

GUÍAS E INSTRUMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
Organización Panamericana de la Salud



Santo Domingo, D. N.
2003

Guía #1

Metodología a Desarrollar por los Comités Intrahospitalarios para la Mejoría de la Calidad¹

Organizar el comité de mejoría de la calidad (ver guía de organización y funcionamiento del comité).

Los líderes del hospital deberán comprometerse por escrito al proceso de mejoría de la calidad. Ver instrumento: Acta de compromiso. Leer y discutir las bibliografías seleccionadas: **Guía #2** “Bosquejo para el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño del hospital” y la **Guía #3** “El trabajo en equipo en el mejoramiento de la calidad”.

Formular el reglamento interno del comité de mejoría de la calidad. Ver instrumento modelo: Reglamento interno del comité de mejoría de la calidad del Hospital Robert Reid Cabral (**Guía # 4**).

Se recomienda al comité formular participativamente **la visión** del hospital (describir el ideal razonable de lo que les gustaría que fuera su hospital en el futuro cercano. El equipo de facilitadores nacionales puede apoyarlo o cualquier especialista en desarrollo organizacional).

Luego de construir colectivamente su visión, definir **la misión** del hospital, atendiendo su ubicación en la red de servicios y su nivel de complejidad (qué es el hospital, a qué se dedica, a quiénes sirve, cómo sirven a esa población, pueden apoyarse con los facilitadores nacionales o cualquier especialista en desarrollo organizacional).

Teniendo como marco de referencia la misión del hospital y su visión, definir participativamente, a través de un pequeño taller, lo que el hospital aceptará como **calidad de su atención**. (incluya entre los participantes a los afiliados o usuarios), es decir, cuáles atributos y características deberán tener los servicios del hospital para que ellos consideren que llena las expectativas o estándares que desean o esperan los proveedores y usuarios. Si tiene dudas, **utilice la Guía #5 “construcción colectiva de la definición de la calidad”**.

A partir de la definición de **calidad aceptada y concertada por el comité** establezca los criterios, los estándares mínimos de calidad y los indicadores (vea la Guía #6 sobre Indicadores) para su medición, evaluación y monitoreo. Por ejemplo, puede utilizar: Satisfacción de los usuarios, la tasa de infecciones nosocomiales, la mortalidad hospitalaria, la mortalidad materna, la mortalidad perinatal, tasa de complicaciones posparto, % de

¹ Desarrollado por el Dr. Rigoberto Centeno, Consultor de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud PWR-DOR. Agosto del 2002.

procedimiento realizado de acuerdo al protocolo, % de historias clínicas completas, entre otros.

Como hasta el momento lo que tiene el comité es la definición de calidad, conviene saber realmente lo que pasa con la calidad en el hospital. Realice una lluvia de ideas sobre la calidad de la atención del hospital, cuáles son los problemas? Dónde ocurren? Qué piensan de la calidad los usuarios y el personal? Es coherente con las expectativas de la Ley 87-01 o con los estándares y parámetros del convenio de gestión? Es lo que espera el SENASA?

Listar los problemas más frecuentes de calidad del hospital, enumérelos.

Priorice, es decir, cuáles de ellos son verdaderos problemas, cuáles son los problemas más relevantes, asegúrese de que en estos problemas el hospital puede y tiene el deber de intervenir. Seleccione al menos 5 problemas de calidad de la atención, recuerde que ustedes los consideran los más importantes.

Describa cada problema (vea la guía sobre priorización - matriz de problemas).

Cuantifique o mida el problema priorizado (cada uno de ellos). Ver instrumentos de evaluación de la calidad de la atención. Encuesta de satisfacción de usuarios, entrevistas con el usuario, tasa de infecciones nosocomiales, tasa de cesáreas, revisión de historias clínicas, tiempos de espera, guías de autoevaluación, análisis de flujo de usuarios, entre otros. Para cada problema ejecute todo el proceso separadamente.

Explique en que consiste el problema, explique por que se produce.

Analice a quienes afecta primordialmente dicho problema.

Identifique quiénes son los responsables de que exista o se produzca ese problema.

Discuta con los responsables o involucrados en el problema cómo pueden ellos resolver dicho problema, quiénes más deben participar de la solución. Analice con ellos las posibles intervenciones o soluciones, ya sean estas soluciones totales o parciales.

Seleccione una intervención o conjunto de intervenciones que sean capaces de mejorar el problema, asegúrese de que el hospital puede realmente actuar en esa intervención(es) es decir el hospital realmente puede hacer algo por mejorar.

Señale, asigne formalmente la responsabilidad de quienes ejecutaran las intervenciones y recuérdelos que tendrán que informar al comité de los avances y resultados.

Identifique con los responsables de resolver el problema, las metas, los indicadores de éxito(vea la Guía #6) y en que tiempo obtendrán los primeros resultados.

Identifique con ellos las actividades, tareas, acciones a realizar para mejorar la situación o resolver el problema (cada problema con sus actividades, sus responsables, sus metas, sus

recursos y su tiempo, es decir, un microproyecto, utilizando la metodología de marco lógico).

Que recursos financieros y no financieros se requieren para implementar las mejoras en la situación y ejecutar las actividades.

Describa cuál sería la situación esperada o futura, si se lograra aplicar con éxito la intervención seleccionada (como se modificaría la situación o el problema identificado).

Repita el proceso con cada uno de los problemas priorizados.

El comité deberá, lo mas pronto posible, realizar una supervisión al servicio que está involucrado con el problema(s) verifique que se están ejecutando las actividades y se están obteniendo los Resultados.

Cada grupo responsable de ejecutar las actividades enviará mensualmente un informe de avance al comité de calidad.

Al finalizar el ciclo de los 5 problemas, elija otros problemas (o intervenga en los mismos sobre otros aspectos no tomados en cuenta en la primera intervención) y proceda de la misma manera. Paralelamente, vaya ajustando los microproyectos, analice que otras cosas deben introducirse a las intervenciones, continúe constantemente en la mejoría continua de la calidad. En este momento ya se notan substantivamente los resultados en todo el hospital, y un gran número del personal estará involucrado en mejorar la calidad, habrá aumentado la participación, la motivación, el orgullo de pertenecer a esta organización y los clientes comienzan a sentir la diferencia.

Guía #2

Bibliografía seleccionada²

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 \$17.774.00 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

² Tomado del Manual de Gerencia de la Calidad, OPS-OMS/fundación Kellogg Serie Manuales Paltex, 1996, adaptaciones y edición Grupo de Sistemas y Servicios de Salud, PWR-DOR.

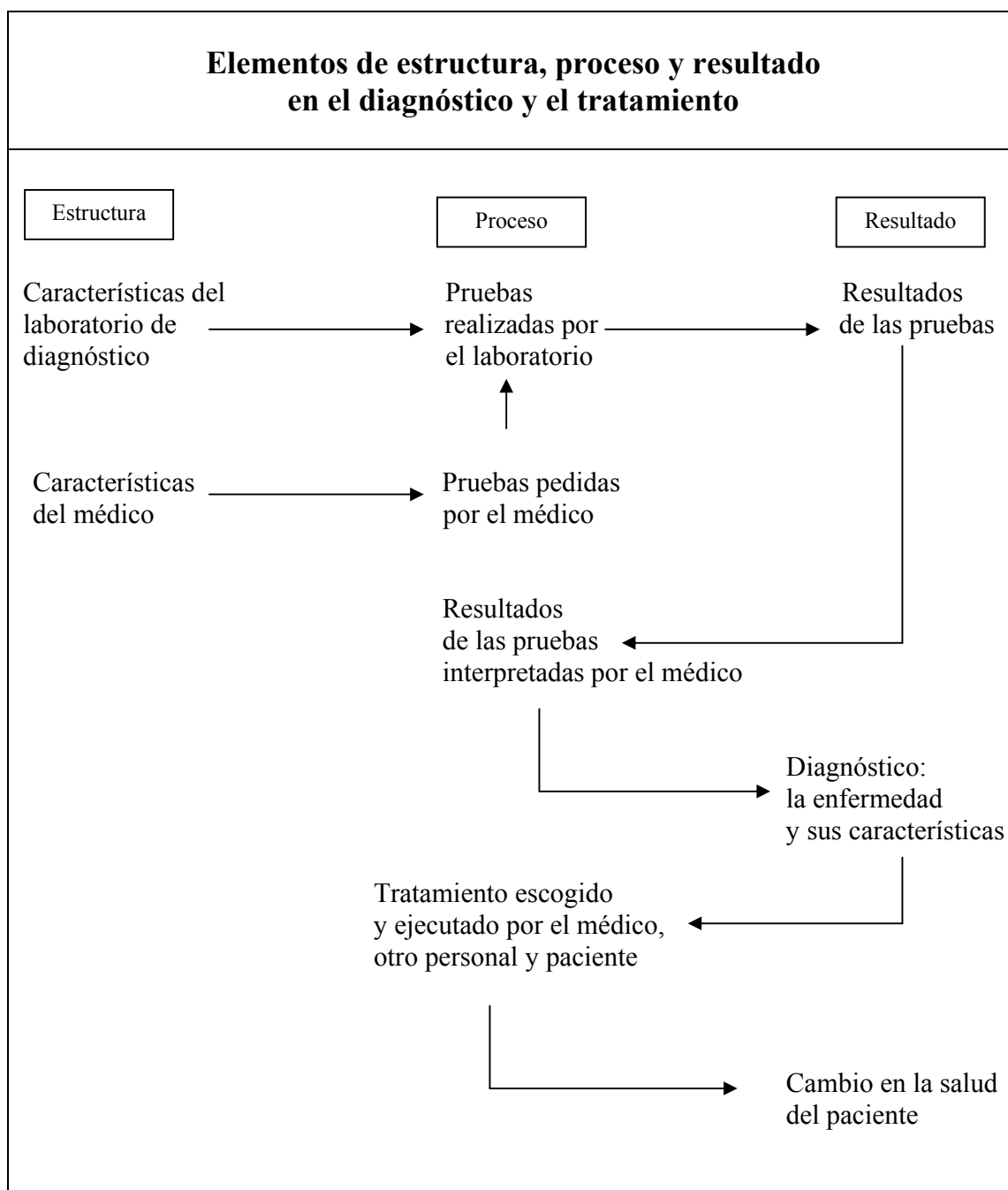
¿Quién es responsable de la calidad?

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 de más y poseer una cultura de la institución.

CUADRO 1



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. Donabedian en Quality Review Bulletin, noviembre de 1992, página 358.

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 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 identificar** 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.

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 sólo 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 metodología, 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 sólo estimular diferentes

* 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.

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 departamento 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 actúan 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.

* 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.

¿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 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 aplicaciones 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 auditoria 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 auditoria 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 auditorias 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 procesos necesarios para administrar el proyecto, aunque no deberá limitarse a eso. Es absolutamente necesario que los proporcionen estos recursos y, para la organización se beneficie de la estrategia 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).

- ¿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 concientización
- 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 (parientes, 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 concientización 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 directo del hospital o de la red de servicios, podrá ser el director del consejo, quien tendrá que participar activamente, en lugar de ser solamente un espectador.

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 liderazgo 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 será capacitado 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 2).

La calidad no refleja el desempeño de un departamento o disciplina, sino que la alta calidad

CUADRO 2
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 del 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 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 atención 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.

Guía # 3

***El trabajo de Equipo en el Mejoramiento de la Calidad³**

El uso de Equipos de alta eficiencia o rendimiento 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 mejora 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

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

³ Tomado de: Manual de Gerencia de la Calidad, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, / Fundación Kellogg. Serie: HSP-UNI/Manuales Operativos Paltex, 1996. Adaptación Técnica realizada por grupo de Sistemas y Servicios, PWR-DOR, agosto 2002

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 sólo 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 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, 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.
- 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.

Técnicas para tomar decisiones de grupo

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

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 escribe 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 vienen 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.

Guía # 4

Reglamento de Funcionamiento del Comité de Mejoría de la Calidad de Atención⁴

I. Definición objetivos y funciones

Artículo I

Definición:

El presente reglamento de régimen interno regulara el funcionamiento del Comité de mejoramiento de la Calidad Institucional, es de consideración obligatoria, por lo cual deberá ajustarse a lo estipulado en esta materia por la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social –SESPAS-, como institución rectora del Sistema Nacional de Salud, en coordinación con la Comisión Nacional de Calidad, mediante disposiciones emanadas de las diferentes Dependencias relacionadas como son la Dirección General de Hospitales y la Subsecretaría de Atención Especializada, así como del Consejo Nacional de Seguridad Social, de la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales, el Seguro Nacional de Salud –SENASA- y los organismos nacionales e internacionales de asesoramiento vinculados en materia de mejoramiento nacional de la calidad, como son entre otros.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS

Fondo de Población de las Naciones Unidas, FNUAP

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Agencia Interamericana para el Desarrollo, AID

Consejo Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, CLAP

Asociación Médica Dominicana, AMD

Sociedad Dominicana de Ginecología y Obstetricia

Sociedad Dominicana de Pediatría

Sociedad Dominicana de Infectología

Sociedad Dominicana de Medicina Interna

Asociación Nacional de Hospitales y Clínicas Privadas, ANDECLIP

En el contexto de los mandatos de la Ley General de Salud (Ley 42-01) y de la Ley 87-01 y según lo establecido en el artículo 15 del reglamento de Hospitales de la República Dominicana, el cual determina los principios, normas y políticas administrativas de carácter general, mediante las cuales debe regirse la organización y funcionamiento de los hospitales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social SESPAS del Instituto dominicano de Seguros Sociales, IDSS, además de los hospitales de las Fuerzas

⁴ Adaptado del reglamento de funcionamiento del comité de mejoramiento de la calidad institucional del Hospital Dr. Robert Reid Cabral, Santo Domingo, SESPAS, noviembre del 2000, el cual fue formulado por la empresa INYPSA, bajo contrato con FONHOSPITAL, proyecto ejecutado por la CERSS.

Armadas, FF.AA., según publicación realizada bajo decreto Número 351-99 y supervisada por la Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud –CERSS- y la Secretaría de Estado y Asistencia Social –SESPAS-.

El Comité de Mejoramiento de Gestión de Calidad y sus diferentes subcomités, son el mecanismo a través del cual los profesionales de la salud realizan una auto evaluación de la actividad asistencias. Esta concebido como la reunión de un grupo de expertos, cuyos dictámenes técnicos sirven de asesoramiento a las diferentes dependencias de la institución.

Es el núcleo central de coordinación de los demás organismos internos de asesoramiento de la calidad institucional como son entre otros los siguientes:

1. Subcomisión de Vigilancia de Muertes Maternas e Infantiles
2. Subcomisión de Infecciones Intrahospitalarias
3. Subcomisión de Historias Clínicas
4. Subcomisión de Auditoria Médica
5. Subcomisión de Investigación Editorial y Difusión
6. Subcomisión de Farmacia.
7. Subcomisión de Apoyo a la Promoción de la Salud
8. Subcomisión de Evaluación Tecnológica
9. Subcomisión de Protocolos de Atención
10. Subcomisión de Riesgos Profesionales y Seguridad Hospitalaria
11. Subcomisión de Bioética
12. Subcomisión de Integración Docente Asistencias
13. Subcomisión de Compras

Artículo 2:

Objetivos:

El objetivo general se traduce en el mejoramiento de la estructura, procesos resultados, impactos y satisfacción de los usuarios, como consecuencia de la implementación de un Plan de Mejoramiento de Calidad y un desarrollo estratégico de su aplicación, desarrollado en un programa de mejoramiento continuo de la calidad institucional.

El objetivo específico del mismo es promover y ejercer actividades dirigidas a garantizar el mejoramiento de la calidad en el ámbito del mejoramiento Hospitalario.

Artículo 3:

Funciones del Comité de Mejoramiento de Calidad:

Elaboración del proyecto " Plan de Mejoramiento de Calidad Institucional "

1. Ajustar la Estrategia del Plan de Mejoramiento Institucional, en actividades reguladas al corto, mediano y largo plazo, identificando los escenarios, procesos y productos relacionados.
2. Elaborar los indicadores en estructura, proceso y resultado de la calidad institucional
3. Actualizar en la institución los criterios y estándares del mejoramiento de la calidad hospitalaria.
4. Detectar y jerarquizar los problemas
5. Evaluar los problemas y analizar sus causas.
6. Diseñar y proponer las medidas correctivas.
7. Formular las recomendaciones.
8. Efectuar el seguimiento de las medidas correctivas.
9. Incorporar a las unidades asistenciales en los estudios de evaluación.
10. Coordinar la conformación de las cuatro comisiones consideradas de carácter obligatorio como son: Mortalidad Materno Infantil, Infecciones Nosocomiales, Historias Clínicas y Farmacia.
11. Hacer los estudios de factibilidad correspondientes para la creación y reactivación de otras subcomisiones involucradas en el área de desempeño del mejoramiento de la calidad y previstas en la estrategia de implementación del Plan de Mejoramiento de la Calidad Institucional.
14. Coordinar lo pertinente a actualización bibliográfica y documental específica de Mejoramiento de Calidad con las Comisiones constituidas.
15. Implementar una metodología específica para el abordaje y solución de los problemas identificados en el diagnóstico situacional de la Calidad Institucional.
16. Promover procesos de capacitación continua a los integrantes de las comisiones establecidas y por su conducto hacer un efecto multiplicador hacia las diferentes Unidades funcionales del hospital.

17. Reglamentar las funciones de las Subcomisiones de carácter obligatorio y no obligatorio, siguiendo los esquemas establecidos por la Normativa Nacional y editadas por la serie Normas Nacionales de la Secretaria de Salud pública y Asistencia social SESPAS, cuya actualización y nuevas publicaciones corresponden a las siguientes dependencias o sus equivalentes técnicos en el futuro.:

Dirección Nacional de Salud.

Dirección General Materno Infantil y Adolescente.

Dirección General de Planificación y Sistemas de Salud.

Dirección General de Hospitales.

Dirección General de Epidemiología.

Dirección General de Atención Primaria en salud.

Dirección General de Promoción y Educación en salud.

Consejo Nacional de Población y Familia.

Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA

Departamento Nacional de Laboratorios y Banco de Sangre.

Programa Ampliado de Inmunizaciones

II. Composición y Funcionamiento

Artículo 4:

1. Su composición se fijará atendiendo los requerimientos esenciales que en materia de Recursos Humanos señala el nivel Central de calidad para todo el territorio Nacional.
2. Los miembros integrantes del comité de Mejoramiento Institucional son los dirigentes y líderes del hospital, deben representar a todos y cada uno de los clientes externos e internos, y potenciales de la institución, recomendado el siguiente modelo de integrantes, los cuales a manera de unidad funcional y preservando el principio de la equidad, deberán establecer e identificar de forma personalizado el talento humano el cual representan.

Director del Hospital

Subdirector Médico

Subdirector Administrativo/gerente administrativo

Jefe o Representante del Departamento de Epidemiología

Jefe o Representante del Departamento de Medicina

Jefe o Representante del Departamento de Pediatría

Jefe o Representante del Departamento de Cirugía

Jefe o Representante del Departamento de Gineco-Obstetricia

Jefe o Representante de la Unidad Funcional Diagnóstica

Jefe o Representante del Departamento de Enfermería

Jefe o Representante del Departamento de Educación Médica

Representantes de la Comunidad/afiliados del SDSS.

3. Coordinador del Comité de Mejoramiento

El Director de la Institución es el director/coordinador en funciones del comité, o por delegación el subdirector médico de la institución o quien se elija entre los miembros que conformen dicha comisión.

4. Secretario.

Se elegirá entre los miembros que componen dicha Comisión.

Artículo 5:

La programación de las reuniones se hará periódica, en función del programa de trabajo establecido, fijándose día y hora de cada reunión, por consenso, siempre que sea posible. El Comité es de carácter permanente, los miembros deberán reunirse periódicamente, como mínimo una vez al mes.

Las reuniones de carácter extraordinario, podrán promoverse cuando el coordinador o la tercera parte de los miembros del comité lo considere necesario. Cuando el coordinador reciba solicitud para la celebración de una reunión extraordinaria, determinará su celebración en un plazo máximo de cinco días hábiles, a partir de la fecha de recepción de la misma.

La convocatoria de las reuniones se realizará mediante escrito dirigido a cada uno de los miembros del comité, con una antelación mínima de siete días a la fecha de convocatoria, en la misma se incluirá el orden del día y la documentación de soporte a los puntos a tratar.

