pacientes, los profesionales de la salud o la organización, que pueden explicar variaciones en los datos del indicador y, por lo tanto, orientar las actividades de mejoramiento de la calidad.

indicador, población del: componente del conjunto de información del indicador que consta de la descripción del numerador y del denominador de un indicador. Las poblaciones pueden dividirse en subcategorías que darán poblaciones más homogéneas para la evaluación subsiguiente de los datos.

indicador de resultado: indicador que vigila lo que sucede (o no sucede) a un paciente luego de efectuado (o de no haberse efectuado) un proceso.

indicador aconsejable: indicador de resultado o de proceso que vigila un proceso o resultado aconsejable de la atención.

indicador, validez del: medida en que un indicador identifica los eventos que merecen mayor estudio.

indicador indeseable: indicador de proceso o resultado que vigila un resultado indeseable de la atención, por ejemplo, la muerte de un paciente a consecuencia de la anestesia. (Ver varios ejemplos en el Anexo II).

índice: tasa o medida numérica que traduce un indicador.

ingenieros gerenciales: son profesionales del área de ingeniería industrial contratados por los hospitales y otros servicios de salud, para apoyar la dirección ejecutiva de la institución en el análisis de las debilidades de la gerencia, en el diseño o la utilización de las instalaciones, en el flujo de información, en la evaluación de los procesos, en la utilización del personal y en el grado en que se cumplen los objetivos de desempeño.

inhibidores: los gerentes individuales y los trabajadores que no están dispuestos a promover actividades de mejoramiento independientemente de los resultados demostrados o de la justificación.

inocuidad de la atención: componente de la calidad de asistencia al paciente que consiste en el grado en que el entorno o medio ambiente de la atención está exento de riesgo o de peligro.

inspección: proceso de medir, examinar o comprobar un producto o servicio con respecto a algunos requisitos, con miras a determinar la falta de conformidad con los requisitos antes de que el producto llegue al cliente.

instrucciones de propósitos: enunciado del propósito que se da durante el proceso de formulación de indicadores a un grupo de especialistas reunidos para elaborar un conjunto de indicadores.

instructor (con maestría) de la calidad: es una persona poseedora de un certificado que la califica para adiestrar, evaluar y dirigir a otros instructores.

instructor de calidad: es una persona que ha sido adiestrada debidamente para impartir cursos o preparar material sobre calidad.

insumos (inputs): productos o servicios obtenidos de otros (proveedores) con miras a realizar sus tareas.

interesados: cualquier individuo, grupo u organización que va a tener una influencia significativa o va a recibir los efectos de la calidad del servicio o producto que usted ofrece.

interfaz clave (interface): "el canal principal de interacción entre el cliente y el proveedor." (Dr. Joseph M. Juran)

interferir: el procedimiento para ajustar un proceso estable con miras a tratar de compensar un resultado que es indeseable o demasiado bueno y el resultado que se obtiene será peor que si el que interfiere no hubiera actuado.

intervención: la función del facilitador del equipo cuando interrumpe a un grupo para exponer sus observaciones acerca de la dinámica del grupo.

ISO: La Organización Internacional de Normalización (cuya sede se encuentra en Ginebra, Suiza) preparó los estándares de calidad ISO 9000 a 9004. Las ISO 9000-9004 forman un conjunto de estándares internacionales individuales, pero vinculados entre sí, sobre gestión de la calidad y garantía de la calidad elaborados con la finalidad de ayudar a las organizaciones a documentar con eficacia los elementos de los sistemas de calidad que deben ponerse en práctica para mantener un sistema eficiente de calidad. Los estándares son el punto de partida, no una línea de acabado. Su aplicación en servicios de salud necesita exhaustivas adaptaciones.

justo a tiempo (just in time): se dice que un rubro se entrega justo a tiempo, cuando llega al cliente donde y cuando se necesita.

Kaizen: Kaizen significa mejoramiento. Más aún, significa mejoramiento continuo en la vida personal, en la vida familiar, la vida social y la vida en el trabajo. Cuando se aplica al lugar de trabajo, Kaizen significa

mejoramiento continuo incremental que involucra tanto a gerentes como a trabajadores por igual.