Temática puntual y de carácter urgente, podrá ser incluida en el orden del día, si al inicio de la reunión el coordinador en funciones o un tercio de los miembros del comité lo propusiera, siendo necesaria la aprobación por la mayoría absoluta de los asistentes.

El Comité será válidamente constituido con la concurrencia de al menos la mitad mas uno de sus componentes.

Artículo 6

Los acuerdos de las reuniones del Comité, serán válidos, siempre que sean aprobados por la mayoría absoluta de los miembros asistentes, en caso de igualdad de votos a favor y en contra, decidirá el coordinador en funciones. Siempre que el Comité lo considere oportuno, se informará sobre los acuerdos obtenidos a la totalidad del recurso humano de la institución.

Artículo 7

El registro de las actividades del Comité se reflejará en los siguientes documentos:

- I. Actas de las reuniones.
2. Informes realizados por el Comité.
3. Normas dictadas por el Comité.
4. Correspondencia mantenida con los órganos de la Dirección Nacional, Provincial, Dirección Estratégica, Dirección Operativa.

Artículo 8

1. Funciones del coordinador del Comité de Mejoramiento de Calidad:
2. Presidir y moderar todas las reuniones del Comité.
3. Dirigir los programas de trabajo del Comité.
4. Solicitar la asistencia de expertos en determinadas materias para aquellas reuniones del Comité donde se requiera el asesoramiento de los mismos.
5. Visar las Actas de todas las reuniones.
6. Representar el comité siempre que sea necesario.
7. Realizar los acuerdos en los que se precisa su intervención.

Artículo 9

Funciones del Secretario:

Ordenar la convocatoria de la reunión y establecer el orden del día.
Preparar la documentación necesaria para cada una de las reuniones.
Enviar la convocatoria de la reunión a cada uno de los miembros del Comité.
Redactar las actas de las reuniones.
Archivar los documentos.

Artículo 10

Derechos de los Miembros del Comité:

Participar en cuantas reuniones celebre el comité.
Recibir la información precisa con antelación suficiente para el conocimiento de los temas a tratar.
Opinar y decidir con, su voto cuando el tema así lo requiera.
Disfrutar de los permisos necesarios para el ejercicio de sus funciones como miembro del Comité, con previa justificación y autorización del conducto regular superior pertinente.

Artículo 11

Modificaciones y Actualizaciones:

Este Reglamento podrá ser modificado en todo o en parte, por iniciativa de la mitad más uno de los miembros del Comité, teniéndose en cuenta que cualquier modificación no podrá estar en contravención con lo establecido por la ley y reglamentado por las estructuras mencionadas en el artículo 1 del presente documento.

COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.

Se expide en..... República Dominicana a los..... del mes de del año

Guía #5

Guía para realizar el taller para la construcción colectiva de la definición operativa de calidad.⁵

Bienvenida. Presentación de objetivos del taller. Director medico/líder del proceso de mejoría de la calidad.

1. Lluvia de ideas sobre definición de calidad.
2. Identificar, y consensuar las ideas comunes o principales de la definición de calidad
3. Contrastación con otras definiciones.
4. Algunas definiciones de calidad:

"La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios".

-Avedis Donabedian, 1980

"...el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un -impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición"

-M.I.Roopmer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1988

"Hacer lo correcto en la forma correcta, de inmediato"

W. Edwards Deming

"Es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario"

-Programa E.M.C. Chile

"Calidad es la idoneidad, aptitud o adecuación al uso. Es la propiedad de un bien o servicio que contribuye a satisfacer las necesidades de los clientes. Está determinada por aquellas características reconocidas por el consumidor como beneficiosas para él".

_Juran

⁵ Desarrollada conjuntamente por la SESPAS, el Instituto Técnico de Santo Domingo(INTEC) y la OPS/PWR-DOR.

"La calidad total es el conjunto de principios, de métodos organizacionales y de estrategia global que intentan movilizar a toda la organización con el fin de obtener una mejor satisfacción del cliente al menor costo".

"El concepto de Calidad, aplicado a la atención médica, hace referencia a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de Asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de servicios de salud".

5. Construcción colectiva de la definición a ser asumida por el grupo
6. Disección de definición en busca de las dimensiones de la calidad que posee

Dimensiones de la calidad:

- Competencia profesional
- Acceso a los servicios (incluye la integralidad e integración de los servicios)
- Eficacia
- Satisfacción del cliente (respeto, confidencialidad, cortesía, comprensión y compenetración, la manera de escuchar y comunicarse)
- Eficiencia
- Continuidad
- Seguridad
- Comodidades

- Discusión de términos: paciente, cliente, usuario, consumidor. Lluvia de ideas y análisis del significado social de cada uno de esos términos.

7. Síntesis colectiva de e la definición a ser asumida.
8. Selección de indicadores que pueden medir los elementos y componentes de la definición de calidad asumida. (En cada una de las dimensiones.)
9. Propuesta: Evalúe el nivel de calidad, según la nueva definición, que ofrecen los servicios de pediatría, obstetricia, emergencia, cirugía y sala de partos.

Guía #6

Bibliografías Seleccionadas⁶

“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 suplementaria 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

⁶ Tomado del Manual DE gerencia de la Calidad, OPS/OMS/Fundación Kellogg. Serie HSP-UNI/Manuales Paltex,1996. Adaptado por el grupo de Sistemas y servicios de la PWR-DOR

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

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.
- 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 sólo 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 institución debe tener presentes algunos factores importantes.

Selección de indicadores

Existen varios tipos de indicadores:

9 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.**

9 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 1ª 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 1 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 1
Funciones a considerar en la selección de indicadores

Atención al paciente

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

Funciones de la institución

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

Estructuras con funciones importantes

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

Fuente: Fratnetwork for Improving Performance. From Principles to Practice. The Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations, Oakbrook Terrace, IL, 1994, página 20.

CUADRO 2
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 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. Bolir, 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 ilustrativo 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.

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 1 I).

CUADRO 3

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.

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

- 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 4

Definición de términos del indicador de mortalidad postoperatoria por derivación coronaria

Término	Definición
1. Mortalidad postoperatoria	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 del proceso o el resultado de la atención a cuya medida se destina.

Por ejemplo, considérese el indicador 11 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 postoperatoria 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 5

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 documentos de egreso	Portada de los registros médicos, certificado de 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 6

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) y	2. Portada de los registros médicos Sistema de facturación Registro del Departamento de Emergencias
3. Procedimientos = craneotomía (1,24 [excluida la trepanación solamente] y 02.02) y	3. Portada de los registros médicos Informe del quirófano Sistema de facturación Registro del Departamento de Emergencias
4. a. Hora de iniciación de la craneotomía menos (-)	4 ^a . Registro preparatorio Registro de anestesia
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	5 ^a . 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 postoperatoria por derivación coronaria.

Esos factores suelen ser explicaciones aceptables de las variaciones de los datos del indicador. Sin embargo, debe haber una delimitación 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).

CUÁDRO 6

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

Factores relacionados con los pacientes

1. Gravedad de la enfermedad: disyunción 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 insulino dependiente, cardiopatía congestiva, vasculopatía periférica 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 médico.

- Los términos explicados en la sección sobre "definición de términos" del formulario de establecimiento de indicadores deben volver a anunciarse 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 1 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 medio 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.

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.

El apéndice C contiene parte de las pautas para el diagnóstico y tratamiento del asma formuladas por el programa nacional de educación 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. "

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 decimotercera

- producir resultados clínicos multidisciplinarios;
- 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 cuestionadas;
- 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.

Decimasexta 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.

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

Guía #7

Entrevista con el/la Paciente Interno/a

Fecha: _____

Hora de la entrevista: _____

Afiliado al Régimen _____ ARS: _____

Servicio en que está ingresado(a):

- | | | | |
|---------------------|----------------|--------------|----------------|
| 1. Medicina General | 2. Pediatría | 3. Cirugía | 4. Ginecología |
| 5. Medicina Interna | 6. Obstetricia | 7. Ortopedia | 8. Otras |

Entrevistado	Paciente (si fuera diferente del entrevistado/a)
Sexo: _____ Edad: _____	Sexo: _____ Edad: _____
1. Masculino	1. Masculino
2. Femenino	2. Femenino

1. Paraje y sección o barrio donde vive _____
2. UNAP _____
3. ¿Hasta que curso llegó? _____
4. ¿Cuántos días tiene interno(a)? _____
5. ¿Por qué está interno(a)? _____
6. ¿Le han explicado su diagnóstico? Si No
7. ¿Cómo se llama su médico? _____
8. ¿Le han hecho análisis de laboratorios? Si No
9. ¿Le han hecho radiografías? Si No
10. ¿Le han hecho otros estudios? Si No

11. ¿Qué le parece la manera en que lo han atendido o están atendiendo?
 Por ejemplo, está muy satisfecho, satisfecho, un poco satisfecho o insatisfecho?

- | | | |
|-------------------------|--------------------|-----------------|
| 0. No sabe, no contesta | 1. Muy satisfecho | |
| 2. Satisfecho | 3. Poco Satisfecho | 4. Insatisfecho |

12. ¿Por qué razón está (in)satisfecho?
 (Señale todas las respuestas que se den. El entrevistado puede haber señalado más de una razón)

RAZONES DE SATISFACCION	<input type="checkbox"/>	RAZONES DE INSATISFACCION	<input type="checkbox"/>
Me han tratado bien	<input type="checkbox"/>	Mal trato	<input type="checkbox"/>
Enfermeras atentas	<input type="checkbox"/>	Enfermeras desatentas	<input type="checkbox"/>
Enfermeras	<input type="checkbox"/>	Enfermeras incompetentes	<input type="checkbox"/>
Componentes (medicamentos, inyecciones, curas, suero, cambian de sábanas, aseo del enfermero/a, otros, a tiempo)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Médico pasa visita diario y le explica como está evolucionando	<input type="checkbox"/>	Médico no pasa diario o si pasa no me explica como estoy	<input type="checkbox"/>
Laboratoristas competentes(le han tomado muestra para análisis, le han reportado los Resultados, otros)	<input type="checkbox"/>	Laboratoristas incompetentes	<input type="checkbox"/>
Le ponen los medicamentos que necesita	<input type="checkbox"/>	Tengo que comprar los medicamentos	<input type="checkbox"/>
Comida es buena	<input type="checkbox"/>	Comida es mala	<input type="checkbox"/>
Habitación es cómoda	<input type="checkbox"/>	Habitación incómoda	<input type="checkbox"/>
Hay higiene	<input type="checkbox"/>	No hay higiene	<input type="checkbox"/>
Hay privacidad	<input type="checkbox"/>	No hay privacidad	<input type="checkbox"/>
Mi familia puede visitarme	<input type="checkbox"/>	Mi familia no puede visitarme	<input type="checkbox"/>
Puede quedarse alguien a acompañarme en la noche	<input type="checkbox"/>	No puede quedarse nadie conmigo en las noches	<input type="checkbox"/>
Otras razones. Indique cuál	<input type="checkbox"/>	Otras razones. Indique cuál	<input type="checkbox"/>

13. ¿Está tranquilo(a) con su condición o está preocupado(a)

Tranquilo Preocupado

14. ¿Por qué? _____

15. ¿Le han explicado como seguir cuidándose cuando le den de alta?

Si No

16. ¿Es cómodo para usted el horario de visita del hospital?

Si No ¿Por qué? _____

17. ¿Qué es lo que más le gusta del hospital? _____

18. ¿Qué es lo que menos le gusta del hospital? _____

19. ¿Volvería a atenderse (su hijo) en este hospital?

Si No ¿Por qué? _____

20. ¿Qué recomendaría para mejorar los servicios del hospital?

21. ¿Le gustaría decirnos algo más? _____

Comentarios del entrevistador/a _____

Guía #8

Análisis de flujo de usuarios/as⁷

Número de afiliado _____ Servicio visitado: _____

Motivo de la visita: _____

Hombre __ Mujer ____ Niño(a) _____

Visita primera en el Año _____ Visita de seguimiento _____

Hora de llegada: _____

Procedencia
municipio _____ paraje _____ Calle/barrio _____

Contactos	servicio	Hora de inicio	Hora de finalización	Tiempo total
Primer				
Segundo				
Tercer				
Cuarto				
Quinto				
Sexto				
Séptimo				

Comentarios _____

Instructivo para la aplicación del instrumento de análisis de flujo de usuarios/as (AFU)

El análisis de flujo de usuarios(as) (AFU) es una herramienta adecuada para analizar la eficiencia del hospital Permite identificar problemas en el tiempo de espera de los

⁷ Desarrollado en forma conjunta entre el Instituto Tecnológico de Santo Domingo, El Hospital Luis Morillo King de la ciudad de la Vega y el grupo de sistemas y servicios de la OPS-OMS /PWR-DOR

usuarios(as) de los servicios o en la utilización del personal, como parte del ejercicio de autoevaluación.

El análisis de flujo (AFU) de usuarios describe el flujo de usuarios y el uso del tiempo Personal en un servicio.

¿Qué puede hacer el AFU?

EL AFU PUEDE	EL AFU NO PUEDE
Identificar cuellos de botella	Ofrecer la mejor solución para el cuello de botella
Identificar los lapsos en el tiempo de contacto con el usuario.	Explicar que hacia el personal en dicho tiempo
Identificar contactos no realizados	Explicar por qué no se realizaron los contactos
Identificar contactos con el usuario no programados	Informar el motivo de los contactos extras
Ofrecer estimativas de costos de personal	Decir si los costos de personal son razonables
Medir el tiempo de espera de los usuarios	Afirmar si estas esperas son razonables
Estimar el tiempo que los usuarios demoran en cada contacto	Evaluar la calidad de atención en cada contacto
Demostrar el efecto de los cambios operacionales del servicio en el flujo de usuarios	Analizar si el efecto es conveniente

Realización del análisis del flujo de usuarios

Para realizar el AFU debe seleccionarse el personal que trabajará en el mismo. Debe incluirse en este grupo todo el personal que tenga contacto directo con los usuarios(as) de los servicios que se vayan a evaluar, incluyendo el personal que tiene el primer contacto con los usuarios (recepción, archivo, etc.) enfermería, médicos, educación, farmacia, trabajo social, etc.

Antes de la realización el AFU, el personal que esté trabajando debe sincronizar sus relojes.

Los formularios se numeran de manera consecutiva antes de iniciar el ejercicio.

El día seleccionado para la aplicación del AFU, la persona que tiene el primer contacto (persona que entrega los tickets) anota la hora de llegada de cada usuario en un formulario de registro y lo entrega al usuario(a), explicándole que entregue esa hoja en archivo cuando va a sacar el récord.

El personal de archivo registra el sexo y el servicio que vino a buscar la persona, anota el servicio, la hora de inicio del contacto y la hora de finalización y le explica que entregue la hoja en todos los servicios que visite en el día y que antes de salir la entregue en el archivo o a una enfermera, pero que no se lleve la hoja, ya que esa información ayudará al hospital a mejorar la calidad de los servicios que brinda.

Si **se ofrece alguna charla** el personal pondrá el nombre del servicio. La hora de inicio y la de finalización en la hoja de cada una de las personas que participaron en la actividad educativa.

Al entrar a la consulta el médico o la enfermera escribe el nombre del servicio y la hora de inicio y al finalizar la atención escribe la hora de finalización. Lo mismo hace el personal de laboratorio y farmacia. Si el usuario(a) utiliza esos servicios.

En el espacio para comentarios se escribe cualquier nota o aclaración que cualquier integrante del equipo considere pertinente. Antes de salir del establecimiento se recoge la hoja y se le entrega a la persona del comité de calidad responsable del AFU.

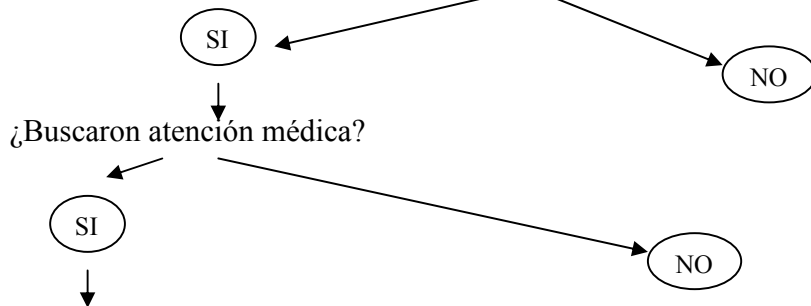
Guía #9

Encuesta a usuarios potenciales del área de influencia del hospital sobre opinión y utilización de los servicios⁸

Fecha _____ Municipio _____ Sección y paraje/barrio _____ UNAP _____

Nombre del entrevistado _____

1. ¿Se ha enfermado usted o alguno de su familia en los últimos tres meses?



¿Dónde fue?

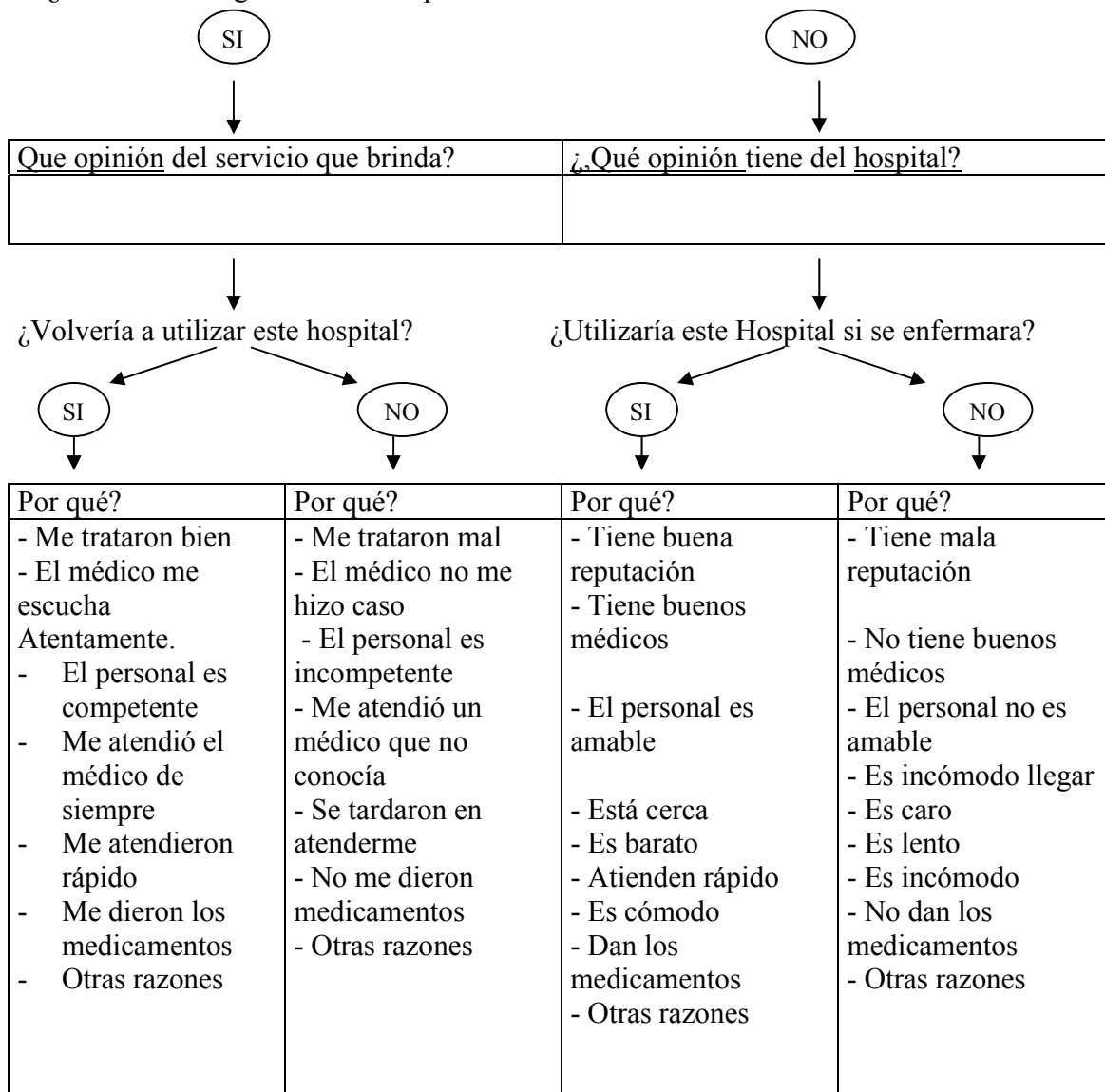
Hospital _____
Otro centro público ¿cuál _____?
Centro Privado ¿Cuál? _____
Otro _____

¿Por qué?