Kanban: un medio de comunicaciones en el sistema de producción y control de "justo a tiempo". Se coloca un Kanban o pancarta en piezas o partes específicas de una línea de producción para indicar la entrega de una cantidad dada. Cuando se han agotado todas las piezas, la misma pancarta se lleva a su punto de partida donde se convierte en un pedido de otras piezas más.

límite(s) de control: línea o líneas de una gráfica de control empleada como base para juzgar el significado de la variación de un subgrupo a otro. Definen los límites naturales de un proceso dentro de niveles de confianza especificados [límite superior de control (LSC) y límite inferior de control (LCI) definidos en un gráfico de control].

línea central: representa el nivel operativo promedio general del proceso.

localización: orienta la disposición del área física del departamento, servicio o unidad dentro del contexto.

los cinco "por qué": una técnica para descubrir las causas de un problema y demostrar la relación de causas formulando repetidamente la pregunta "por qué".

media: una medida de la tendencia central de un conjunto de datos, también llamada promedio.

medida: el acto o proceso de comparar cuantitativamente los resultados con las exigencias, para llegar a un cálculo cuantitativo del desempeño.

medida contraria (countermeasure): la medida que se toma para contrarrestar la causa originaria comprobada de un problema.

medida de base: un punto de partida basado en una evaluación de los resultados a lo largo de cierto período de tiempo para determinar el desempeño del proceso antes de emprender cualquier esfuerzo de mejoramiento.

mejoramiento continuo (MC): método para la gestión de la calidad que se apoya en los métodos tradicionales de aseguramiento de la calidad haciendo hincapié en los sistemas y procesos de organización (y no en los individuos), en la necesidad de contar con datos objetivos que permitan estudiar y mejorar los procesos y en la idea de que los sistemas y el desempeño siempre pueden mejorar aun cuando se hayan satisfecho los estándares, patrones o normas más altas. Los sinónimos y los casi sinónimos incluyen: mejoramiento continuo de la calidad (MCC), mejoramiento de la calidad en todo el hospital (MCTH), gestión de la calidad total (GCT) y mejoramiento de la calidad (MC).

mejoramiento continuo de la calidad (MCC): ver mejoramiento continuo.

mejoramiento: la creación organizada de un cambio ventajoso, el logro de niveles inusitados de desempeño. Los niveles de mejoramiento varían desde muy pequeños hasta considerables; por ejemplo, mejoramiento de "despegue" o "breakthrough".

mejoramiento continuo de los procesos: la idea de que la gestión y el mejoramiento de la calidad sean necesariamente una actividad continua para velar por la satisfacción constante del cliente y por el aumento de la eficiencia.

mejoramiento de la calidad en todo el hospital (MCTH): ver mejoramiento continuo. Nota: la OPS/OMS recomienda que en la implementación de estándares de calidad en hospitales, los mismos deben ser establecidos para todos los servicios nosocomiales y NO para departamentos aislados.

mejoramiento del proceso: un entorno estructurado en forma de equipo que permite a la gente trabajar junta para mejorar el proceso continuamente. (Ver primer capítulo de la segunda parte de este Manual.)

meta: un enunciado amplio que describe una situación o logro futuro que se busca, sin especificar su magnitud ni cuando debe alcanzarse.

métrica: una medida tomada a lo largo de un cierto período de tiempo que comunica información vital acerca de un proceso o actividad. Una métrica debe orientar la acción apropiada de la gerencia o de los líderes. Físicamente, un "paquete métrico" consta de una definición operativa, de una medida a lo largo del tiempo y de una presentación.

misión: la misión de una organización (y de una actividad) describe su razón de ser. Los enunciados de misión son amplios y se prevé que permanezcan vigentes por un lapso prolongado. Declaración de la institución que expresa claramente el compromiso para continuamente mejorar la calidad de la atención al paciente. Este compromiso es traducido por metas mensurables, objetivos y planes de acción para la estrategia de programas y procesos de la organización. La declaración de la misión y los planes son desarrollados mutuamente y evaluados regularmente por el gobierno del hospital o del SILOS, administración y líderes.

modelo de sistemas de calidad: la forma en que la institución alcanzará sus metas. Es una manera de asegurar la satisfacción del cliente mediante la participación de todo el personal para suministrar, de manera confiable, productos y servicios. El sistema de calidad tiene tres componentes: concentración de la atención, calidad en las operaciones cotidianas y mejoramiento del proceso. El sistema se fundamenta en el liderazgo que inspira confianza, en el equipo de trabajo y en el mejoramiento continuo.

modelo preferido de práctica: ver norma de práctica.

modelo cliente-proveedor: un modelo representado generalmente mediante el uso de figuras interconectadas para describir insumos que llegan a un proceso de trabajo que, a su vez, agrega valor y produce resultados que se entregan a un cliente. A todo lo largo del proceso, los requisitos y la retroalimentación del cliente al proveedor sirven para vigilar si el proceso está satisfaciendo o no las necesidades y expectativas del cliente.

moderadores (gatekeepers): personas que ayudan a otros a entrar en una discusión (gate openers) y los que impiden las interrupciones cuando alguien toma la palabra (gate closers).

monitoreo y evaluación: proceso concebido para ayudar a las organizaciones y a sus componentes a emplear eficazmente sus recursos de evaluación y mejoramiento de la calidad mediante la concentración en los aspectos de mayor prioridad para la calidad de la atención. El proceso incluye la determinación de los aspectos más importantes de la asistencia que presta la organización (o el departamento o servicio); el uso de estándares e indicadores para vigilar sistemática-

mente estos aspectos de la asistencia; la evaluación de la atención, al menos cuando se ha llegado cerca o se han alcanzado los estándares o patrones umbrales, para establecer cuales son las oportunidades de mejoramiento o los problemas; las medidas que deben tomarse para mejorar la atención o resolver los problemas; la evaluación de la efectividad de esas medidas y la comunicación de los resultados por conducto de los canales establecidos.

motivación en cascada: es el fluir constante del mensaje de la calidad hacia el siguiente nivel de supervisión -- y no por conducto de el -- hasta llegar a todos los trabajadores.

muestreo: el proceso de tomar una pequeña parte o cantidad de algo para analizarla.

normas: son las reglas generales para situaciones cotidianas que afectan las funciones del servicio o hospital. Ninguna actividad administrativa puede procesarse sin el establecimiento de leyes, códigos o reglas, que sirvan de guías para decidir, monitorear y actuar. Son las resoluciones firmadas por los cuerpos directivos u otras fuentes auténticas, destinadas a determinar o fijar, en líneas generales, la ejecución de un o más estándares relacionados con asuntos de interés de la institución.

norma de práctica: instrumento o herramienta descriptiva o especificación estandarizada para la atención del paciente promedio en una situación corriente. Se formula mediante un proceso formal que reúne las mejores pruebas científicas sobre la eficacia de la atención y la opinión de expertos. Los sinónimos o los casi sinónimos incluyen política clínica, estándar clínico, parámetro (o parámetro de práctica), protocolo, algoritmo, criterios de revisión y modelo de práctica preferida.

objetivo: un enunciado específico de una condición o logro buscado a corto plazo. Incluye resultados finales cuantificables que deberán alcanzar ciertos equipos de personas dentro de ciertos límites de tiempo. Es el "cómo, cuándo y quién" para lograr una meta.

operación, análisis de una: consiste en hacer un examen profundo de una operación desagregandola en sus partes o elementos constitutivos. Cada parte del elemento se examina por separado y de esta manera el estudio de la operación se convierte en una serie de problemas bastante sencillos.

oportunidad de la atención: componente de la calidad de la asistencia a los pacientes que consiste en la medida en que se presta atención a los pacientes cuando estos la necesitan.

organización de asistencia sanitaria: organización que presta servicios relacionados con la salud.

organización, factor de la: variable relacionada con la propia organización que puede contribuir a la variación de los datos de un estándar e indicador; por lo general, es controlable por la organización y además se le somete a un proceso minucioso de monitoreo.

organización: un conjunto de actividades programadas con la finalidad de hacer que la institución alcance los objetivos propuestos dentro de una estructura, en un determinado período.

paciente, factor del: variable relacionada con el paciente individual que puede influir en los datos del indicador: incluye la gravedad de la enfermedad, la comorbilidad y factores no relacionados con la enfermedad;

estos factores generalmente no dependen de los profesionales ni de las organizaciones.

paradigma: un conjunto de normas y disposiciones que definen los límites y dicen lo que hay que hacer para alcanzar el éxito dentro de esos límites.

parámetro de práctica: ver norma de práctica.

parámetro: ver norma de práctica.