No era grave/no le dio importancia _____
Se automedicó _____
Falta de tiempo _____
Falta de Dinero _____
Otras razones _____

⁸ Desarrollado en forma conjunta entre el Instituto Tecnológico de Santo Domingo, El Hospital Luis Morillo King, de la ciudad de La Vega y el grupo de Sistemas y servicios de la OPS-OMS/PWR-DOR

2. ¿Ha utilizado alguna vez el Hospital



Instructivo para la aplicación del Instrumento:

ENCUESTA A USUARIOS POTENCIALES DEL AREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL

El personal que se seleccione para aplicar este formulario debería ser de preferencia personal comunitario como son los miembros de las UNAPS o vinculado a la comunidad como es el caso de trabajo social o educación para la salud. La encuesta se hará en los hogares, seleccionándolos de manera sistemática en las secciones o barrios y manzanas previamente seleccionadas y que le han sido asignadas.

Es **importante** que porte su identificación y que no use ropas que puedan ser identificadas con ningún partido político.

Al llegar a un hogar seleccionado para ser encuestado, preséntese e informe al jefe(a) de hogar o a la persona que le reciba, el motivo de su visita. Infórmele que el hospital _____ está haciendo una encuesta para recoger la opinión de la población sobre los servicios que brinda y que esta información se utilizará en los planes de mejoría de la calidad de la atención. Haga énfasis en el carácter confidencial de la entrevista y que su nombre o dirección no se utilizará.

Las preguntas deben hacerse en un tono neutro tratando de no influenciar la respuesta que nos brindan los usuarios/as potenciales.

Escriba la fecha en que está aplicando el formulario, el municipio, la sección y paraje si es en zona rural y el barrio si es en zona urbana y el nombre del ESAF que corresponde a ese sector. Si la persona no sabe o no existe un ESAF en ese sector escriba lo que corresponda (no sabe o no existe) en ese espacio.

Ponga su nombre _____

Pregunta # 1. Pregunte al entrevistado(a) si ella o alguno de la familia se ha enfermado en los últimos tres meses. Si la respuesta es **SI**, marque esta opción con una cruz y continúe a la próxima pregunta tal como la flecha le indica. Si la respuesta es **NO** pase a la pregunta 2.

Si alguno ha enfermado, pregunte entonces si buscaron atención médica:

- **Si la respuesta es SI** marque esa opción y pregunte dónde fue? Marque la opción encerrando el número correspondiente en un círculo.

En el caso de que sea a un centro privado o a otro público especifique el lugar en el espacio correspondiente.

- **Si la respuesta es no**, marque el círculo con esta opción y pregunte por qué. Marque la opción que corresponda a la respuesta que reciba. Si recibe una respuesta no contemplada en el formulario, escríbala en el espacio que corresponde a otras razones.

Pregunta #2. Pregunte al entrevistado(a) si ha utilizado alguna vez el Hospital.....

- **Si la respuesta es si**, pregunte y registre en el espacio disponible la opinión que tiene del servicio que brinda el hospital y pase entonces a preguntar si volvería a utilizar este hospital. Pregunte por qué y marque la razón o las razones que le ofrezca el entrevistado(a) para volver o para no volver. Guíese de las flechas para saber cuál es el bloque de opciones que corresponde.
- **Si la respuesta es no**, pregunte que opinión tiene del hospital por referencia y regístrela en la casilla correspondiente. Pregunte entonces si utilizaría el hospital en caso de necesitar atención de salud y registre la respuesta. Pregunte por qué y registre la razón ofrecida por el entrevistado(a) encerrando en un círculo la opción que corresponda.
- Si el entrevistado(a) ofrece otra razón o razones no contempladas en el listado escríbalas en el espacio que corresponde a otras razones.

De las gracias por su **cooperación**.

Guía #10

Entrevista con el Usuario/a después de la Consulta

El personal que se seleccione para apocar este formulario debería ser de los que no estén involucrados en el servicio sobre el que se está indagando su opinión. Debe hacerse hincapié en la importancia de recoger la opinión libre y sin coacción de los usuarios/as de los servicios para poder ser efectivos en la implementación de acciones que mejoren la calidad de los servicios brindados en este hospital.

Las preguntas deben hacerse en un tono neutro tratando de no influenciar la respuesta que nos brindan los usuarios/as.

Instrucciones: Preséntese al usuario/a. Explíquelo que la finalidad de la entrevista es saber la opinión de los usuarios acerca de los servicios ofrecidos en este hospital y solicitarles sus sugerencias para mejorarlos. Haga énfasis en el carácter confidencial de la entrevista y que su nombre no se utilizará. Registre cualquier información adicional que el usuario/a ofrezca.

a) Registre la fecha

b) Registre la hora en que está haciendo la entrevista

c) Registre el servicio en el que fue atendido el entrevistado/a, encerrando en un círculo la opción que corresponda

- | | | | |
|---------------------|--------------|---------------|----------------------|
| 1. Medicina General | 2. Pediatría | 3. Cirugía | 4. Ginecoobstetricia |
| 5. Medicina Interna | 6. Ortopedia | 7. Emergencia | 8. Otras) |

d) Registre el sexo de entrevistado o entrevistada encerrando en un círculo el número que corresponde (1 si es masculino y 2 si es femenino) .

Entrevistado

Sexo: Edad: _____

1- Masculino

2- Femenino

e) Si el entrevistado o entrevistada viene a acompañar a otra persona registre el sexo y edad del/la paciente

Paciente (si fuera directamente el entrevistado/a)	
Sexo:	Edad: _____
1- Masculino	
2- Femenino	

1. Registre el paraje y sección donde vive e/la entrevistado si viven en zona rural o el barrio si vive en zona urbana. Favor especificarlo.

Registre el nombre de la Unidad de Atención Primaria (UNAP) del sector donde vive. Si no sabe lo que es una UNAP o no conoce la UNAP a la que corresponde, deje ese espacio sin llenar.

2. Registre el último curso aprobado por el/la entrevistado/a

3. Pregunte y registre a que hora llegó al hospital

1. Pregunte por qué acudió hoy al hospital y marque con una X la opción que corresponda en la casilla correspondiente

Estaba enfermo/a	<input type="checkbox"/>	Chequeo embarazo	<input type="checkbox"/>
Visita de seguimiento enfermedad conocida (tenia cita para chequeo)	<input type="checkbox"/>	Buscar método anticonceptivo	<input type="checkbox"/>
Mi niño/a estaba enfermo	<input type="checkbox"/>	Chequeo después del parto	<input type="checkbox"/>
Control de crecimiento de mi niño/a o Vacunación	<input type="checkbox"/>	Chequeo de mi niño/a después de tratamiento	<input type="checkbox"/>
Acompañar a otra persona (especificar)	<input type="checkbox"/>	Cura o inyección	<input type="checkbox"/>
Hijo(a)Nieto(a)/Papá/mamá/esposo(a)amiga)/Otro(a)		Análisis	<input type="checkbox"/>
Otra			<input type="checkbox"/>

5. Pregunte y marque si la persona obtuvo lo que vino a solicitar en la opción que corresponda (Si ó No).

Si la respuesta es no pregunte ¿por qué?

6. Pregunte que le pareció la manera en que lo atendieron. Por ejemplo, se quedo muy satisfecho, satisfecho, un poco satisfecho o insatisfecho. Marque la respuesta que le den encerrando la opción correspondiente en un círculo

No sabe, no contesta

Muy satisfecho

Satisfecho

Poco Satisfecho

Insatisfecho

7. Si el entrevistado/a le contestó que estaba satisfecho pregunte la razón de la satisfacción y marque la o las respuestas que le den. Si contestó que quedó insatisfecho pregunte la razón de su insatisfacción y marque la respuesta correspondiente. Si el usuario/a tiene dificultad en encontrar una razón léale las opciones y anímelo a expresar su opinión.

RAZONES DE SATISFACCION

RAZONES DE INSATISFACCIÓN

Me trató bien	<input type="checkbox"/>	Mal trato	<input type="checkbox"/>
Me escucho atentamente	<input type="checkbox"/>	No ponía atención	<input type="checkbox"/>
Fue amable	<input type="checkbox"/>	No fue amable	<input type="checkbox"/>
Competencia técnica	<input type="checkbox"/>	Incompetencia técnica	<input type="checkbox"/>
Es el médico de siempre	<input type="checkbox"/>	Médico nunca visto antes	<input type="checkbox"/>
Me atendió rápido	<input type="checkbox"/>	Se tardó en atenderme	<input type="checkbox"/>
Me dio medicamentos	<input type="checkbox"/>	No me dio medicamentos	<input type="checkbox"/>
Vio todos los enfermos que traje	<input type="checkbox"/>	Traje 2 enfermos y vio 1	<input type="checkbox"/>
Otras razones. Indique cual	<input type="checkbox"/>	Otras razones. Indique cual	<input type="checkbox"/>

8. Pregunte si dejó el doctor que estuvieran entrando y saliendo otras personas del consultorio y si le molestaron las interrupciones. Registre la respuesta en la casilla correspondiente

9. Pregunte al entrevistado/a si el médico/a con que se consultó le preguntó que se sentía. Registre la respuesta en la casilla correspondiente

10. Pregunte al entrevistado/a si el médico/a le explicó lo que tenía o lo que tenía el paciente que vino a acompañar si este fuera el caso. Registre la respuesta en la casilla correspondiente

11. Pregunte al entrevistado/a si el médico/a le explicó como seguir el tratamiento o tomar los medicamentos. Registre la respuesta en la casilla correspondiente
12. Pregúntele al entrevistado(a) si entendió lo que le dijo el médico/a sobre su enfermedad, condición o sobre el tratamiento que le indicó. Registre la respuesta en la casilla correspondiente.
13. Pregúntele al entrevistado(a) si el médico/a le preguntó si tenía alguna duda o si necesitaba alguna aclaración. Registre la respuesta en la casilla correspondiente
14. Pregunte qué es lo que más le gusta del hospital. Registre la respuesta que reciba.
15. Pregunte qué es lo que menos le gusta del hospital. Registre la respuesta que reciba.
16. Pregunte al entrevistado/a su opinión sobre el personal de salud que lo atendió. Pregunte si fueron amables y si lo atendieron rápido. Marque la opción (si o no) en la casilla correspondiente con una X.

Personal	Amable		Lo atendió rápido		Otra opinión
	Si	No	Si	No	
Portero					
Recepción					
Estadística					
Estadística					
Médicos					
Enfermeras					
Laboratoristas					
Farmacia					
Otros					

17. Pregunte si el horario en que se brindan los servicios que vino a buscar es cómodo para él o ella. Marque la opción que corresponda. Si la respuesta es no, registre la hora más conveniente para el entrevistado(a).
18. Pregunte en general que opinión tiene del hospital. Léale las opciones y marque la o las que considere el entrevistado(a). Si la persona entrevistada no está de acuerdo con las opciones leídas deje el espacio en blanco.

Es cómodo

Limpio

Es fácil para él

Es caro

El personal es amable

Otra opinión _____

19. Pregunte si volvería a atenderse en este hospital o si volvería a traer a la persona que trajo, si este fuera el caso. Pregunte y registre las razones de su respuesta, tanto si es positiva como si es negativa.

20. Pregunte y registre las recomendaciones que tendría el/la usuario/a a que estamos entrevistado.

21. Registre cualquier comentario adicional que tenga el entrevistado/a

Si hay alguna observación, peculiaridad o característica importante en este formulario o entrevista incluya sus comentarios en este espacio

Agradézcale su cooperación

Guía # 11

Guías para la Autoevaluación⁹

Estas 11 guías e instrumentos están diseñadas para la **autoevaluación**, aplicables para el establecimiento (1-2) para el usuario/a (3-8) para el personal (guías 9-10-11):

En el ámbito de establecimiento:

1. Proceso de garantía de la calidad
2. Guía de autoevaluación del internamiento

En el ámbito de los(as) usuarias(os)

3. Derecho de los usuarios(as)/afiliadas(os) a la información
4. Derechos de los usuarios(as) al acceso
5. Derecho de los usuarios(as)/afiliadas(os) a la elección
6. Derecho de los usuarios(as)/afiliadas(os) a la seguridad
7. Derecho de los usuarios(as)/afiliadas(os) a la privacidad y a la confidencialidad,
8. Derecho de los usuarios(as)/afiliadas(os) a la comodidad, a su dignidad, a emitir su opinión y ser oídos.

Para los proveedores o clientes internos

9. Derechos del personal a tener las el equipo, la infraestructura y los suministros adecuados, según la medicina basada en la evidencia y el PBS.
10. Derechos del personal a tener una adecuada gestión y supervisión.
11. Derechos del personal a recibir información a tener una adecuada capacitación y al desarrollo.

⁹ Desarrollado por el Instituto Tecnológico de Santo Domingo en Asociación con la OOPS-OMS /Grupo de Sistemas y Servicios de la PWR-DOR y los Hospitales Morrillo King de la ciudad de la Vega, H. Antonio Musa, de la Ciudad de San Pedro de Macorís y el Hospital San Lorenzo de Los Mina del municipio de Santo Domingo Este. abril del 2000

INTRODUCCION

AUTOEVALUACION

Esta sesión desarrolla una serie de nueve guías que permiten al **personal** analizar cuales problemas del hospital impiden que los servicios sean de mejor calidad para los usuarios/as y mas eficiente para el proveedor/a. Estas guías han sido tomadas y adaptadas de la metodología COPE desarrollada por AVSC International.

Estos formularios se basan en los derechos de los usuarios/a y las necesidades de los proveedores/as y son utilizados por equipos conformados por miembros del personal. El número de formularios que la institución desee utilizar y del número de participantes disponibles.

El facilitador debe entregar las guías mientras las esté discutiendo en una reunión preliminar. Mientras presenta los formularios debe insistir en lo siguiente:

- ◆ **Estos es un aprueba.** Los formularios no se recogerán: solamente son para guiar la desilusión entre los participantes.
- ◆ **No es necesario que se respondan todas las preguntas.** Sólo necesitan tratar los puntos que les parezcan importantes para la calidad de los servicios de su hospital. Los formularios sugieren problemas potenciales, pero quizás algunos de los puntos no sean pertinentes a su hospital en particular. La finalidad de los formularios es ayudar a que el personal analice sus servicios a fondo y en forma concreta.
- ◆ **Es posible que algunos puntos importantes no estén incluidos.** En este caso es importante que los participantes agreguen sus propias preguntas en los espacios en blanco de cada formulario.
- ◆ **Los participantes deben ser sinceros acerca de los problemas del hospital y ser creativos en la búsqueda de soluciones.** La finalidad de este ejercicio no es juzgar a las personas, sino analizar si los sistemas funcionan y determinar formas de mejorarlos.
- ◆ **Los participantes precisan obtener colaboración de sus colegas.** Es importantes que los equipos soliciten comentarios del personal o de los departamentos no representando en el grupo.
- ◆ **Los participantes deben ser lo mas específicos y concretos posibles.** Cuando identifican problemas o hacen recomendaciones, deben tratar de evitar el uso de un lenguaje vago. Las expresiones como “falta de...” a menudo no son convenientes porque no tratan la razón fundamental de la “falta”. Con frecuencia, es conveniente preguntar? Por qué es esto un problema?” con el fin de averiguar la causa de la “falta”.
- ◆ **No es necesario colocar su nombre.**
- ◆ Los problemas que se van identificando en hojas de rotafolio con el siguiente formato:

Problema	Solución Propuesta	Responsable	Fecha Límite

Guía de Autoevaluación # 1

Proceso de garantía de calidad

1. ¿Han elaborado y publicado la misión y visión del hospital?
2. ¿Han determinado cuales son los procesos o problemas más críticos en el hospital?
3. ¿Han preguntado a los usuarios que quieren?, o ¿Han determinado sus necesidades de alguna otra manera?
4. ¿Han fijado los objetivos de calidad con base en las necesidades?
5. ¿Han diseñado procesos críticos para alcanzar esos objetivos?
6. ¿Han evaluado el avance logrado en la consecución de los objetivos?
7. ¿Han identificado los problemas o puntos problemáticos del proceso?
8. ¿Han diagnosticado los problemas y aislados las causas?
9. ¿Han tomado las decisiones destinadas a resolver los problemas?
10. ¿Han realizado seguimiento para comprobar que las medidas son efectivas?
11. ¿Tienen un plan para la mejora continua de la calidad?
12. ¿Han establecido y comunicado al personal, protocolos de atención?
13. ¿Participan en los comités de mejoramiento de la calidad todo el personal involucrado en la prestación de los servicios?
14. ¿Han hecho estudios de satisfacción de los usuarios?
15. ¿Han indagado la satisfacción del personal (usuarios internos)?
16. ¿Han implementado algunas modalidades de participación de la comunidad en la soluciones de los problemas del hospital?

Guía de Autoevaluación # 2

Guía de autoevaluación del internamiento

1. ¿Cuenta el hospital con protocolos para el ingreso y atención de pacientes que incluya criterios para el diagnóstico, manejo de la patología, tiempo de estancia, normas para el llenado del expediente, etc.?
2. ¿Se realizan los procedimientos necesarios para llegar a un diagnóstico definitivo?
3. ¿Cuenta el hospital con los medios para realizar estudios complementarios (laboratorio, rayos X, sonografía, etc.)?
4. ¿Existe en el hospital costumbres de realizar interconsultas entre las diferentes especialidades para el manejo de pacientes? ¿Son estas interconsultas oportunas y efectivas?
5. ¿Se trata de que la estancia del paciente sea lo más breve posible, de acuerdo a los parámetros para el tipo de internamiento?
6. Después de hacer las visitas, ¿se deja el expediente clínico en lugares donde otras personas ajenas al equipo de salud tenga acceso y pueda revisarlo?
7. Si se va a hacer algún procedimiento en sala que pueda afectar el pudor del paciente (Ej.: tacto, sonsa, examen físico, enema, rasurado, otros), ¿se tiene en cuenta colocar mamparas, sabanas sobre el paciente o aislarlo de alguna otra manera?
8. ¿Se le da al paciente la información sobre su enfermedad, evolución, manejo y pronóstico?
9. ¿Al darle de alta la paciente se escribe en el record el diagnóstico definitivo?
10. ¿Se le explica al paciente cómo continuar su tratamiento, y cuando regresa para seguimiento, se le da de alta?

Guía de Autoevaluación # 3

Derecho de los usuarios/as a la información

Esta guía se refiere a la información y a la disponibilidad de materiales en todas las áreas del hospital. El grupo para participar en esta guía debe incluir cualquier personal que pueda ofrecer información a los usuarios/as del hospital.

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su hospital o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolios, usando el siguiente formato: "**problema; recomendaciones; persona responsable; fecha limite**". Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor incluyalo.

1. ¿Está todo el personal en capacidad de informar sobre los servicios que se brindan en el hospital?
2. ¿Está el personal pendiente de informar a las personas que acuden por cualquier motivo sobre los servicios preventivos que se brindan, tales como vacunación, planificación familiar, prevención de ETS, detección precoz de cáncer, salud oral, etc.?
3. ¿Existen en su institución señales perfectamente visibles sobre los servicios que se ofrecen, cuándo y cómo están disponibles?
4. ¿Están publicadas la visión y la misión del hospital?
5. ¿Están publicados los derechos de los/las pacientes?
6. ¿El hospital tiene un lugar donde las personas que acuden pueden solicitar información?
7. ¿Se llevan a cabo actividades educativas suficientes para motivar a los usuarios que están desocupados, esperando ser atendidos o cuando son pacientes ambulatorios?
8. ¿Hay folletos, afiches y material impreso adecuados disponibles para los usuarios en todas las áreas del hospital?
9. ¿Se dispone de materiales didácticos como rotafolios, modelos, videos y muestras para informar sobre aspectos preventivos? Se conservan en buen estado? Se usan estos materiales?
10. ¿Reciben las mujeres en salas de maternidad y ginecología consejería individual en planificación familiar antes de darles de alta?
11. ¿Se incentiva el apego precoz, el alojamiento conjunto y la lactancia exclusiva?

12. ¿Reciben los usuarios(as)/pacientes información suficiente y de una manera que puedan entender sobre:
 - ◆ Su enfermedad
 - ◆ Conducta a seguir
 - ◆ Modo de tomar los medicamentos
 - ◆ Riesgos o efectos secundarios
 - ◆ Cuándo regresar a chequeo
13. ¿Pregunta el personal a los usuarios/as si entienden la información que reciben y si desean saber algo más?
14. ¿Se le pide a los usuarios/as que repitan la información que recibieron para asegurarse de que le entendieron?
15. ¿,Antes de una cirugía se les informa a los/las pacientes sobre:
 - ◆ El procedimiento, incluyendo tipo de cirugía, anestesia, etc.
 - ◆ Riesgos
 - ◆ Qué esperar después de la cirugía
 - ◆ Cuanto tiempo se prevé que durará la recuperación
16. Después de la cirugía, ¿suministra al usuario instrucciones acerca de lo siguiente?
 - ◆ Como se cuida la herida
 - ◆ Fecha de la visita de control post-quirúrgico
 - ◆ Señales de advertencia de complicaciones
 - ◆ Cuando se pueden reanudar las actividades normales (por ejemplo: trabajo, relaciones sexuales, dieta, etc.)
17. ¿Pueden los pacientes obtener un resumen de su expediente clínico si lo solicitan?
18. Otros asuntos que usted considera importantes.

Guía de Autoevaluación # 4

Derecho de los usuarios/as al acceso

Esta guía se refiere al derecho que tienen los usuarios/as al acceso a los servicios, incluyendo las barreras para el acceso físico al hospital, las barreras organizacionales y culturales. En este grupo deberían participar el personal de consulta, de consejería, de estadística/archivo y de administración.

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su hospital o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolios, usando el siguiente formato: **"problema; recomendaciones; persona responsable; fecha límite"**. Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor incluyalo.

1. ¿Está el costo de los servicios al alcance de los usuarios/as? (considerar cuotas de recuperación, gasto de pasajes, costo de medicamentos, etc.)
2. ¿Tiene la institución una política de exoneración de cuota de recuperación para aquellos que no pueden pagarla?
3. ¿Son las horas de los servicios convenientes para los usuarios, incluyendo mujeres y hombres que trabajan?
4. ¿Trata el personal de minimizar el número de visitas que tiene que hacer cada usuario/a? Por ejemplo, le toman muestras para análisis el mismo día de la consulta, le entregan varios ciclos de anticonceptivos o tratan de hacer coincidir la cita de puerperio con la del Recién Nacido.
5. ¿Aprovechan la visita de una persona para brindarle otros servicios que necesita aunque no fuera la causa de su visita? Por ejemplo, ¿integran los servicios de planificación familiar, detección de cáncer, prevención de ITS's, atención pre y post natal y otros servicios de salud integral de la mujer?
6. ¿Puede una persona obtener servicios aunque no se encuentre su expediente (récord)?
7. ¿Tienen servicios para adolescentes?
8. ¿Se manejan los menores de 5 años de acuerdo a los procedimientos y criterios de integralidad de la estrategia AIEPI?
9. ¿Se consideran las necesidades específicas de las mujeres al organizar los servicios (en términos de horarios, comodidad).
10. Otros asuntos que usted considera importantes.

Guía de Autoevaluación #5

Derecho de los Usuarios(as) a la Elección

Esta guía se refiere al derecho de los usuarios/as a participar en los aspectos relativos a su salud y su enfermedad y a estar informado sobre su proceso. El grupo a participar en esta guía debe incluir por lo menos una persona que ofrezca información y consejería, así como personal de consulta y de Salud Reproductiva.

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su hospital o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolio, usando el siguiente formato: "**problema; recomendaciones; persona responsable; fecha limite**". Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor inclúyalo.

1. ¿Pueden los pacientes atenderse con el proveedor de su elección?
2. ¿Participan los/las pacientes en la toma de decisión sobre su tratamiento?
3. ¿Pueden los usuarios de métodos de planificación de familiar elegir entre una amplia gama?
4. ¿Reciben consejería todos los nuevos usuarios para ayudarles a elegir el método más apropiado para sus necesidades?
5. ¿Se ofrece consejería antes y después de una prueba para VIH?
6. Otros asuntos que usted considera importantes.

Guía de Autoevaluación # 6

Derecho de los/las usuarios/as a la seguridad

Esta guía de Autoevaluación aborda temas de seguridad directamente relacionadas con los pacientes, como con los insumos, medicamentos, tecnologías, procedimientos, infraestructuras y practicas hospitalarias.

Si una de las preguntas siguientes es un problema en su hospital o si usted considera que necesita mayor discusión, anote sus comentarios en el rotafolio, usando el siguiente formato: "**problema; recomendaciones; persona responsable; fecha limite**". Si usted está enterado de un problema que no se plantea en esta guía, por favor inclúyalo.

Seguridad general.

1. ¿Considera el personal que cuenta con la suficiente orientación, actualización y apoyo para brindar servicios seguros?
2. ¿Se verifica la fecha de vencimiento de los medicamentos?
3. ¿Se cuenta con espacio adecuado para el almacenaje de medicamentos?
4. ¿Se verifica permanente el estado de la cadena de frío para la conservación de vacunas?
5. ¿Se verifican antecedentes de alergia antes de la aplicación de un medicamento?
6. ¿Se verifica si existe un embarazo antes de indicar una radiografía o medicamentos con posibles efectos teratogénicos o contraindicaciones en el embarazo?
7. ¿Está la lista de medicamentos contraindicados durante el embarazo disponible por el personal que atiende embarazadas?
8. ¿Se calculan las dosis de medicamentos a aplicar a los niños de acuerdo a su peso?
9. ¿Está el personal bien informado acerca de los beneficios potenciales y contraindicaciones de los medicamentos incluyendo métodos de planificación familiar?
10. ¿Se informa a los usuarios/as sobre los posibles efectos secundarios de estos fármacos o sobre interacción entre los medicamentos que esté tomando el paciente?
11. ¿Se les informa que hacer en caso de presentar algunos de esos síntomas, incluyendo la visita al médico o regresar al hospital?

12. ¿Se verifica que los medicamentos fueron realmente aplicados según las órdenes médicas?
13. ¿Se cuenta con un plan de compras para que no falten medicamentos de urgencias?
14. ¿Está el personal que maneja las emergencias capacitado para atender un parto, intubar un paciente, hacer una traqueotomía, manejar un infarto, una crisis asmática y otras urgencias?
15. ¿Se cuenta con carro de paro y otros equipos para el manejo de estas y otras urgencias?
16. ¿Están estos equipos en buen estado?
17. ¿Acostumbra el personal a registrar y revisar las causas de complicaciones que presente algún paciente con el fin de mejorar las prácticas clínicas?
18. ¿Está siempre disponible un médico capacitado para ser llamado en caso de complicaciones?
19. ¿Conoce el personal el procedimiento para informar una muerte materna o infantil?
20. ¿Cuenta el hospital con normas y procedimientos clínicos y quirúrgicos?

Prevención de infecciones

21. ¿Hay afiches, normas y manuales sobre bioseguridad y prevención de infecciones a disposición del personal? ¿Comprende y practica el personal estas normas para su protección y la de los demás durante su trabajo?
22. ¿Se utilizan jeringas y agujas desechables? ¿Se esteriliza adecuadamente el material reutilizable?
23. ¿Se colocan las agujas y otro material cortopunzante en recipientes seguros antes de desecharlos?
24. ¿Se cuenta con normas de eliminación y manejo de desechos hospitalarios? ¿Se cumplen estas normas?
25. ¿Está restringido el acceso a áreas quirúrgicas? ¿Hay normas y disposiciones sobre la preparación del personal autorizado antes de penetrar a estas áreas (por ejemplo, no se permite la entrada de ninguna persona -ni siquiera del director- sin zapatos y ropa adecuada)?
26. ¿La preparación de las salas quirúrgicas incluye la esterilización periódica de sus pisos y paredes?

27. ¿Se descontaminan los materiales y el instrumental reutilizables en una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos antes de esterilizarlos? ¿Cuenta el personal con suficientes cubetas, recipientes y blanqueadores para garantizar que siempre se tenga solución de cloro cuando se necesite?
28. ¿Se esterilizan los materiales reutilizables adecuadamente? ¿Están en buen estado los equipos de esterilización?
29. ¿Usa el personal guantes para trabajo pesado al limpiar los instrumentos sucios y deshacerse de los desechos contaminados?
30. ¿Se clasifican los desechos contaminados o potencialmente contaminados antes de ser eliminados?
31. ¿Utiliza un procedimiento seguro para deshacerse de los desechos contaminados (por ejemplo, incinerarlos o enterrarlos)?
32. ¿Se lava las manos todo el personal después de manejar los desechos?
33. ¿Existen normas y procedimientos para el manejo de casos potencialmente contagiosos?
34. Otros asuntos que usted considera importantes.

Guía de Autoevaluación #7

Derecho de los usuarios(as) a la privacidad y a la confidencialidad

1. ¿Tienen los usuarios/as privacidad durante los exámenes o chequeos?
2. ¿Explica el personal a los usuarios el tipo de examen que se le está practicando y por qué?
3. ¿Está separado el espacio de chequeo del resto del consultorio (por paredes o mamparas)?
4. ¿Entran los pacientes a su consulta de uno en uno o se atienden simultáneamente más de un paciente en el mismo consultorio?
5. ¿Están las camillas de salas de consulta o parto colocadas de manera que no vean si alguien abre la puerta, ni cerca de una ventana por donde haya circulación?
6. ¿Cuenta su institución con un espacio privado donde los usuarios no están a la vista ni se escuchan durante la consejería en planificación familiar o SIDA entre otras?
7. ¿Existen normas para garantizar que no habrá interrupciones cuando el usuario/a recibe la consejería (por ejemplo, avisos y cerraduras en las puertas)? ¿Funcionan estas normas?
8. Si un tercero está presente durante una sesión de consejería o un examen, ¿explica el personal al usuario/a la presencia de esa persona y le pide su autorización? En caso de que haya discusiones frente a un usuario/a, ¿se le da la oportunidad de que participe?
9. ¿Respetan el personal la confidencialidad del usuario/a evitando comentarios acerca de esta persona, a no ser que sea para solicitar consejos de otro personal clínico?
10. ¿Se controla estrictamente el acceso a la historia clínica de usuario/a?
11. ¿Respetan todo el personal el derecho de un usuario/a a la confidencialidad, por ejemplo, ocultando la información al cónyuge, compañero o padres si esto es lo que la persona desea?
12. Otros asuntos que usted considera importantes.

Guía de Autoevaluación #8

Derecho de los usuarios(as) a la dignidad, la opinión y la comodidad

1. ¿Tratan todos los empleados (porteros, recepcionistas, médicos, enfermeras, administración, laboratorio y farmacia, etc.) a los usuarios/as con cortesía y consideración, y con todo el respeto a su dignidad?
2. ¿Reciben los hombres y mujeres que acuden a su institución el trato que a usted le gustaría que le dieran?
3. ¿Utiliza el personal un lenguaje comprensible para los usuarios/as?
4. ¿Anima el personal a los usuarios/as para que formulen preguntas?
5. ¿Respetan el personal la opinión de los usuarios/as?
6. ¿Practica el personal los exámenes físicos y los demás procedimientos teniendo en cuenta la dignidad y pudor de los usuarios/as? ¿Se les pregunta si tienen alguna molestia o si se sienten cómodos/as durante los exámenes físicos?
7. ¿Pregunta el personal a los usuarios/as si tienen sugerencias para mejorar los servicios o sobre otros servicios que les gustaría recibir?
8. La lista siguiente presenta las diferentes áreas de la institución que pueden usar los usuarios/as. ¿Considera usted que son áreas agradables y cómodas? (Es decir, con suficiente espacio, bien organizado, limpio, bien iluminado, cómodo, con buena ventilación y agradable?)
 - Registro y recepción
 - Consejería
 - Salas de espera
 - Salas de exámenes
 - Farmacia
 - Quirófano (áreas de recepción, lavado de manos, vestidores, cirugía)
 - Salas de parto
 - Salas de internamiento
 - Salas de emergencia
 - Facilidades sanitarias
9. ¿Hay facilidades para que los acompañantes de pacientes internos descansan durante la noche?
10. ¿Se mantienen limpias todas las áreas de su institución?
11. ¿Está el personal completamente ocupado y es bien aprovechado durante todo el tiempo que permanece en el servicio?

12. ¿Es en general satisfactorio el tiempo que los usuarios/as permanecen en contacto con un trabajador/a de salud?
13. ¿Considera usted que los períodos de espera de los usuarios/as son razonables?
14. ¿Se atiende a los usuarios/as en orden de llegada?
15. ¿Están los récords organizados de manera que se pueden encontrar fácil y rápidamente?
16. ¿Manifiesta críticas el personal de salud a las usuarias que tienen un embarazo siendo solteras, tienen una ETS o que tienen un aborto inducido, entre otras condiciones?
17. ¿No se critican ni se maltratan las mujeres que expresan su dolor durante el trabajo de parto/parto?

Autoevaluación de Situación de Calidad Relacionadas al Personal

Guía de Autoevaluación # 9

Derecho del personal de tener suministros e infraestructura adecuados

1. ¿Se cuenta con los medicamentos, reactivos y equipos suficientes para poder desarrollar el trabajo?
2. ¿Cuenta con normas de logística y almacenamiento de materiales e insumos?
3. ¿Se cumplen estas normas?
4. ¿E] equipo es adecuado y está en buen estado en las siguientes áreas?
 - Consultas
 - Cirugía
 - Laboratorio
 - Emergencia
 - Otras áreas
5. ¿Piensa el personal que el sistema de suministro les permite brindar servicios de calidad a los usuarios/as?
6. ¿Considera el personal que las existencias de materiales informativos les ayuda a brindar servicios de calidad a los usuarios/as?
7. ¿Estima el personal que su ambiente de trabajo es aseado, con buena ventilación, cómodo y con el equipo adecuado para desempeñar sus tareas?
8. ¿Sabe el personal cuáles son los procedimientos para ordenar nuevos suministros y obtener el equipo de reemplazo cuando hay que cambiarlo?
9. ¿Está el personal orgulloso de ser parte del hospital?

Guía de Autoevaluación # 10

Derecho del personal de una adecuada administración y supervisión

1. ¿Cuenta su institución con un comité de administración hospitalaria? ¿Funciona el comité adecuadamente?
2. ¿Se celebran reuniones regulares con el personal para comentar aspectos sobre la prestación de servicios?
3. ¿Puede el personal hacer sugerencias para mejorar los servicios de los que forma parte? ¿Se toman en cuenta estas sugerencias? ¿Apoya esto la dirección y la administración?
4. ¿Cumple el personal de este hospital las normas establecidas por la SESPAS?
5. ¿Ofrece la dirección retroalimentación constructiva sobre aspectos del desempeño y el desarrollo de los servicios y programas?
6. ¿Considera el personal que la supervisión dentro del hospital es adecuada?
7. ¿Satisface siempre sus necesidades el apoyo que su hospital recibe (le la DPS y el nivel central)?
8. ¿Hay vínculos fuertes entre los diferentes departamentos o salas? Se hacen interconsultas entre el personal de los diferentes departamentos?
9. ¿Hay vínculos entre el hospital y las unidades (otros hospitales o clínicas rurales) que se encuentran en su área de influencia y que le refieren pacientes? Por ejemplo, referencia y contrarreferencia, interconsultas, capacitaciones, etc.
10. ¿Presta siempre el personal del hospital el debido respeto y atención a los trabajadores de otros departamentos y de la comunidad que puedan haber remitido usuarios/as'?
11. ¿Existen normas para la referencia y contrarreferencia? ¿Se cumplen estas normas?
12. ¿Existe un mecanismo a través del cual los trabajadores de primer nivel de atención pueden discutir asuntos con el personal del hospital?
13. ¿Se entregan los reportes e informes de producción y epidemiológicos con regularidad y a tiempo?
14. ¿Evalúa el personal la calidad de los servicios a través de la discusión de los datos de los informes clínicos?

15. ¿Entrevista el personal alguna vez a los usuarios/as para evaluar su satisfacción con los servicios?
16. Otros asuntos que usted considera importante.

Guía #12

Guía para la Auditoria Médica

FONHOSPITAL
Guía para la Auditoría Médica

PROCESO DE ATENCION	CRITERIO	SI	NO	CONCLUSIONES
Se cumplen los procedimientos establecidos para el proceso de internación	Se registra en la hoja de admisión <ul style="list-style-type: none"> - Datos generales del paciente - Fecha de ingreso - Diagnostico de admisión 			
Hay integridad y claridad del registro de la historia	Se abre la historia clínica por el médico de guardia el mismo día de la internación La historia clínica considera le registro de: <ul style="list-style-type: none"> - Datos básicos necesarios en la anamnesis - Motivo de la consulta o enfermedad actual - Forma de inicio - Síntomas - Tratamientos recibidos exámenes realizados - Evolución hasta la fecha Se Registran: <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes patológicos familiares - Antecedentes patológicos personales - Examen físico (inspección, palpación, percusión, auscultación en tórax, abdomen, genitales, extremidades) - Examen neurológico - Otros datos de interés para complementa el examen físico y/o las 			

	<p>observaciones del mismo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se encuentran correctamente registrado los signos vitales - Se registran los exámenes complementarios solicitados - Se registran los diagnósticos diferenciales - Se registra el diagnostico de sala - Se registra el tratamiento e indicación de exámenes complementario. 			
Existe correlación entre el diagnostico de admisión con el de sala	<ul style="list-style-type: none"> - Existe justificación en base al diagnóstico presuntivo de admisión para la internación. - El diagnóstico presuntivo de admisión guarda relación con los diagnósticos diferenciales de la sala. 			
Las indicaciones de tratamiento tienen relación con el diagnóstico y protocolos de atención	El tratamiento se realiza con drogas de primera línea definidas en el protocolo de atención.			
Existe adecuación de la conducta terapéutica establecida de acuerdo al manual de procedimientos	La dosis, vía y tiempo de tratamiento guarda relación con los protocolos de atención y evolución del paciente			
Existe justificación de los exámenes complementarios solicitados.	La solicitud de exámenes complementarios tiene relación con los diagnósticos diferenciales o diagnóstico establecido			
Existe correlación clínico epidemiológica del caso	De acuerdo al diagnóstico se cumplieron los criterios epidemiológicos para el control y seguimiento del caso, según normas.			