Pareto, gráfico: [Vilfredo Pareto, "Marchese di Parigi" (1848-1923), sociólogo y economista italiano]. Gráficos que representan 10 ó 15% de causas principales que interfieren con el funcionamiento de un sistema, operación, servicio u organización.

PHVA: Planificar-Hacer-Verificar-Actuar: es una metodología cíclica, estructurada para formular e implementar acciones de cualquier tipo: planificar la acción mediante la recopilación y el análisis de datos y la formulación de alternativas; hacer: implementar la alternativa seleccionada (preferiblemente en pequeña escala); verificar, evaluar resultados y comparar los valores previstos; actuar, llevar a cabo la acción de acuerdo a normas y empezar de nuevo. (Ciclo de Shewhart)

PHEA: Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar: es similar a PHVA; no obstante, el paso 3 consiste en "estudiar" los resultados de la alternativa que se ha seleccionado y no "verificar" los resultados. Deming opinaba que "estudiar" refleja mejor la profundidad del análisis que se hace en este paso.

plan de acción: método o proceso específico para lograr los resultados que se enuncian mediante uno o más objetivos.

planificación estratégica: el proceso mediante el cual una organización visualiza su futuro y formula estrategias especiales de calidad y planes para lograr ese futuro.

política clínica: ver norma de práctica.

política: un plan de largo alcance (orientación) para lograr las metas de una organización.

posición: es el vínculo de subordinación de la unidad, en el contexto de la estructura institucional. Define la coordinación y subordinación del servicio o departamento, en relación a la estructura general. Establece las relaciones interdepartamentales e interservicios, dentro y fuera del hospital.

premio Baldrige: el Premio Nacional de Calidad Malcolm Baldrige (MBNQA) es un galardón anual para reconocer a las empresas norteamericanas que se destacan en gestión de la calidad y logro de la calidad. (Criterios del MBNQA.)

prevención: una estrategia de aseguramiento de la calidad que se propone detectar y corregir características inaceptables en un producto o servicio durante las fases de diseño, desarrollo o producción.

procedimiento: acto, método o manera de proceder en algunos procesos o en cierto curso de acción. Curso particular de acción o manera de hacer algo, como, por ejemplo, los procedimientos que rigen el proceso de transferencia de pacientes. Es la descripción estandarizada y en mayor detalle de una actividad u operación. Son las guías para ejecución permanente de una misma tarea y que por sus características especiales, necesita de otras explicaciones de "cómo es hecho en la práctica diaria". Pueden estar

relacionados a los aspectos técnicos, administrativos, de enfermería, de atención médica, etc.

proceso clave: son los procesos principales a nivel del sistema que apoyan la misión y satisfacen exigencias importantes de los clientes. La identificación de procesos fundamentales permite a la organización concentrar sus recursos en lo que es importante para el cliente; sobre la base de las pruebas o el consenso de expertos (estándares o patrones), se cree que aumenta las probabilidades de obtener los resultados que se buscan con respecto de un paciente.

proceso: es un conjunto de actividades de trabajo interrelacionadas que se caracteriza por requerir ciertos insumos y tareas particulares que implican valor agregado con miras a obtener ciertos resultados.

proceso, estándar o patrón de: serie interrelacionada de acciones, eventos, acciones, mecanismos o pasos orientada hacia el logro de una meta o objetivo. Enunciado que define la capacidad funcional de una organización para prestar atención de calidad.

proceso, análisis de un: se describe como el acto de estudiar la secuencia de pasos utilizada en la obtención de un producto o servicio, con la finalidad de ofrecer una alternativa más eficiente para elaborar productos con calidad.

procesos críticos: procesos que plantean peligros graves para la vida humana, la salud y el medio ambiente, o representan un riesgo de pérdida de grandes sumas de dinero y de clientes. Los procesos críticos suelen exigir la incorporación de numerosas medidas de seguridad en el sistema de control de calidad que se está usando.

profesional de la salud, factor del: variable relacionada con el profesional de la salud considerado individualmente y que puede contribuir a la variación de los datos del indicador; suele ser controlable y objeto de un proceso minucioso de vigilancia.