El seguimiento de la evolución del paciente es adecuado.	<p>Se realiza el registro diario de evolución considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evolución general - Síntomas nuevos - Respuesta al tratamiento - Cambios observados - Resultados de exámenes complementarios solicitados - Cambios de medicación - Interconsultas - Las ordenes médicas se encuentran registradas diariamente - Se realiza control del cumplimiento de las órdenes médicas 			
Existe seguimiento de los días estada	El tiempo de permanencia o estada tiene relación con el cuadro clínico			
Se cumplen los procedimientos establecidos para el egreso	<p>El registro en la hoja de egreso considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico de ingreso - Diagnóstico de egreso - Fecha de ingreso - Fecha de egreso - Causa del alta - Días de estada <p>En caso de defunción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si fue antes o después de las 48 horas de internación. - Si se realizó autopsia - Conclusiones de la autopsia 			

FONHOSPITAL
GUIA PARA LA AUDITORIA DE ENFERMERIA

PROCESO DE ATENCION	CRITERIO	SI	NO	CONCLUSIONES
Se cumplen los procedimientos establecidos para el proceso de internación	Se registra en la hoja de enfermería: - Datos generales del paciente - Hechos vitales			
Hay integridad y claridad del registro de enfermería	Se abre el registro de enfermería por enfermera de turno el mismo día de la internación El registro de enfermería considera le registro de: - Datos básicos necesarios - Indicadores de tratamiento - Indicadores de exámenes complementarios y muestras - Dieta y otra indicaciones - Se encuentran correctamente registrados los signos vitales - Se registra la información brindada al paciente o familiares - Otros datos de interés			
Se cumplen las indicaciones de tratamiento	El registro de enfermería establece: - Medicación Administrada - Dosis - Horario - Vía - Observaciones - Se cumplen las indicaciones de acuerdo a orden médica			

	<ul style="list-style-type: none"> - Se registran en caso de presentarse reacciones adversas - Se registran los informes realizados al médico o llamadas de urgencia 			
Existe seguimiento de enfermería para la realización de exámenes complementarios solicitados	<p>Se cumplen y registran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las indicaciones correspondientes para los exámenes complementarios - El traslado de pacientes para exámenes complementarios - Otras observaciones o reacciones de paciente 			
Existe control para la vigilancia epidemiológica del caso de acuerdo a instrucciones médicas	Enfermería cumple las normas para el control epidemiológico del caso de acuerdo a instrucción médica			
El seguimiento de la evolución del paciente es adecuado	<p>Se realiza el registro diario de evolución considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparación y aseo del paciente - Hechos vitales - Evolución general - Síntomas nuevos o cambios observados - Administración del tratamiento - Preparación para exámenes complementarios - Cambios de medicación - Indicaciones médicas de interconsultas - Otras observaciones 			
Se cumplen los procedimientos establecidos para el egreso	<p>Se registran:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las condiciones generales del paciente al momento del alta - Las indicaciones de enfermería para seguimiento de tratamiento o controles 			

**COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA
INFORME AUDITORIA MEDICA**

Departamento _____

Servicio _____

Fecha _____

PROCESP DE ATENCION	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Procedimientos establecidos para el proceso de internación.		
Integridad y claridad del registro de la historias clínica		
Correlación entre el diagnóstico de admisión con el de sala		
Indicaciones de tratamiento y exámenes complementarios en relación con el diagnóstico y protocolos de atención		
Adecuación de la conducta terapéutica establecida de acuerdo al manual de procedimientos		
Justificación de los exámenes complementarios solicitados		
Correlación clínico epidemiológica del caso		
Seguimiento de evolución del paciente		
Seguimiento de los días de estada		
Procedimientos establecidos para el egreso		

Firma Comité de Auditoria Médica

Aprobado:

Sub Dirección Médica

Dirección Médica del Hospital

**COMITÉ DE AUDITORIA MEDICA
INFORME AUDITORIA DE ENFERMERIA**

Departamento _____

Servicio _____

Fecha _____

PROCESO DE ATENCION	CONCLUSIONES	RECOMENDACIONES
Procedimientos establecidos para el proceso de internación.		
Integridad y claridad del registro de enfermería.		
Cumplimiento de las indicaciones de tratamiento.		
Seguimiento de enfermería para la realización de exámenes complementarios solicitados		
Control para la vigilancia epidemiológica del caso de acuerdo a instrucciones médicas		
Seguimiento de la evolución del paciente Procedimientos establecidos.		

Firma Comité de Auditoria Médica

Aprobado:

Jefatura de Enfermería

Dirección del Hospital

Guía #13

Entrevista con el Usuario/a después de los Servicios de Laboratorio

FECHA _____

ENTREVISTADO

SEXO:

EDAD: _____

ESCOLARIDAD:

MASC.

ANALFABETO

FEM.

PRIMARIA

SECUNDARIO

UNIVERSITARIO

PROCEDENCIA:

URBANA

SECTOR _____

RURAL

1- POR QUE ACUDIO HOY AL LABORATORIO

A HACERSE ANALISIS

A BUSCAR RESULTADOS

A COMPAÑAR A OTRAS PERSONAS

OTRAS RAZONES _____

2- DE QUE CONSULTA VIENE REFERIDO/A _____

3- DESPUES DE RECIBIR LA VICACION DEL MEDICO ¿FUE DIRECTO AL LABORATORIO, 0 PASO POR TRABAJO SOCIAL?

SI NO

4- SI NO SE LE PUDO TOMAR LA MUESTRA EL MISMO DIA QUE FUE INDICADA

¿LE EXPLICO LA BIOANALISTA POR QUE Y COMO REGRESAR PARA PODER TOMAR SU MUESTRA (EJ: EN AYUNAS, EN QUE TIPO DE ENVASE, ETC)?

SI NO

5- ¿LE DIJO LA BIOANA-LISTA CUANDO ESTARAN LISTOS SUS RESULTADOS?

SI NO

6- ¿ENTENDIÓ LAS EXPLICACIONES QUE LE DIERON?

SI NO

7- ¿LE PREGUNTO LA BIONALISTA SI TENIA ALGUNA DUDA 0 SI NECESITABA ALGUNA ACLARACIÓN?

SI NO

8- . ¿QUE ES LO QUE MAS LE GUSTA DEL SERVICIO DE LABORATORIO ?

9- ¿QUE ES LO QLTF- MENOS LE GUSTA DEL SERVICIO DE LABORATORIO?

10- ¿VOLVERIA AL LABORATORIO SI LE INDICARAN OTROS ANÁLISIS?

SI NO

¿POR QUE? _____

ENTREVISTA CON EL USUARIO/A DESPUÉS DE SERVICIO DE LABORATORIO

El personal que se seleccione para aplicar este formulario debería ser de los que no estén involucrados en el servicio sobre el que se está indagando su opinión. Debe hacerse hincapié en la importancia de recoger la opinión libre y sin coacción de los usuarios/as para poder ser efectivos en la implementación de acciones que mejoren la calidad de los servicios de laboratorio brindados en este hospital.

Las preguntas deben hacerse en un tono neutro tratando de no influenciar la respuesta que nos brindan los usuarios/as.

Instrucciones: Preséntese al usuario/a. Explíquelo que la finalidad de la entrevista es saber la opinión de los usuarios acerca de los servicios ofrecidos en este hospital y solicitarles sus sugerencias para mejorarlos. Haga énfasis en el carácter confidencial de la entrevista y que su nombre no se utilizará. Registre cualquier información adicional que el usuario/a ofrezca.

a) Registre la fecha, edad, sexo del entrevistado (a)

b) Pregunte hasta que curso llevó y marque en la casilla que corresponda

ANALFABETO ()

PRIMARIO ()

SECUNDARIO ()

UNIVERSITARIA ()

c) Pregunte donde vive y marque la procedencia (urbana o rural). Si corresponde a zona urbana, escriba el barrio o sector en que vive la persona.

Pregunte por qué acudió hoy al laboratorio y marque con una X o (-) la opción que corresponda en la casilla correspondiente

A HACERSE ANALISIS

A BUSCAR RESULTADOS

ACOMPañAR A OTRAS PERSONAS

OTRAS RAZONES _____

1. Escriba de que consulta vine referido (pediatría, ginecología, cirugía, medicina interna, emergencia, otras especialidades)
2. Al lado de Si o no, escriba C si vino directamente de la consulta y T.S. si pasó por trabajo social.
3. Si vino directamente de la consulta pase a la pregunta #5.
4. Escriba las instrucciones que recibió en trabajo social, en caso de que le hubieren dado alguna.
5. Si la persona no recuerda las instrucciones recibidas escriba "no recuerda".
6. Pregunte y marque si tuvo que pagar cuota de recuperación en la opción que corresponda (si o no)
7. Pregunte y marque si le realizaron los análisis el mismo día que se lo indicaron
8. Pregunte y marque si la persona obtuvo lo que vino a solicitar en la opción que corresponda (Si ó No) Si la respuesta es no, pregunte ¿por qué?
9. Pregunte que le pareció la manera en que lo atendieron

Por ejemplo, se quedo muy satisfecho, satisfecho, un poco satisfecho o insatisfecho.
 Marque la respuesta que le den encerrando la opción correspondiente en un círculo
 No sabe, no contesta
 Muy satisfecho
 Satisfecho
 Poco Satisfecho
 Insatisfecho

10. Si el entrevistado/a le contestó que estaba satisfecho pregunte la razón de la satisfacción y marque la o las respuestas que le den.

Si contestó que quedó insatisfecho pregunte la razón de su insatisfacción y marque la(las) respuesta(s) correspondiente(s). Si el usuario/a tiene dificultad en encontrar una razón léale las opciones y anímelo a expresar su opinión.

RAZONES DE SATISFACCION

RAZONES DE INSATISFACCIÓN

Me trató bien	<input type="checkbox"/>	Mal trato	<input type="checkbox"/>
Me escucho atentamente	<input type="checkbox"/>	No ponía atención	<input type="checkbox"/>
Fue amable	<input type="checkbox"/>	No fue amable	<input type="checkbox"/>
Competencia técnica	<input type="checkbox"/>	incompetencia técnica	<input type="checkbox"/>

Me atendió rápido Se tardó en atenderme

Otras razones. Indique cual Otras razones. Indique cual

11. Pregunte al entrevistado/a si la bioanalista le explicó cuáles análisis se le iban a realizar
Registre la respuesta en la casilla correspondiente
12. En el caso de que no se le haya podido tomar la muestra el mismo día, pregunte si la bioanalista le explicó la razón y si le dijo cuando debía volver y en que condiciones para poder tomar la muestra (Ej. En ayunas, en un tipo especial de envase, etc.).
13. Pregunte si la bioanalista le informó cuando estarán listos sus resultados
14. Pregunte al entrevistado(a) si entendió las explicaciones que le dio la bioanalista.
Registre la respuesta en la casilla correspondiente
15. Pregúntele al entrevistado(a) si la bioanalista le preguntó si tenía alguna duda o si necesitaba alguna aclaración. Registre la respuesta en la casilla correspondiente
16. Pregunte qué es lo que menos le gusta del laboratorio. Registre la respuesta que reciba.
17. Pregunte si volvería a hacerse análisis en este laboratorio. Registre las razones de su respuesta, tanto si es positiva como si es negativa.
18. Registre cualquier comentario adicional que tenga el entrevistado/a

Si hay alguna observación, peculiaridad o característica importante en este formulario o entrevista incluya, sus comentarios en este espacio.

Agradézcale su cooperación

Guía #14

Programa de Capacitación - Calidad Asistencial Hospital José María Cabral y Báez¹⁰

I. Introducción

El programa de capacitación para el mejoramiento de la calidad asistencial en el hospital, parte de la conceptualización de la calidad como filosofía centrada en la satisfacción de los usuarios/as, logrando para este fin, una mayor participación y compromiso del personal, responsable directo de la atención y resolución de problemas de salud, a través de la aplicación de conocimientos, destrezas y habilidades en el desempeño de sus funciones, orientadas al mantenimiento de la eficacia, eficiencia y calidad institucional.

El proceso de capacitación se realizará partiendo de un marco teórico, que permita recoger las experiencias prácticas del personal, como recurso humano formado, para contrastar el desempeño actual con la teoría y aplicar los conocimientos en prácticas nuevas, orientadas al desarrollo de los servicios.

El hospital cumple sus actividades a través del personal de salud en el marco de una estructura organizativa que delimita las funciones tanto operativas, como de supervisión, monitoreo y evaluación en los diferentes niveles.

Por lo anterior, es importante desarrollar las actividades de capacitación en dos vertientes:

- Actividades de capacitación dirigidas al personal de mandos intermedios e instancias de apoyo o asesoría (jefes de departamentos y servicios, comités de calidad).
- Actividades de capacitación dirigidas al personal operativo.

El desarrollo de estas actividades se orienta fundamentalmente a la utilización de las propuestas técnicas elaboradas para el fortalecimiento y modernización hospitalaria.

II. Objetivos

- Desarrollar actividades educativas que permitan la adquisición de habilidades y destrezas del personal responsable de los departamentos, servicios e integrantes de los comités de calidad; para la aplicación de los instrumentos propuestos para la supervisión, monitoreo y evaluación de la calidad asistencias.

¹⁰ Tomado del Hospital José María Cabral, de Santiago de los Caballeros, Proyecto FONHOSPITAL, CERSS.

- Elaborar propuestas para el desarrollo de procesos de educación permanente en el Hospital, a cargo de los niveles de mando intermedios, que permitan la incorporación progresiva de la totalidad del personal.
- Desarrollar actividades educativas para la sensibilización y motivación del personal operativo en los servicios de salud, que logren el compromiso conjunto en la búsqueda de la calidad asistencias.

III. Metodología

El programa de capacitación en calidad asistencias incorpora las necesidades y prioridades identificadas por el personal como parte del programa de capacitación clínica, pero con contenidos específicos para el mejoramiento de la calidad asistencias. De igual manera de acuerdo al desarrollo de las propuestas técnicas de FONHOSPITAL, para el mejoramiento de la calidad se incorpora la capacitación para los responsables de los servicios y departamentos, orientada a la aplicación de instrumentos para la supervisión, monitoreo y evaluación.

Para la identificación y priorización de temas de capacitación para la calidad asistencias, se cumplieron las siguientes actividades:

- Reuniones con jefes de departamento, servicios y responsables de enfermería para análisis de fortalezas y debilidades para el logro de la calidad asistencias
- Análisis de causa efecto en la identificación de debilidades
- Identificación de debilidades modificables a través de procesos de capacitación

A través de la técnica de lluvia de ideas, se delimitaron temas de capacitación, los mismos se priorizaron con los siguientes criterios:

- Viabilidad: considerando si el tema es aceptado por el personal del hospital que requiere la capacitación.
- Oportunidad: considerando si el tema es pertinente para el mejoramiento de la calidad asistencias y si la aplicación de conocimientos es inmediata.
- Magnitud: considerando si el tema seleccionado tiene posibilidades de extenderse a otros profesionales o resto del personal, como efecto multiplicador.
- Normatividad: si los temas de capacitación se encuentran establecidos o respaldados por normas o reglamentos hospitalarios, respecto a las funciones del personal.
- Impacto: considerando en que medida la capacitación en el tema seleccionado puede afectar positivamente el desarrollo de la calidad asistencias en el hospital.

Se realizó la calificación de los temas con los criterios definidos y la siguiente puntuación para cada uno de ellos:

1. Poco aceptable
2. Aceptable
3. Muy aceptable

Con la suma de las puntuaciones se establecen las prioridades en orden decreciente, siendo los temas más importantes los que reúnen mayor puntuación. Finalmente se enviaron los resultados a la dirección del hospital para la aprobación final de los mismos.

IV. Temas de Capacitación

Los temas de capacitación priorizados para el personal de mandos intermedios y comités de calidad, son los siguientes:

- Educación permanente
- Supervisión de servicios de salud
- Monitoreo de actividades de salud
- Evaluación de actividades de salud

Para el personal operativo en los servicios de salud, se han priorizado los siguientes temas

- Manejo del expediente clínico
- Relaciones interpersonales
- Educación al usuario/a y familia
- Derechos y deberes de los usuarios

V. Programa de Capacitación para Jefes de Departamento, Servicios e Integrantes de Comités de Calidad

1. Educación Permanente

Los procesos educativos al interior del hospital se constituyen en acciones permanentes que permiten el desarrollo institucional, considerando los avances científicos tecnológicos para resolución de problemas de salud, en el marco de la búsqueda de la calidad. Estos procesos permiten contar con recursos humanos capacitados y motivados en el desempeño de sus funciones.

El desarrollo de acciones educativas a cargo de los jefes de departamento y servicios, posibilita la incorporación progresiva de la totalidad del personal, de acuerdo programaciones conjuntas, para el análisis de diferentes experiencias y propuestas para el mejoramiento de la calidad asistencias.

1.1. Objetivo

- Capacitar al personal de mando intermedio para el desarrollo de procesos de educación permanente al interior del Hospital, que permitan contar con recursos humanos capacitados y motivados para brindar atención de salud de calidad, de acuerdo a las características propias de la institución.

1.2 Contenidos Mínimos

- El proceso de educación permanente en salud Metodologías educativas
- Técnicas educativas
- Evaluación educativa
- Elaboración de programas educativos

1.3 Resultados Esperados

- Se analizan los conceptos de educación permanente y se realiza la formulación de la propuesta para la implementación de este proceso en el Hospital.
- Se conocen y analizan diferentes propuestas metodológicas para acciones educativas.
- Se analizan y aplican diferentes técnicas en proceso educativos.
- Se aplican los lineamientos en la elaboración de programas educativos del Hospital.

1.4. Metodología

La metodología para la capacitación en el tema de educación permanente será activo participativa, permitiendo la aplicación de los contenidos teóricos en actividades prácticas al interior de los servicios, a través de: trabajos de grupo, estudio de casos, juego de roles y revisiones bibliográficas, lo que permitirá conceptualizar y definir el proceso de educación permanente en el hospital y la aplicación práctica de Metodologías, técnicas educativas y sistemas de evaluación.

2. Supervisión de Servicios de Salud

Se entiende por supervisión el procedimiento técnico administrativo por medio del cuál los funcionarios en niveles jerárquicos superiores realizan estudios y análisis sobre el trabajo que llevan a cabo los funcionarios de los niveles operativos, que dependen directamente de ellos.

La supervisión permite el desarrollo de procesos educativos, al constatar en los niveles operativos el cumplimiento de normas y procedimientos técnico administrativos aprobadas por el hospital y emitir las recomendaciones necesarias.

2.1 Objetivo

- Capacitar al personal de mandos intermedios del hospital (jefes de departamento y servicios) para el desarrollo de actividades de supervisión, que permitan el control y capacitación en la aplicación de normas y procedimientos establecidos en la institución.

2.2 Contenidos Mínimos

- La supervisión como proceso educativo y de evaluación del desempeño.

- Desarrollo de habilidades de supervisión
- Desarrollo y aplicación de guías de supervisión
- Seguimiento y aplicación de recomendaciones de supervisión

2.3 Resultados Esperados

- Se define el marco conceptual de la supervisión de servicios de salud Se analiza la aplicación de técnicas de comunicación y educación en el proceso de supervisión
- Se elaboran y aplican guías de supervisión por servicio
- Se definen mecanismos para el seguimiento y aplicación de recomendaciones de supervisión en los servicios

2.4. Metodología

La metodología para la capacitación es activo participativa basada en trabajos de grupo para revisión bibliográfica y definiciones conceptuales, elaboración de guías de supervisión, instrumentos para el seguimiento de recomendaciones, prácticas de aplicación en los servicios y sistematización de experiencias.

3. Monitoreo de Actividades de Salud

Se entiende por monitoreo al mecanismo técnico administrativo de vigilancia periódica del cumplimiento de los objetivos y metas trazadas por la institución. Se realiza en los diferentes departamentos y servicios, vigilando del desarrollo de actividades, comparando las mismas de acuerdo a las metas trazadas en el plan operativo y vigilando la calidad de los procesos, permitiendo de esta manera la corrección oportuna de dificultades o problemas identificados.

3.1 Objetivo

- Capacitar al personal de mandos intermedios para el desarrollo de acciones de monitoreo regular y aplicación de instrumentos que permitan vigilar la calidad en los procesos de atención.

3.2 Contenidos Mínimos

- Utilización de instrumentos para el monitoreo de actividades y comparación con metas trazadas en los departamentos, servicios y secciones.
- Definición conceptual de los procesos de control de calidad (auditoría médica y de enfermería, auditoría de recetas, control de calidad en laboratorios y otros).
- Monitoreo de la calidad de atención (auditoría médica y de enfermería)
- Desarrollo de habilidades para la aplicación de instrumentos de auditoría
- Seguimiento en la aplicación de recomendaciones de auditoría
- Círculos de control de calidad

3.3 Resultados Esperados

- Se analizan y aplican instrumentos de monitoreo en los departamentos, servicios y secciones
- Se aplican instrumentos de auditoría médica y de enfermería
- Se definen y aplican mecanismos para el seguimiento de recomendaciones de auditoría
- Se establecen círculos de control de calidad en los servicios

3.4 Metodología

La metodología es activa participativa basada en la aplicación de instrumentos de monitoreo en los servicios, análisis e intercambio de experiencias.

4. Evaluación de Actividades de Salud

Se entiende por evaluación el proceso técnico administrativo que permite comparar los logros alcanzados, de acuerdo a objetivos y metas previamente definidos. Se realiza a través de indicadores de proceso e impacto, en base al sistema de información del hospital.

La evaluación permite emitir juicios de valor y comparativos en base a indicadores, normas y criterios pre establecidos, para generar alternativas en la toma de decisiones, retroalimentar al personal operativo y controlar la eficacia y eficiencia en el desarrollo de actividades.

4.1. Objetivo

- Capacitar y desarrollar habilidades en el personal de mandos intermedios para la utilización y análisis de indicadores de proceso y resultado que permitan la toma de decisiones en base a procesos de evaluación.

4.2 Contenidos Mínimos

- Conceptualización de evaluación
- Obtención de datos para la elaboración de indicadores de evaluación interpretación de indicadores de evaluación
- Planificación de intervenciones en base a resultados de evaluación

4.3 Resultados Esperados

- Se analizan los conceptos de evaluación y se define el mismo para el hospital.
- Se establecen las fuentes para la obtención de datos que permitan estructurar indicadores de evaluación.
- Se analizan indicadores de evaluación y se define su aplicación en el hospital.

- Se desarrollan las bases para la planificación de intervenciones en base a resultados de evaluación.

4.4 Metodología

La metodología para la capacitación es activo participativa, basada en la obtención de datos, formulación de indicadores y desarrollo práctico de acciones evaluativas en los servicios.

VI. Programa de Capacitación para Personal Operativo en los Servicios de Salud

1. Manejo del Expediente Clínico

El expediente clínico es un documento científico y legal, en el cual se registran todos los datos relativos a los usuarios del hospital, como ser: identificación, condiciones socioeconómicas, examen físico general, exámenes de laboratorio, radiología y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados y el resumen de los mismos.

El expediente clínico reúne en un solo documento toda la información necesaria para el diagnóstico y tratamiento, facilitando el control y seguimiento de los usuarios, tanto hospitalizados como ambulatorios y la emisión de certificados y documentos médico legales.

Provee información básica para realizar actividades de docencia e investigación de problemas de salud, además permite la realización de acciones de monitoreo de la calidad asistencias, a través de auditorías médicas y de enfermería.

1.1 Objetivo

- Motivar y capacitar al personal médico y de enfermería para el uso correcto del expediente clínico, como instrumento científico básico en el proceso de atención.

1.2 Contenidos Mínimos

- Disposiciones internas para el manejo del expediente clínico
- Componentes del expediente clínico
- Datos a registrar en el expediente clínico
- Requisitos a considerar en auditorías médicas y de enfermería

1.3 Resultados Esperados

- El personal responsable del manejo del expediente clínico conoce y cumple las disposiciones internas del Hospital para el manejo del mismo.
- El expediente clínico incorpora todos los formularios necesarios para los diferentes componentes de la atención.

- El personal está informado y registra todos los datos considerados en el expediente clínico.
- Se conocen y difunden los instrumentos para la auditoría médica y de enfermería como requisitos a cumplir para el llenado y utilización adecuada del expediente clínico.

1.4 Metodología

La metodología para la capacitación en el tema de manejo del expediente clínico es activo participativo, basada en actividades teórico prácticas en los servicios, estudios de casos y evaluaciones cruzadas por grupos.

2. Relaciones Interpersonales

Las relaciones interpersonales están presentes en toda organización, lo distintivo es el grado de calidad de dichas relaciones, que pueden afectar positiva o negativamente el ambiente de trabajo y por consiguiente la satisfacción y rendimiento del recurso humano.

En el marco de las relaciones interpersonales es muy importante que los individuos conozcan claramente sus competencias, derechos y obligaciones de tal manera que la distribución del trabajo respete las habilidades y conocimientos de las personal. Estos aspectos pueden potenciar todo el desarrollo de las organización y el trabajo en equipo, desarrollando relaciones interpersonales adecuadas.

2.1 Objetivo

Brindar información al personal de salud para el conocimientos de las funciones y competencias al interior de la organización, la distribución del trabajo y el mejoramiento de las relaciones interpersonales.

2.2 Contenidos Mínimos

- Organización y competencias
- La aplicación del refuerzo en las actitudes positivas del personal
- La aplicación de la crítica positiva ante situaciones conflictivas
- Motivación al personal
- El mejoramiento de la comunicación en los equipos de trabajo

2.3 Resultados Esperados

- El personal conoce los aspectos organizativos y competencias asignadas en el hospital.
- Se utilizan técnicas que permiten mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales

- Se difunden los deberes y obligaciones del personal de acuerdo a la estructura organizativa
- Se establecen las características para el trabajo en equipo.

2.4 Metodología

La metodología es activo participativa con trabajos de grupo para análisis de casos, juego de roles y otras técnicas de análisis y reflexión.

3. Educación a los Usuarios/as y la Familia

La educación a los usuarios y la familia es un aspecto importante a desarrollar por el personal de salud del hospital, complementando de esta manera las funciones preventivo promocionales para la atención integral de los problemas de salud.

Es importante capacitar al personal para el desarrollo de programas educativos que incorporen nuevas metodologías y técnicas educativas, en las actividades del hospital, que se proyecten a los usuarios, la familia y la comunidad.

3.1 Objetivo

- Capacitar al personal de salud para la realización de actividades educativas, dirigidas a los usuarios, la familia y la comunidad, que permitan proyectar las acciones preventivo promocionales del hospital en su área de influencia.

3.2 Contenidos Mínimos

- Educación para la salud
- Metodologías para la educación
- Técnicas educativas
- Formulación de programas educativos
- Diseño de materiales educativos

3.3 Resultados Esperados

- El personal conoce y aplica metodologías activo participativas y técnicas educativas, para la educación de los usuarios, familiares y comunidad.
- El personal esta capacitado para formular programas educativos en salud.
- Se conocen y aplican técnicas para el diseño de materiales educativos.

3.4 Metodología

La metodología es activo participativa, basada en trabajos de grupo para actividades prácticas de formulación y realización de programas educativos.

4. Derechos y Deberes de los Usuarios/as

Los usuarios del hospital son los habitantes del área de influencia, que pueden estar sanos o enfermos y demandan atención bajo diversas condiciones como: residencia alejada, marginalidad o abandono, incapacidad socio-económica, restricciones socio culturales, situaciones que el hospital debe considerar para brindar el apoyo necesario de acuerdo a sus posibilidades organizativas.

Los usuarios del hospital al momento de acudir a resolver un problema de salud o realizar un control, establecen una relación con la institución, que implica el establecimiento de derechos y deberes, que hacen posible el funcionamiento de la organización, buscando márgenes de calidad para satisfacer sus necesidades. Es importante el establecimiento y difusión de los derechos y deberes de los usuarios, de tal manera que tanto el personal como la población esté informada de los mismos.

4.1 Objetivo

- Analizar y difundir con el personal de salud los derechos y deberes de los usuarios para brindar una adecuada información y educación a los mismos.

4.2 Contenidos Mínimos

- Condiciones para la atención en consulta externa
- Condiciones para la hospitalización
- Condiciones para la utilización de medios de diagnóstico y tratamiento
- Información y educación a los usuarios y familia
- Consentimiento informado del usuario y familia

4.3 Resultados Esperados

- Se establecen y difunden los derechos y deberes de los usuarios tanto en el personal de salud como en los usuarios Y la familia
- Se realizan actividades de información y educación a los usuarios y la familia
- Se establecen y utilizan mecanismos para el consentimiento informado de lo usuarios y la familia.

4.4. Metodología

La metodología para la capacitación es activo participativa basada en trabajos de grupo para la revisión bibliográfico y definición de los derechos y deberes de los usuarios, y la elaboración de programas o material educativo, además de instrumentos para el consentimiento informado.

VII. Supervisión, Evaluación y Monitoreo del Programa

La ejecución del Programa de Capacitación estará sujeto a acciones de supervisión, evaluación y monitoreo por las instancias de superiores del hospital, dirección y subdirecciones, que brindarán además todo el apoyo necesario para su desarrollo.

VIII. Anexo

Programa de Capacitación

**PROGRAMA DE CAPACITACION PARA JEFES DE SERVICIO
INTEGRANTES DE COMITES DE CALIDAD**

TEMAS DE CAPACITACION

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDOS	RESULTADOS ESPERADOS	METODOLOGIA
Educación permanente	❖ Capacitar al personal de mando intermedio para el desarrollo de procesos de educación permanente al interior del hospital que permitan contar con recursos humanos capacitados y motivados para brindar atención de salud de calidad, de acuerdo a las características propias de la institución	❖ El proceso de educación permanente en salud ❖ Metodologías educativas ❖ Evaluación educativa ❖ Elaboración de programas educativos	❖ Se analizan los conceptos de educación permanente y se realiza la formulación de la propuesta para la implementación de este proceso en el hospital. ❖ Se conocen y analizan diferentes propuestas metodológicas para acciones educativas. ❖ Se analizan y aplican diferentes técnicas en procesos educativos. ❖ Se aplican los lineamientos en la elaboración de programas educativos del hospital	Activo – participativa ❖ Trabajo de grupo ❖ Estudio de casos ❖ Juego de roles
Supervisión de servicios de salud	❖ Capacitar al personal de mandos intermedios del hospital (jefes de departamento, servicios y secciones) para el desarrollo de actividades de supervisión, que permitan el control y capacitación para la aplicación de normas y procedimiento establecidos en la institución	❖ La supervisión como proceso educativo y de evaluación del desempeño ❖ Desarrollo de habilidades de supervisión ❖ Desarrollo y aplicación de guías de supervisión ❖ Seguimiento y aplicación de recomendaciones de supervisión	❖ Se define el marco conceptual de la supervisión de servicios de salud ❖ Se analiza la aplicación de técnicas de comunicación y educación en el proceso de supervisión ❖ Se elaboran y aplican guías de supervisión por servicio	Activo – participativa ❖ Revisión bibliográfica. Elaboración de guías de supervisión ❖ Elaboración de instrumentos para el seguimiento ❖ Aplicación en los servicios ❖ Sistematización de experiencias

			❖ Se definen mecanismos para el seguimiento y aplicación de recomendaciones de supervisión en los servicios	
Monitoreo de actividades de salud	❖ Capacitar al personal de mandos intermedios para el desarrollo de acciones de monitoreo regular y aplicación de instrumentos que permitan vigilar la calidad en los procesos de atención	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilización de instrumentos para el monitoreo de actividades y comparación con metas trazadas en los departamentos, servicios y secciones ❖ Definición conceptual de los procesos de control de calidad (auditoria médica y de enfermería, auditoria de recetas, control de calidad en laboratorios y otros) ❖ Monitoreo de la calidad de atención (auditoria médica y de enfermería) ❖ Desarrollo de habilidades para la aplicación de instrumentos de auditoria ❖ Seguimiento de la aplicación de recomendaciones de auditoria ❖ Círculos de control de calidad 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se analizan y aplican instrumentos de monitoreo en los departamentos, servicios y secciones ❖ Se aplican instrumentos de auditoria médica y de enfermería ❖ Se definen y aplican mecanismos para el seguimiento de recomendaciones de auditoria ❖ Se establecen círculos de control de calidad en los servicios 	Activo – participativa <ul style="list-style-type: none"> ❖ Aplicación de instrumentos de monitoreo en los servicios ❖ Análisis e intercambio de experiencias
Evaluación de actividades de salud	❖ Capacitar y desarrollar habilidades en el personal de mandos intermedios para la utilización y análisis de indicadores de	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conceptualización de evaluación ❖ Obtención de datos para la elaboración de indicadores de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se analizan los conceptos de evaluación y se define el mismo para el hospital ❖ Se establecen las fuentes 	Activo – participativa <ul style="list-style-type: none"> ❖ Obtención de datos ❖ Formulación de indicadores ❖ Desarrollo práctico de

	<p>proceso y resultado que permitan la toma de decisiones en base a procesos de evaluación</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Interpretación de indicadores de evaluación ❖ Planificación de intervenciones en base a resultados de evaluación 	<p>para la obtención de datos que permitan estructurar indicadores de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se analizan indicadores de evaluación y se define su aplicación en el hospital ❖ Se desarrollan las bases para la planificación de intervenciones en base a resultados de evaluación ❖ Se analizan los conceptos de evaluación y se define el mismo para el hospital 	<p>acciones evaluativas en los servicios</p>
--	--	---	---	--

**PROGRAMA DE CAPACITACION PARA PERSONAL OPERATIVO
EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

TEMAS DE CAPACITACION

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDOS	RESULTADOS ESPERADOS	METODOLOGIA
Manejo de expediente clínico	❖ Motivar y capacitar al personal médico y de enfermería para el uso correcto del expediente clínico, como instrumento científico básico en el proceso de atención	❖ Disposiciones internas para el manejo del expediente clínico ❖ Componentes del expediente clínico ❖ Datos a registrar en el expediente clínico ❖ Requisitos a considerar en auditorías médicas y de enfermería ❖ El proceso de educación permanente en salud ❖ Metodologías educativas ❖ Técnicas educativas ❖ Evaluación educativa ❖ Elaboración de programas educativos	❖ El personal responsable del manejo del expediente clínico conoce y cumple las disposiciones internas del hospital para el manejo del expediente clínico ❖ El expediente clínico incorpora todos los formularios necesarios para los diferentes componentes de la atención ❖ El personal está informado y registra todos los datos considerados en el expediente clínico ❖ Se conocen y difunden los instrumentos para la auditoría médica y de enfermería	Activo – participativa ❖ Actividades teórico prácticas en los servicios ❖ Estudios de casos evaluaciones cruzadas por grupos
Relaciones interpersonales	❖ Brindar información al personal de salud para el conocimiento de las funciones y competencias al interior de la organización, la distribución del trabajo y el mejoramiento de las relaciones interpersonales	❖ Organización y competencia ❖ La aplicación del refuerzo en las actitudes positivas del personal ❖ La aplicación de la crítica positiva ante situaciones conflictivas ❖ Motivación al personal ❖ El mejoramiento de la comunicación en los	❖ El personal conoce los aspectos organizativos y competencias asignadas en el hospital ❖ Se utilizan técnicas que permiten mejorar la comunicación y las relaciones interpersonales ❖ Se difunden los deberes y obligaciones del personal de acuerdo a la estructura	Activo – participativa ❖ Trabajos de grupo ❖ Análisis de casos ❖ Juego de roles ❖ Técnicas de análisis y reflexión

		equipos de trabajo	organizativa ❖ Se establecen las características para el trabajo en equipo	
Educación a los usuarios y a la familia	❖ Capacitar al personal de salud para la realización de actividades educativas dirigidas a los usuarios, la familia y la comunidad que permitan proyectar las acciones preventivo promocionales del hospital en su área de influencia	❖ Educación para la salud ❖ Metodologías para la educación ❖ Técnicas educativas ❖ Formulación de programas educativos ❖ Diseño de materiales educativos	❖ El personal conoce y aplica metodologías activo participativa y técnicas para la educación de los usuarios, familiares y comunidad ❖ El personal está capacitado para formular programas educativos en salud ❖ Se conocen y aplican técnicas para el diseño de materiales educativos	Activo – participativa ❖ Trabajos de grupo ❖ Actividades prácticas de formulación y realización de programas educativos
Derechos y deberes de los usuarios	❖ Analizar y difundir con el personal de salud los derechos y deberes de los usuarios para brindar una adecuada información y educación a los mismos	❖ Condiciones para la atención en consulta externa ❖ Condiciones para la hospitalización ❖ Condiciones para la utilización de medios de diagnóstico y tratamiento ❖ Información y educación a los usuarios y familia ❖ Consentimiento informado del usuario y familia	❖ Se establecen y difunden los derechos y deberes de los usuarios tanto en el personal de salud como en los usuarios y la familia ❖ Se realizan actividades de información y educación a los usuarios y la familia ❖ Se establecen y utilizan mecanismos para el consentimiento informado de los usuarios y la familia	Activo – participativa ❖ Revisión bibliográfica. Definición de los derechos y deberes de los usuarios ❖ Elaboración de programas o material educativo ❖ Elaboración de instrumentos para el consentimiento informado

Guía #15

Revisión de Historias Clínicas

Seleccione del archivo 10 expedientes al azar, de pacientes que han estado ingresados en el último mes, en diferentes servicios y revise los siguientes aspectos.

Nombre del Hospital: _____

Fecha: _____

Nombre del revisor: _____

LISTA DE VERIFICACION	Número de Expediente										TOTAL
Historia Clínica hecha (1)											
Examen Físico realizado											
Diagnostico de ingreso											
Indicación de pruebas para confirmar diagnóstico											
Nota de evolución médica diaria legible											
Ordenes médicas legibles y de acuerdo a procedimientos para la patología											
Indicadores de Medicamentos: ❖ Hora de administración ❖ Nombre del medicamentos ❖ Potencia (Mg, mm, uds) ❖ Volumen ❖ Vía de administración											
Dieta											
Notas de evolución de enfermería legibles											
Hoja de temperatura y signos vitales completados de acuerdo a órdenes											
Medicamentos aplicados de											

acuerdo a órdenes médicas (ver hoja de enfermería)											
Diagnóstico de egreso (definitivo)											
Codificación del diagnóstico (CIE 9 ó 10)											
Condición al alta											
PARA PACIENTES QUIRURGUCOS											
Procedimiento quirúrgico descrito											
Procedimiento anestesia descrito											
Complicaciones en transquirúrgico											
Complicaciones en postquirúrgico											

(1)

Incluye causa de visita, antecedentes personales y familiares, revisión por sistemas, entre otros aspectos de la anamnesis . Se codifica de la siguiente manera:

- 1 Completa
- 2. Incompleta
- 3. No se hizo

Guía #16

El Proceso de Gestión de la Calidad¹¹

En los últimos años, es notorio el gran auge que ha tenido el tema de calidad y los diferentes métodos empleados para conseguir prestar servicios de calidad. Si bien la calidad ha sido una preocupación permanente de todos los profesionales de la salud, en algunos ámbitos se ha difundido la idea equivocada de que la calidad se da “per se” en la atención, que se mejora solamente con la voluntad de hacerlo o que es un problema que se resuelve a través de auditorías y sanciones.

Las prestaciones de servicios de salud tienen frente a ellos a usuarios cada vez más informados y exigentes, que comparan y escogen las diferentes opciones que les ofrecen prestadores y aseguradores. Los administradores son más conscientes de los altos costos de la falta de calidad y están sometidos a una gran presión para ser productivos por la escasez de recursos en los sistemas de salud. Por ello, surge un nuevo interés por la calidad donde, además de estrategias tradicionalmente utilizadas como la auditoría, se busca aplicar a la salud una serie de herramientas gerenciales a partir de experiencias acumuladas en otros campos, que destacan la importancia del liderazgo de la alta dirección y el trabajo permanente en equipo.

En la actualidad la atención en salud es objeto de gran preocupación por el control de costos, el plan de servicios ofrecido, el dinero que reciben los aseguradores de riesgo por cada asegurado, las tarifas, la forma de contratación de servicios y las dificultades financieras por las que usualmente atraviesa el sector salud. La experiencia mundial en relación con la eficiencia en salud ha demostrado que un excesivo interés por la producción y el control de costos produce Resultados exitosos, pero con un grave riesgo potencial para la calidad de la atención, en muchos países no existen incentivos que favorezcan a aquellas instituciones que ofrecen atención de mejor calidad. Esto podría hacer que la búsqueda de eficiencia y la ampliación de la cobertura en la atención en salud acarreen como consecuencia no deseada un descenso de la calidad, por ello, la mejora de la eficiencia y la producción en salud debe acompañarse de una vigilancia y mejoramiento permanentes de la calidad de los servicios, de tal manera que el esfuerzo se oriente hacia las decisiones que tengan en cuenta las relaciones entre el costo y el beneficio de las prestaciones y hacia el desarrollo organizativo, en un ambiente de mejora continua de la calidad de la atención.

Algunos países de América Latina han iniciado recientemente importantes esfuerzos institucionales por elevar la calidad de la atención de la salud. Sin embargo, a los programas de garantía de calidad de la Región les queda un largo camino por recorrer. En el marco de los procesos de reforma del sector salud son aún pocos los países que han logrado avances significativos en la organización y puesta en marcha de programas o

¹¹ Tomado del libro: la Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Capítulo #8, páginas 192-222. OPS, Washington D.C.. OPS-2001

mecanismos estables de garantía de la calidad. Sin embargo, se identifica una tendencia clara, aunque incipiente, hacia la superación de la etapa de las experiencias aisladas y hacia el fortalecimiento de estrategias de garantía de calidad integradas en el conjunto de intervenciones de las reformas del sector salud.

Definiciones y dimensiones de la calidad

Enfoques conceptuales

En los artículos publicados sobre este tema se distinguen tres niveles en los conceptos de gerencia de calidad:

- El primero es el del control de la calidad, con el cual se busca la conformidad de un producto o servicio con las normas establecidas. El método consiste en prever lo que se hará, escribir lo que se prevé, hacer lo que está escrito, controlar y corregir las disparidades, y llevar un registro por escrito. Este método se resume en la espiral de Deming (planificar-hacer-controlar-actuar), que se abordará más adelante.
- El segundo es el de la garantía de la calidad, con la cual se busca la confianza en la obtención de la calidad. Con ese fin conviene demostrar que se respeta el método señalado en el párrafo precedente y organizarlo mediante un control externo (fiscalización, certificación, acreditación, etiquetado).
- El tercero y último nivel es el de gestión o gerencia para la calidad, definido por la ISO como «modalidad de gestión de un organismo centrada en la calidad, basada en la participación de todos sus integrantes, que busca el éxito de largo plazo mediante la satisfacción del cliente y ofrece ventajas para todos los integrantes del organismo y para la sociedad».