programación operacional: es una técnica que consiste en construir una colección sistematizada de informaciones e instrucciones, que a manera de guía estandarizada sirva, básicamente, como referencia para la acción.

protocolo: ver norma de práctica.

proveedor o efector: Profesional de atención de salud u hospital, o grupo de profesionales de atención de salud u hospitales, que prestan sus servicios a los pacientes. Es la fuente de materiales, servicio o información que se aporta a un proceso. Los proveedores pueden ser internos o externos a una organización o grupo.

razones de capacidad de los procesos: un grupo de medidas que vinculan las necesidades del cliente con el desempeño real del proceso.

re-ingeniería: método de implementar calidad de la atención a la salud a través de la revisión o restructuración radical de los procesos institucionales, con rediseño fundamental, de arriba para abajo, de los procesos de toda la organización. El método de "atención orientada al paciente" viene siendo una estrategia de implementación para la re-ingeniería hospitalaria.

relación cliente-proveedor: la relación entre clientes y proveedores que tratan de alinear capacidades y exigencias.

requisitos: estándares o normas de desempeño asociadas con necesidades específicas y cuantificables del cliente; puede representarse por 'hágalo bien desde la primera vez'.

resistencia cultural: una forma de resistencia basada en la oposición a las posibles consecuencias sociales y organizativas relacionadas con el cambio.

resultado: resultados del desempeño (o de la ausencia de desempeño) de una función o proceso. Productos, materiales, servicios o información suministrados a los clientes (internos o externos).

retroalimentación: información aportada por el cliente acerca de como se compara el resultado del proceso con sus expectativas.

revisión por casos (o registros médicos): método para evaluar la calidad de la atención basado en el estudio de expedientes médicos individuales hecho por profesionales de la salud que emiten su opinión en cuanto a si la asistencia prestada fue de calidad aceptable. También llamada de "Auditoría Médica".

casos, combinación de: (case mix) frecuencia relativa de diagnósticos o enfermedades diferentes entre los pacientes.

rueda de Deming: ver Planificar-Hacer-Estudiar-Actuar (PHEA).

rutinas operacionales: el análisis del flujo de una actividad u operación (proceso) dentro de un sendero, donde participan individuos o agentes, en el hospital. Es el punto básico de la programación pues describe las diversas etapas del "proceso de producción" hospitalario. Necesitan siempre "agentes" y "operaciones". Se pregunta ¿Quién lo hace? (agente) y ¿Qué hace? (operación). Las "rutinas operacionales" pueden estar referi-

das al paciente, personal o suministros. A través de las rutinas operacionales podremos observar los flujos de las cosas; si las "descripciones de puestos" son realmente auténticas; cuáles son los procedimientos que faltan para redactar y aprobar; además, son el instrumento indispensable para las reformas, adaptaciones, o ampliaciones del área física del hospital, ya que es la propia programación funcional de la institución.

síntoma: "es un fenómeno observable que surge de un defecto y lo acompaña. Algunas veces, pero no siempre, se usa la misma palabra, tanto para describir el defecto como para designar un síntoma; por ejemplo, circuito abierto. Más comúnmente, un defecto tendrá varios síntomas; por ejemplo, el torque insuficiente puede incluir los síntomas de vibración, recalentamiento, funcionamiento errático, etc. (Dr. Joseph M. Juran)

sistema: un grupo de procesos y de personas interdependientes que cumplen una misión común.

sistemas, análisis de: una red de operaciones interrelacionadas en el hospital para llevar a cabo una actividad. En cierto modo, es una aplicación más general del análisis de una operación o de un proceso en la que los elementos fundamentales se examinan para determinar sus repercusiones positivas o negativas sobre los puntos de decisión en el sistema.

sitio de prueba: organización de atención de salud en la cual se prueban los indicadores para evaluar varios de sus atributos, por ejemplo, sus grados de fiabilidad, validez y factibilidad.

storyboard: técnica para presentar gráficamente la metodología usada y el progreso alcanzado por un equipo de acción de proceso. Es una pizarra destinada especialmente

a exponer información sobre quienes son los integrantes del equipo y el estado de las actividades de mejoramiento del proyecto.

suboptimizar: es el acto de dedicar energía y recursos a maximizar una parte de un proceso o sistema que socava la eficacia del proceso o sistema general.

subproceso: es el proceso integral que conforma un proceso más grande.

tarea: actividades específicas y definibles para llevar a cabo una parte asignada del trabajo, que suele terminarse en un plazo determinado.

técnica del grupo nominal: una herramienta para generar una lista de ideas u oportunidades (permite a los individuos expresar su opinión). Las prioridades se determinan mediante votación y establecimiento de categorías. La técnica del grupo nominal consta de los siguientes pasos:

- los individuos generan ideas en silencio sin discutir las previamente. Todas las ideas se escriben en una pizarra, en un rotafolio o se pegan a la pared;
- el grupo discute ideas para determinar, aclarar y combinar lo que se ha escrito;
- se somete a votación el establecimiento de prioridades, o de categorías de los diversos rubros utilizando la ponderación, la votación múltiple o una técnica similar;
- opcionalmente luego de estos pasos se realizará un debate sobre los resultados y una segunda votación.

tempestad cerebral: lo mismo que "brainstorming". La sugerencia de ideas o "tempestad cerebral" es uno de los métodos, instrumentos o herramientas que son útiles

para generar una lista de posibles áreas para mejorar la calidad. Para esto se debe seleccionar un tema específico y pedirle al público que haga sugerencias sobre el mismo. También llamada tormenta de ideas, es una técnica destinada a generar ideas que utiliza la interacción del grupo para producir muchas ideas en poco tiempo. Se pide a todos los participantes de un grupo exponer sus ideas de manera irrestricta y sin emitir juicios.

tendencia de los datos: ver configuración de los datos.

tendencia central: la tendencia que se observa en los datos que se recaban de un proceso y que consiste en aglomerarse hacia un valor intermedio, en algún lugar situado entre los niveles alto y bajo de la medida.

toma y daca (catchball): el continuo toma y dame entre niveles en torno a ciertas metas y capacidades de la organización.

transfuncionales: término usado para describir a personas o funciones de diferentes unidades organizativas que forman parte de un equipo para resolver problemas, planificar y formular soluciones que influyen en la organización como sistema.

trazado del perfil estadístico: método de evaluación de la calidad de la atención que emplea datos de grandes bases de datos como marcadores de la calidad de la atención.

trazador: indicador dinámico, que mide las diferentes fases de ocurrencia de un evento indeseable. El indicador puede ser acompañado durante todo lo recorrido o evolución de una enfermedad.

Trilogía de Jurán: "los tres procesos gerenciales usados en la gestión de la cali-

dad: planificación de la calidad, control de calidad y mejoramiento de la calidad." (Dr. Joseph M. Juran)

umbral del indicador de evento centinela: umbral de los eventos centinela que, por definición, exigen mayor estudio.

umbral o estándar mínimo (threshold): nivel al cual un estímulo es lo suficientemente fuerte para señalar la necesidad de una respuesta de la organización a los datos del indicador y el comienzo del proceso de determinar por que ha habido acercamiento o se ha cruzado el umbral.

umbral estadístico: tipo de umbral derivado de las mediciones relativas a un conjunto de datos, es decir, la media y la desviación estándar.

utilización, indicadores de: son indicadores cantitativos de producción que por si solos no miden la calidad de la atención, por ejemplo, admisión de clientes, tiempo de estancia, percentual de ocupación de camas, uso de servicios, etc.

validez nominal (face validity): medida en que el indicador y las relaciones hipotéticas tienen sentido para el usuario informado.

valor agregado: identificación de cuales partes del proceso agregan valor para el cliente de afuera.

valores: las creencias fundamentales que orientan la conducta y la toma de decisiones en la organización. Los valores enunciados pueden o no coincidir con los valores reales que se expresan mediante el comportamiento.

variación: la diferencia entre resultados individuales del mismo proceso, común o especial.

verificación de la calidad: consiste en un examen y una revisión sistemáticos e independientes para determinar si las actividades de calidad y los resultados correspondientes cumplen con los arreglos planificados, si esos arreglos se ponen en práctica de manera eficaz y si son adecuados para alcanzar los objetivos.

visión: un enunciado amplio o decisión sobre la forma que quiere tener una organización. Un estado ideal de ser en un momento futuro. Es la fotografía del futuro o el que cada uno gustaría de transformarse o alcanzar. Primer paso para implementar la calidad en las instituciones.