Principios básicos

Es posible articular una visión de la calidad en torno a principios rectores, tales como equidad, eficacia, eficiencia y enfoque de cliente.

La equidad es un principio distributivo de beneficios y de acceso al sistema, que encierra un sentido de solidaridad condicionado principalmente por las características de las necesidades del usuario y de los factores de medio. El acceso, sin limitaciones físicas, culturales, económicas o de otra naturaleza, privilegia el concepto de red de servicios y el fortalecimiento de los mecanismos de referencia del sistema de salud.

La eficacia se refiere especialmente a la aplicación y combinación en condiciones ideales de recursos y tecnología para producir un impacto específico en la situación de salud. De nuevo, el concepto de equilibrio implica que el impacto es individual, pero tal vez más importante, social. La eficacia involucra, por una parte, la aportación agregada de la institución a la solución del problema social (salud y sus condicionantes sociales) mediante sus procesos de planificación y gestión global de recursos y, por otra, la relación individual con el paciente, donde la calidad clínica es fundamental.

La eficiencia se refiere a la aplicación de los recursos, de tal manera que se pueda obtener el mejor producto, social o individual, al menor costo posible. La aplicación de este principio demanda una visión distinta de la que prevalece en el contexto hospitalario. Se hacen necesarios procesos educativos y de investigación para establecer las relaciones de costo-beneficio de acciones inmediatas cuyo impacto social no tiene la inmediatez del tratamiento de la enfermedad.

Finalmente, el **enfoque de satisfacción del cliente** supone una acción que produzca la satisfacción del usuario ante un servicio que se le brinda en condiciones compatibles con la dignidad personal y acorde con sus propios valores. La satisfacción del cliente puede implicar aspectos objetivos y subjetivos, en los cuales intervienen las percepciones de los actores que prestan y reciben servicios.

La calidad de la atención es específicamente una manifestación de la combinación de estos principios, en la cual ninguno de ellos tiene un comportamiento independiente, aún cuando la equidad depende de factores propios de la prestación del servicio médico y de la distribución de los recursos que se traducen en beneficios individuales o sociales. La eficacia guarda relación con la aplicación en condiciones ideales de tecnología, pero también de los recursos y de la infraestructura, y la eficiencia está asociada con la gestión de los sistemas de salud. La satisfacción del usuario depende en gran medida de los tres principios anteriores, pero igualmente encuentra componentes propios en los patrones culturales y percepciones sociales de la salud. El punto que ha de subrayarse es que las fortalezas o debilidades de cualquiera de estos principios fortalece o debilita a los restantes.

El desarrollo de una visión de calidad en torno a estos principios tiene el potencial de facilitar y promover un equilibrio institucional sustentado en la calidad del acto clínico, el respeto a la dignidad del usuario, la eficiencia de los procesos internos de gestión y la proyección social del hospital. Su aplicación, sin embargo, no está exenta de dificultades. Por una parte, la visión de calidad debe ser articulada por la dirección del hospital, pero compartida por todo el personal de la institución. De lo contrario, ésta se vértebra en torno a la visión limitada de la relación médico-paciente y no en la perspectiva más amplia de la relación hospital-sociedad. Por otra parte, la percepción de cómo la eficiencia afecta la calidad de la salud individual y colectiva a menudo representa un conflicto, expresado en las dicotomías frecuentes entre la gestión clínica y la gestión administrativa. La visión integral de la calidad en los términos enunciados constituye una forma de superar el frecuente sesgo del director hacia su formación clínica en detrimento de su papel principal de gerente de procesos y recursos.

Para mejorar el conjunto de las características de equidad, eficacia, eficiencia y satisfacción del cliente, es necesario plantear procesos diferentes a los tradicionales. Primero, es esencial tener una visión integral del cambio que incorpore como punto central un proceso y una cultura de calidad. Segundo, esa visión tiene que ser compartida por la mayor parte del personal. Tercero, se deben desarrollar aplicaciones selectivas y estratégicas de la calidad para generar credibilidad entre el personal y los usuarios. Por último, la equidad, la eficacia, la efectividad, la eficiencia y el enfoque de satisfacción del cliente deben tener una expresión concreta, objetiva y en lo posible cuantitativa.

Definiciones

Numerosos autores de renombre han elaborado diferentes definiciones de calidad que no son mutuamente excluyentes. En sus diferencias y semejanzas hay gran posibilidad de enriquecerse y aprender sobre el concepto de calidad.

El Dr. Avedis Donabedian, la persona más reconocida mundialmente en el tema, la define como «lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos». La Dra. Heather Palmer, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, la define como «la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario», y el Dr. Vicente Falconi provee una definición general de calidad para cualquier servicio o producto: «atender perfectamente, de manera confiable, de manera accesible, de manera segura, y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario».

Dimensiones de la calidad

En las definiciones anteriores del concepto de calidad existen varias dimensiones que merecen ser consideradas en detalle. La primera es la dimensión técnica, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponibles en favor del paciente. Es aquella que tradicionalmente han privilegiado los profesionales de la salud, y que depende fundamenta pero no exclusivamente de sus cualidades y capacitación.

La segunda dimensión es la seguridad, que se mide en el riesgo que acarrear los servicios ofrecidos para el paciente. Ésta depende de su condición, de la eficacia de la estrategia definida y de la destreza con que se aplique. A partir de un momento dado en la atención de un paciente, los servicios que se añaden puede traer un aumento mucho mayor de riesgos que de beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos, Sobre este particular se hace hincapié en que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

La tercera dimensión de la calidad es el grado en que el servicio satisface las necesidades sentidas del usuario. Donabedian considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto por el paciente y permitir su privacidad y comodidad, Esta dimensión es parte integral de la calidad de la atención, ya que puede influir decisivamente en la aceptabilidad por parte del paciente y, por ello, en el éxito de la atención y en los beneficios que brinda. Palmer añade a esta dimensión la facilidad de acceso. Algunos textos distinguen esta «calidad sentida o percibido por el usuario» de la «calidad técnica», que atañe más bien al territorio de los profesionales, Sin embargo, algunos autores han apuntado que también los usuarios, incluso aquellos con un aparente bajo nivel de conocimientos médicos, son capaces de juzgar el acto médico. De esta manera, la «calidad sentida o percibido por el usuario» comprendería no solamente aspectos tales como la comodidad, el trato, la privacidad, el tiempo de espera, sino también que el usuario es capaz *de percibir* aspectos de la calidad técnica desde su propia perspectiva y sus valores.

La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y los riesgos que se derivan de ella. Mejorar la calidad puede redundar en un aumento de los costos, pero el uso innecesario o inadecuado de servicios aumenta los costos sin acrecentar la calidad, dilapidando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales y cuyo costo afecta al acceso y la continuidad. Así, si se suprimen servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador o asegurador puede invertir en calidad.

Es importante resaltar, como lo hace Donabedian, que la satisfacción de los proveedores de la atención es una causa principal de su buen desempeño, por lo cual es un condicionante fundamental de la calidad. Por añadidura, la calidad alcanza distintos grados y puede analizarse desde diferentes ópticas. El profesional o los grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben emplearse, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario. Este evaluará los beneficios de su atención por medio de variables objetivas y subjetivas, como el trato que recibió, el lugar donde fue atendido, la oportunidad, la confianza que le generó el prestador del servicio y el resultado obtenido, y muchos juzgarán también los aspectos técnicos desde su propia perspectiva. Por ello, la capacidad de educar al usuario para que participe en las decisiones relativas a su atención es una característica sobresaliente de calidad. Finalmente, al considerar la atención de salud como un bien público, cuyos beneficios y riesgos sobrepasan al propio individuo, la sociedad debe evaluar la calidad de la atención como el agregado de beneficios que obtenga toda la población, dando preferencia en el juicio que se emita sobre la calidad a procedimientos que puedan satisfacer las necesidades de muchos, incluyendo la equidad y el acceso.

La calidad es, por tanto, un concepto relativo que demanda unos puntos de referencia para hacer comparaciones (estándares). Estos estándares reflejarán un consenso y una valoración social sobre el modo de obtener mayores beneficios para un paciente o para toda la población.

La preocupación por mejorar la calidad debe existir y puede ser evaluada por cada proveedor que preste individualmente un servicio, por un grupo de ellos que participe en la atención, por una institución que los agrupe, por las empresas que contraten sus servicios, por los usuarios, a nivel individual o en grupo, o por una localidad, municipio, departamento o país.

Calidad: el espacio del qué hacer y el del cómo hacerlo

Al definir la calidad en sentido lato, Juran la planteó como «hacer lo correcto de manera correcta, de inmediato». Aparecen así dos espacios de análisis: el primero se refiere a la calidad entendida como *qué hacer*, y el segundo, como *cómo hacerlo*. Puede añadirse que estos espacios habrán de plantearse en referencia a lograr la satisfacción del usuario, tanto a nivel individual como colectivo.

El espacio del qué hacer respecto al usuario colectivo e individual

Para que la calidad pueda darse en una perspectiva más amplia que la del acto clínico, deben existir relaciones de coherencia entre tres elementos fundamentales: la situación de

salud de las personas, como problema específico, la situación social, como condicionante de la salud, y la situación institucional, como determinante de la respuesta al problema de salud. Esta coherencia permite que el sistema en su conjunto sea capaz de dar una respuesta efectiva que resuelva no sólo las manifestaciones más evidentes de la salud (la enfermedad individual), sino también sus causas subyacentes. Por ello, tendría poco sentido e impacto atender aisladamente el problema de la calidad clínica de la atención, si el sistema es desde el punto de vista social incapaz de producir un impacto razonable en función de los recursos invertidos en la salud y de los condicionantes sociales de la situación de salud.

Las relaciones de coherencia, esenciales como marco para la calidad, están condicionadas por la concepción política de la respuesta a los problemas de salud que se expresa en los modelos aplicados del sistema de salud. En la Región, muchos de estos modelos privilegian la organización de los sistemas de salud en torno a la separación de tres funciones principales: la conducción política (rectoría y regulación), el financiamiento y la prestación de servicios. La experiencia es reciente y difícil de caracterizar, pero tal parece que el eslabón más frágil es el de la conducción política y, por tanto, en él predomina la relación entre el ente financiero y el sistema de prestación de servicios. A su vez, el sistema de prestación de servicios adolece de algunos viejos problemas, cuyo peso relativo define el carácter del sistema de salud en su conjunto. En efecto, la presencia del hospital sigue siendo predominante, por su ubicación en los centros urbanos, la exposición de sus problemas en los medios de comunicación, el acceso a los centros de poder y la capacidad para expresar sus problemas en torno a la escasez de recursos, un tanto al margen de la eficiencia. Se presenta en consecuencia una situación de concentración de recursos inversamente proporcional a la contribución que el hospital aporta a la salud y al bienestar. De hecho, la prominencia económica e institucional de los hospitales imprime a la planificación de los sistemas de salud un carácter reactivo y una orientación biologista cuyas consecuencias sociales han sido ampliamente expuestas en la bibliografía sanitaria latinoamericana, tal como se expuso en capítulos precedentes.

Paralelamente, la práctica de la Salud Pública se debilita y comienzan a surgir dudas sobre la capacidad de los nuevos modelos para afrontar acciones tradicionalmente consideradas costo-efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles. La investigación de contactos en ciertas enfermedades transmisibles, la promoción de medidas preventivas cada vez que se produce contactos con grupos especiales de riesgo y la promoción de estilos saludables constituyen acciones que no encuentran el espacio apropiado en instituciones preocupadas muchas veces por la reducción de costos y el cumplimiento de los compromisos de gestión regulados por el financiamiento. Algunos países han hecho nuevas inversiones en infraestructura para fortalecer la atención primaria y mantener acciones tradicionales de salud Pública consideradas de bajo costo y alta efectividad. Con frecuencia, estas decisiones conllevan la intención no siempre explícita de aliviar la congestión de los hospitales urbanos, sin atacar a fondo los problemas sustantivos que la generan. Además, la cultura institucional prevaleciente se infiltra a la larga en dichas instituciones, generando formas de comportamiento similares a las del sistema hospitalario. De nuevo, se nota una resistencia a la acción comunitaria, la promoción y la prevención.

Si el producto que las instituciones y el sistema de salud ofrecen (el *qué hacer*) no guarda una relación de coherencia con las características sociales y epidemiológicas de la

población, el impacto de cualquier otro elemento de calidad de la atención es exiguo. No obstante, se encuentran grandes limitaciones en el plano de los instrumentos que permiten medir o caracterizar objetivamente esa relación.

En ausencia de instrumentos de análisis y de control de esta coherencia, las instituciones mantienen, algunas veces durante décadas, un producto inapropiado para la naturaleza del problema e invierten cuantiosos recursos en acciones que poco aportan al desarrollo y al bienestar de la población. Las pruebas disponibles parecen indicar que éste es y ha sido el meollo de la crisis e incluso la raíz del conflicto ideológico sobre la función del Estado en el sector social. Los indicadores hablan por sí mismos: en décadas recientes el sector salud ha tenido, aún durante la llamada década perdida, aumentos importantes de recursos, pero el problema de salud ha mantenido sus características básicas.

¿Qué hacer entonces para dar coherencia a estas relaciones, de tal manera que se puedan realizar progresos sustantivos en la calidad como un medio hacia la excelencia y la competitividad? Primero, es necesario plantear el problema en los foros internacionales y que se promueva una actitud crítica frente a los modelos vigentes. En este esfuerzo existen serios riesgos y posibilidades. El reto principal es encontrar formas de reencauzar los modelos y los sistemas, para corregir algunas deficiencias obvias y hacerlo con la prontitud necesaria, de tal manera que el deterioro social de la salud se pueda corregir a tiempo.

Segundo, es menester replantear la problemática hospitalaria y sus soluciones, acaso rescatando los diagnósticos que no escasean en América Latina y el Caribe, y que con frecuencia han sido soslayado en los procesos de modernización, la medicalización de la salud, el desequilibrio en la distribución de los recursos, el síndrome de la escasez de recursos,¹² la segmentación, desintegración y deficiencias en la capacidad de trabajo en red de nuestros sistemas, y otros problemas están ampliamente documentados en la bibliografía sanitaria de la Región.

Tercero, es necesario rescatar los principios tradicionales de la Salud Pública y aumentar su presencia en la distribución de los recursos. En este sentido, es menester afinar los conceptos que regulan los compromisos o acuerdos de gestión, de tal manera que incorporen medidas de alto beneficio social y bajo costo relativo en el campo de promoción, la prevención y la proyección social y comunitaria de las acciones hospitalarias. Esto no es fácil, especialmente cuando el recurso invertido en la salud se ve en función de su efecto inmediato (por Ej., la restauración de la salud individual) y no de su impacto social a corto, mediano y largo plazo (por Ej., estilos de vida saludables, la lucha contra las enfermedades transmisibles, etc.).

A partir de una mejor caracterización de las necesidades de salud de la población, tanto en sus manifestaciones externas como en sus causas subyacentes, es preciso preguntarse si la composición de los programas (asociada con la estructura de recursos) es la adecuada para producir el cambio que se desea en las condiciones de salud de la población. En este

¹² Este síndrome surge cuando se establece una relación *a priori* entre la presencia de un problema y la escasez de recursos. Por las razones consignadas, es frecuente que el hospital genere situaciones de crisis que se afrontan mediante la incorporación de recursos frescos son atacar las causas fundamentales. El resultado de que los problemas se mantienen, pero los niveles de ineficiencia tienden a aumentar.

proceso es posible encontrar formas más efectivas y a un tiempo económicas -no necesariamente alternativas, sino complementarias- de tratar el problema en sus causas fundamentales y observar, a corto, mediano y largo plazo, un impacto real en la transformación del problema de la salud.

La calidad es un proceso que trasciende la mera relación directa entre el médico y el paciente, aún cuando esta relación constituye un eslabón crítico del proceso que empieza por las relaciones de coherencia entre situación de salud, situación social y situación institucional, y que incluye procesos administrativos y logísticos que sientan las bases para que ciertos recursos esenciales tengan las características que exige la efectividad del acto médico y fluyan de forma oportuna.

En la dimensión del servicio es necesario desarrollar mecanismos para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y la forma como éstas se traducen en características de la atención. Con respecto a las expectativas, se ha de analizar el trato, la información recibida por el beneficiario y la facilidad de acceso, la oportunidad de respuesta, los tiempos de espera, así como las condiciones en que se presta la atención: el orden, el aseo, la comodidad y la intimidad; y si se tienen mecanismos sistemáticos de capacitación al usuario para hacerlo participe de las decisiones referentes a su propio cuidado.

El espacio del *cómo* hacerlo

Una vez definido el *qué hacer*, para responder a las necesidades del usuario o cliente en su dimensión colectiva e individual, el siguiente momento del enfoque de la calidad corresponde a establecer la forma adecuada en que las acciones escogidas de atención en salud deben llevarse a cabo. En este punto se introduce una idea fundamental: la atención en salud no puede prestarse de cualquier manera, ni del modo que le parece adecuado a cada proveedor de salud, sino que es necesario establecer una forma *correcta* de prestarla. Esta manera *correcta* se expresa en lo que se ha venido en llamar *estándares de calidad*. Un estándar de calidad representa un consenso sobre las características óptimas que debe tener un determinado insumo, proceso o resultado en la prestación de un servicio de salud. Tal consenso a menudo se fundamenta en el conocimiento o las pruebas o datos científico-técnicos (*evidence*), en un equilibrio con las necesidades y preferencias del usuario, dentro de los límites impuestos por las posibilidades del contexto. En este sentido, los estándares de calidad no son estáticos, sino que están en constante evolución y perfeccionamiento en dependencia de los avances de las bases en las que su definición se sustenta.

Puede decirse genéricamente que un estándar es «Un estado de la calidad esperada», «alguna cosa considerada por una autoridad o por el consenso general como una base de comparación», «un modelo probado que es usado como base para emitir un juicio». Según otras definiciones «Son las señales que se pueden utilizar y ayudan a orientar el desempeño, por lo tanto es necesario que estén bien definidas, claras y conocidas por todos». «Son los requisitos y exigencias previamente conocidos y aceptados, con los cuales medimos la calidad de la atención», Para el *proyecto de garantía de calidad (QAP)*, un estándar de calidad «es una declaración de la calidad esperada, expresada como pautas de ejecución, especificaciones, guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos administrativos o

gerenciales». En algunas ocasiones, *norma* es otro término general utilizado para describir varios tipos de estándares, por lo cual se considera sinónimo.

Es evidente que el concepto de estándar refleja un acuerdo definido de manera consensuado por un grupo *ad hoc*. En este sentido, los estándares no serían verdades universales, sino acuerdos sobre la mejor manera de organizar y ejecutar las acciones que conduzcan a la obtención de los Resultados que se buscan. Esto es verdad incluso para el caso de los estándares clínicos, que a pesar de estar basados en el conocimiento de la ciencia biomédica, suelen ser objeto de importantes debates antes y después de ser establecidos en un contexto determinado. Los estándares son útiles para los siguientes propósitos:

1. Para hacer una declaración explícita de la calidad esperada, del proceso de la atención y de sus productos.
2. Para identificar las deficiencias en los insumos, procesos y resultados.
3. Para indicar quién debería estar ejecutando determinadas partes del proceso y de qué forma
4. Para medir la brecha entre el desempeño real y el esperado o previsto por la organización y encontrar oportunidades de mejora de la calidad.

Frente a una cultura de actuación en contextos institucionales caracterizados por la indiferencia, la subjetividad o la incertidumbre, los estándares, los protocolos y las guías prácticas de atención establecen parámetros para actuar en el espacio y el tiempo. En ellos se debe enmarcar la acción individual y colectiva de la institución para lograr resultados o productos cuyas características han sido previamente estipuladas con claridad y objetividad

En ausencia de estos estándares, cada agente de prestación de servicios crea su propio patrón de atención, esto es su propio estándar o protocolo que puede o no coincidir con el estado actual del conocimiento y de la tecnología. De otro modo no se explican las marcadas variaciones en la práctica clínica bajo condiciones aparentemente similares. En las siguientes figuras se ilustra lo que ocurre cuando se depende de la iniciativa particular del médico para aplicar los estándares que le fueron transmitidos durante su formación universitaria. En el transcurso de la vida profesional se desarrollan nuestras propias concepciones sobre la práctica profesional, muchas veces en ausencia de un patrón estandarizado que pueda guiar las conductas técnicas. De los estándares para la atención directa y para otros procesos auxiliares diagnósticos y terapéuticos, así como de los administrativos, se generan indicadores de insumos, proceso y resultado que permiten evaluar la calidad de la atención. La aplicación de métodos cuantitativos confiere una característica especial a los logros en calidad y los torna objetivamente verificables. De otro modo, la evaluación de la calidad se reduciría a la aplicación de criterios subjetivos y apreciaciones personales que tienen una frágil base objetiva y científica.