clasificación por criterio ponderado: una forma de establecer prioridades en una lista de asuntos, ideas o atributos mediante la asignación de criterios ponderados para juzgarlos.

votación múltiple: es una técnica para reducir una amplia lista de ideas a las que sean más importantes. Se utiliza junto a la sugerencia de ideas de la "tempestad cerebral" para identificar los pocos temas críticos que requieren atención inmediata y se puede usar en todas las etapas de la resolución de problemas o para identificar los temas claves en una discusión. Un proceso estructurado de votación utilizado para reducir un gran número de elementos, usualmente ideas, a un número más fácil de manejar para continuar el análisis y el procesamiento.

votación ponderada: una forma de establecer prioridades en una lista de problemas, ideas o atributos mediante la asignación de puntos a cada rubro sobre la base de su importancia relativa.

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
PROGRAMA DE LIBROS TEXTO Y MATERIALES DE INSTRUCCIÓN
(PALTEX)**

Tel. (202) 861-3451 - Fax (202) 861-8878

Lista de Precios en EUA\$
efectiva al 1ro. de noviembre de 1995

Código	Título	Precio
AFE01	Administración de farmacias hospitalarias	5.00
APRO1	Administración de la atención primaria de salud	5.00
CAL01	Acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe	4.00
EAD01	Epidemiología y administración de servicios de salud, 1a.edición	6.00
HOS02	Organización y procedimientos hospitalarios PROAHSA	15.00
MFE01	Métodos en farmacología clínica	6.00
SILO0	Desarrollo y fortalecimiento de sistemas locales de salud	1.00
SIL02	La administración estratégica	3.00
SIL03	La participación social	1.00
SIL05	Los servicios de laboratorio	1.00
SILOS	Sistema local de salud: Control de infecciones hospitalarias	5.00
SILOS39	Hospitales públicos: Tendencias y perspectivas	3.00
TX509	El derecho a la salud	17.00
TX519	SILOS: conceptos, métodos y experiencias	17.00
TX523	La informática y telemática	8.00
TX526	Cómo escribir y publicar artículos	13.00
TX527	Bioética	15.00
TX530	Aportes de la ética y el derecho al estudio	16.00
TX531	Cómo estudiar y probar	14.00
TX534	Investigación sobre servicios de salud	25.00
TX536	Tabaco o salud	10.00
TX539	Atención de salud para los pobres	19.00
TX540	La crisis de la salud pública	17.00
TX543	Investigación en salud	10.00
PER96	Planificación estratégica de recursos humanos	6.00
PXT19	El departamento de registros médicos. Guía para su organización. Serie Paltex N° 19	4.00
PXT17	Registros médicos y salud. Módulos de aprendizaje (5). Serie Paltex N° 17	5.00
PXE32	Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito	2.00

Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Serie HSS/Manuales Operativos
Publicaciones PALTEX
525, 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Tel. (202) 861-3451 - FAX (202) 861-8878

División de Sistemas y Servicios de Salud
525, 23rd. St., N.W.
Washington, D.C. 20037, EUA
TEL (202) 861-3200 FAX (202) 861-2648

HOSO2	Manual de organización y procedimientos hospitalarios
HSS/UNI-1	Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud
HSS/UNI-2	Manual de conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud
HSS/UNI-3	Manual de administración de recursos humanos
HSS/UNI-4	Manual de administración de recursos materiales en salud
HSS/UNI-5	Manual de administración de sistemas de suministro de medicamentos y vacunas
HSS/UNI-6	Manual de mantenimiento de servicios, instalaciones y bienes de equipos permanentes
HSS/UNI-7	Manual de administración financiera para gerentes de salud
HSS/UNI-8	Manual de pautas para el establecimiento de sistemas locales de salud
HSS/UNI-9	Manual de gerencia de la calidad en servicios de salud
HSS/UNI-10	Manual de vigilancia epidemiológica
HSS/UNI-11	Manual de vigilancia sanitaria
HSS/UNI-12	Manual de vigilancia ambiental
HSS-13	Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias
HSS-14	Manual de prototipo de educación en administración hospitalaria
HSS-15	Manual de administración de servicios de rehabilitación



ISBN: 92 75 32182 5