Aunque en años recientes ha aparecido y aumentado una tendencia hacia la estandarización en América Latina, la inmensa mayoría de los hospitales no cuentan aún con protocolos ni estándares para enfermedades y prestaciones específicas. Por ello, es frecuente escuchar afirmaciones sobre la calidad de la atención cargadas de subjetividad. Dos obstáculos importantes que se han observado son, por un lado, la cultura institucional que privilegia el individualismo en la práctica médica hospitalaria en detrimento del trabajo en equipo y, por

otro, la opinión personal del médico de la más alta jerarquía en perjuicio de la medicina basada en pruebas (evidence based medicine) como criterio de validez y calidad técnica.

Los protocolos y guías de práctica clínica no sólo regulan las acciones más directas entre el médico y el paciente, sino también otros insumos y procesos de la atención sanitaria, lo cual los convierte en un parámetro regulador de servicios tan importantes como el quirófano, el laboratorio clínico, radiología. Por otra parte, constituyen una base científica para regular la provisión de insumos materiales esenciales (por Ej., medicamentos y material médico-quirúrgico), así como de los procesos logísticos respectivos.

Los estándares pueden ser administrativos o clínicos dependiendo del campo en que se apliquen. Los estándares administrativos son declaraciones de la calidad esperada para el cumplimiento de las acciones administrativas que se desarrollan en el hospital, y los clínicos, declaraciones de la calidad esperada y relacionada con los aspectos clínicos de la atención. Ambos tipos de estándares, a su vez, pueden referirse a insumos, procesos o resultados.

Estándares de insumos (entradas)

Los estándares de insumos (entradas) declaran las condiciones deseadas de los recursos del sistema de salud, los requerimientos específicos de personal, políticas, planes, normas, procedimientos, equipos, local, muebles, materiales e insumos que sean necesarios para la entrega de servicios. Como ejemplos cabe citar los siguientes:

- a) Los medicamentos que se compren para la farmacia del hospital serán seleccionados entre los que figuren en la lista de medicamentos básicos aprobado por la dirección.
- b) Todos los consultorios de consultas externas del hospital dispondrán al menos de un escritorio, una silla para el profesional, dos sillas para los usuarios, equipo de diagnóstico, estetoscopio, formularios y material fungible.

Estándares de proceso

Son normas de ejecución de procesos de práctica clínica o procedimientos administrativos y gerenciales cuya finalidad es reducir las variaciones no deseadas en la prestación de servicios clínicos, técnicos, de apoyo y administrativos. Por ejemplo:

- a) En toda paciente de parto deberá rellenarse y representarse gráficamente, con claridad, el partograma en todas sus secciones, y éste se utilizará como instrumento de apoyo en la toma de decisiones.
- b) Toda orden de compra aprobada hasta un monto prefijado deberá llevar las firmas de autorización del director financiero y del director del hospital.

Estándares de resultados

Son aquellas declaraciones que por lo general se refieren a los resultados directos de un proceso, aunque a veces se pueden consignar los efectos indirectos sobre los clientes o a los impactos más indirectos sobre la comunidad en general. Por ejemplo:

- a) El 100% de usuarios estarán satisfechos con la atención médica recibida en la consulta externa del hospital.

- b) Todos los niños menores de 5 años del área de influencia estarán vacunados con terceras dosis de vacuna DPT.

Cuadro 1		
Taxonomía de los estándares		
Estándares por		
Componentes del sistema	Campo de acción	
	Administrativo	Clínico
Insumo	Políticas administrativas: <ul style="list-style-type: none"> • Políticas de los departamentos • Reglamentos y disposiciones para el personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Descripciones de funciones • Descripciones de equipos
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos operativos estandarizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Algoritmos clínico-quirúrgicos • Mapas de atención • Pautas de práctica clínica • Procedimientos • Protocolos
Resultado	Resultados administrativos	Resultados clínicos o de satisfacción del usuario

Como es frecuente encontrar numerosos términos asociados con el concepto básico de estándar, a continuación se definen algunos de los usados con mayor frecuencia.

Campo administrativo. Procedimientos operativos estandarizados. Son procesos de gestión que describen las etapas cronológicas que han de seguirse y las decisiones que deben tomarse en la realización de una tarea o el desempeño de una función, Sinónimo: procedimientos de gestión.

Reglamentos Una o más declaraciones o instrucciones que especifican las decisiones y acciones que han de seguirse en situaciones específicas. Su omisión acarrea a menudo una sanción o consecuencia.

Campo clínico. Especificaciones: una declaración explícita de las características requeridas para un insumo utilizado en el sistema de atención de salud; por lo general se relacionan con los suministros, el equipo y las estructuras físicas empleadas en la prestación de los servicios de salud.

Descripciones de funciones Un documento que esboza el papel y las responsabilidades de un cargo concreto; suelen mencionarse el propósito del cargo, así como las calificaciones requeridas para desempeñarlo.

Algoritmo. Estrategias recomendadas para la gestión de pacientes y diseñadas para dirigir la toma de decisiones (por Ej., diagrama estructurado, árbol de decisiones o matriz de decisiones)

Trayectorias clínicas. Son las herramientas de gestión de la atención al paciente que permiten organizar, determinar la secuencia y regular las grandes intervenciones del

personal de enfermería, médico y de los departamentos en un paciente concreto (por Ej., la atención del parto o una intervención quirúrgica como la histerectomía). Sinónimos: ruta crítica, mapa de atención.

Directrices de la práctica clínica. Constituyen planteamientos elaborados sistemáticamente y a menudo basados en pruebas científicas, cuya finalidad es ayudar a los médicos a tomar decisiones acerca de la atención de salud apropiada en circunstancias clínicas específicas. Sinónimos: directrices de prácticas, directrices, parámetros de prácticas.

Normas. Un término utilizado en varias regiones del mundo como sinónimo de estándar.

Protocolo, Un plan o secuencia de etapas e instrucciones que deben seguirse en un estudio, una investigación, una intervención quirúrgica o un tratamiento específico.

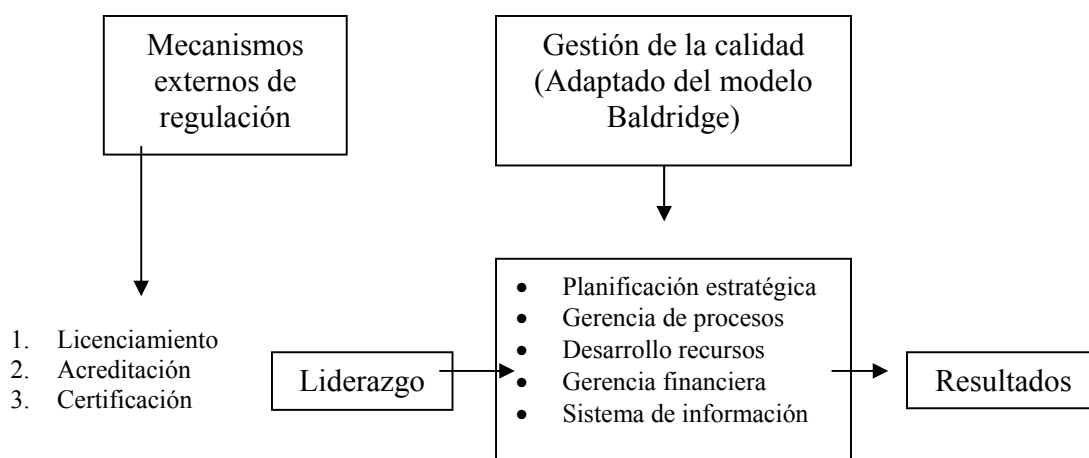
La garantía de la calidad

Una vez establecidos los espacios del *qué hacer* y el *cómo hacer* respecto a la calidad de la atención, el siguiente momento metodológico consiste en conseguir que esta calidad se garantice operativamente. Para ello, los sistemas de salud disponen de dos tipos de mecanismos, que se ilustran en la figura 1:

- Mecanismos de regulación *externa* de la calidad, que generalmente actúan desde el exterior de las instituciones que prestan servicios.
- Mecanismos de gestión *interna* de la calidad, que se desarrollan desde dentro de la institución.

Figura 1
Mecanismos de garantía de la calidad

Garantía de la Calidad en Salud



Aunque parezca obvio, es muy importante señalar que la calidad se garantiza mediante la aplicación sinérgica de ambos tipos de mecanismos. Un enfoque que privilegie a uno de ellos y olvide al otro es incompleto e ineficaz. Por ejemplo, en la actualidad es frecuente apreciar el interés que han despertado los mecanismos de regulación externa, en especial la acreditación, en el marco de la necesidad de calificar a potenciales nuevos proveedores de servicios que acceden a fondos que hasta ahora sólo se destinaban al sector público.

Sin embargo, la mera calificación del grado de cumplimiento de un conjunto de estándares no garantiza la calidad de la atención, si ésta no se acompaña de un esfuerzo planificado de gestión de la calidad que permita actuar sobre las debilidades que se detecten.

Un aspecto crucial para garantizar que la calidad se mantenga y se supere es el grado y el tipo de incentivos que el hospital (como parte del sistema de servicios) ofrece en relación con niveles elevados de calidad. Si no existen incentivos adecuados y suficientes, es muy probable que la calidad se deteriore. En general, los posibles incentivos asociados con la calidad podrían entenderse como incentivos de carácter económico, ético, de satisfacción profesional, y los basados en los mecanismos de control externo.

Cabe esperar que en buena parte de nuestras sociedades los más poderosos sean los primeros. Cuando los servicios de salud son ofrecidos en el marco de la lógica del mercado, estos incentivos actúan bajo el modelo simplificado que reza *a más calidad, más clientes, a más clientes más ingresos económicos*. Este paradigma, sin embargo, no funciona cuando nos ubicamos en los servicios públicos cuyo financiamiento no está asociado con el volumen de servicios producidos, sino, por ejemplo, con presupuestos anuales asignados históricamente o sobre la base del número de camas, como es aún el caso de numerosos hospitales en América Latina. En estas circunstancias, se produce a veces un mecanismo perverso disuasorio calidad, ya que los niveles más elevados de calidad significan, para el personal, *a más calidad, más usuarios, a más usuarios, más trabajo, con el mismo presupuesto y el mismo salario*. La introducción de nuevos mecanismos de financiación de hospitales con fondos públicos -basados en el volumen de producción y en el cumplimiento de estándares y metas denominados a veces *compromisos o contratos de gestión* establecen una lógica diferente que abre un espacio para introducir incentivos de financiamiento de la calidad del servicio. No obstante, es necesario y urgente que el tema y los mecanismos de la calidad se incluyan explícita y conscientemente en las nuevas modalidades de financiación, pues, de lo contrario puede suceder que el objetivo de cumplir metas cuantitativas en los contratos de gestión se logre reduciendo costos a expensas de disminuir la calidad, en vez de hacerlo aumentando la producción derivada del aumento de la calidad y de la demanda.

Mecanismos de regulación externa: licencia, acreditación y certificación

La licencia. Es un proceso por medio del cual una autoridad gubernamental otorga el permiso a un médico individual o a una organización de salud para ejercer una profesión o prestar servicios de salud. Los reglamentos de la licencia se establecen generalmente con el fin de asegurar que una organización o persona cumpla los estándares mínimos para proteger la salud y la seguridad pública. Los individuos suelen recibir la licencia después de aprobar algún tipo de examen o de dar pruebas de su educación. La licencia puede renovarse periódicamente superando una prueba de educación continuada o de competencia

profesional. La licencia para organizaciones como las hospitalarias se otorga después de una inspección local para conocer si se han cumplido los estándares mínimos de salud y seguridad, la conservación de la licencia es un requisito continuo que la organización de salud tiene que cumplir para poder seguir funcionando y ofreciendo cuidado al paciente.

La acreditación. Es un proceso formal por medio del cual un cuerpo reconocido, generalmente una organización externa a la institución que ha de ser acreditada, valora y reconoce que una organización de salud cumple estándares 'publicados, aplicables y preestablecidos. Los estándares de acreditación suelen considerarse óptimos y factibles, y han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo dentro de organizaciones acreditadas. La decisión acerca de la acreditación de una organización específica de salud se toma después de efectuar una evaluación local y periódica realizada por un equipo de colegas, y típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años, La acreditación es a menudo un proceso voluntario en el cual las organizaciones deciden participar, en vez de ser exigido por la ley y los reglamentos

La certificación. Es un proceso a través del cual un cuerpo autorizado, ya sea una organización gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce a una persona u organización porque cumple los requisitos o criterios preestablecidos. A pesar de que los términos acreditación y certificación son intercambiables con frecuencia, la acreditación hace referencia a organizaciones, mientras que la certificación puede aplicarse a personas individuales y a organizaciones, Cuando se aplica a profesionales individuales, la certificación suele implicar que el individuo ha recibido educación y capacitación adicionales y ha demostrado competencia en un área de especialización, superando los requisitos mínimos obtener para la licenciatura. Un ejemplo de tal proceso de certificación es un médico que ha sido certificado por el colegio de especialización profesional para ejercer obstetricia, cuando se aplica a una organización o a parte de una organización, como el laboratorio, la certificación suele indicar que la organización tiene servicios, tecnología o capacidad adicionales más allá de lo que se encuentra en organizaciones similares.

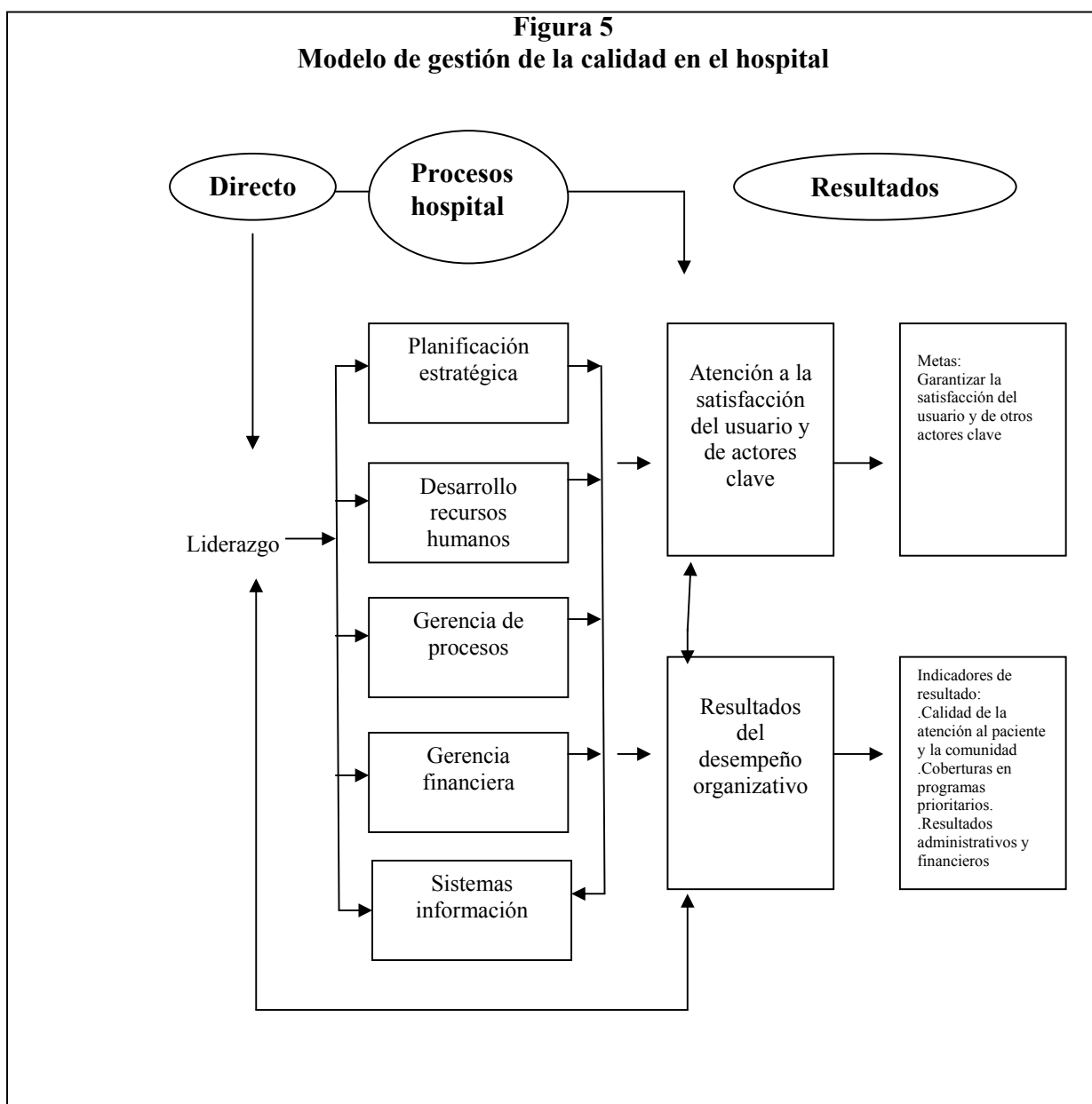
Mecanismos internos: la gestión de la calidad de la atención en salud

La calidad no aparece “per se” en la atención, ni se logra por inercia. Tampoco es la calidad un instrumento o un paquete que se compra o que se instala y desinstala, ni es suficiente el hecho de evaluarla o el de tener la firme voluntad de mejorarla. Para lograr la calidad, es necesario ejercer un claro liderazgo en la alta dirección de las organizaciones de salud y utilizar métodos de gestión adecuados.

Se requieren acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr calidad. Ese conjunto de acciones se denomina gestión de la calidad. En virtud de dicha gestión, las instituciones y los hospitales, cualquiera que sea su tamaño y su nivel de complejidad, deben revisar a fondo su sistema de atención, pues en el subyacen los factores fundamentales de la buena o mala calidad, y diseñar e implantar sistemas de gestión de la calidad adaptados a sus cambiantes necesidades específicas.

La gestión de la calidad es un método de gestión administrativa que se vertebra en cuatro temas: 1) comprensión de los requerimientos y expectativas de los usuarios, 2) comprensión

del proceso de prestación de los servicios, 3) medición del desempeño, y 4) un método de trabajo en equipo para asegurar el mejoramiento continuo de los procesos. La figura 5 muestra un modelo de gestión de la calidad, que ha sido adaptado por el Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) del Modelo de Excelencia Baldrige.



Fuente. Modificado de Ashton J. Monitoring the quality of hospital care. The Quality Assurance Project. Bethesda, MD: Center of Human Services; 2000

Planificación estratégica para la calidad

Como en el capítulo 6 de este libro se abordó el tema de la planificación estratégica en detalle, la presente sección será breve. Se recomienda al lector que revise dicho capítulo para abundar en otros aspectos de dicha planificación.

Todos los hospitales trabajan en ambientes variables y poco predecibles. No obstante, para que la gestión de la calidad en un hospital tenga éxito, su dirección deberá buscar la manera de hacer frente a estos escenarios y adaptarse al cambio y a la incertidumbre venidera. La planificación es un instrumento que emplea la gerencia para trazar su rumbo y adaptarse al cambio. Si el hospital no planifica sus acciones, en poco tiempo dependerá en buena medida de la suerte y el impulso que haya tomado anteriormente. Si el hospital quiere mantener el rumbo y tener éxito, irremisiblemente deberá; de lo contrario, tan sólo realizará acciones defensivas espontáneas para solucionar cada problema. Por consiguiente, la planificación estratégica es un proceso mediante el cual el hospital analiza su entorno interno y externo, se pregunta por su razón de ser en el seno de la comunidad a la cual pertenece, y expresa su finalidad, sus metas, objetivos y estrategias para alcanzar el bienestar y la salud de la población adscrita, Esto significa que las decisiones que se tomen en el hospital en el presente producirán resultados útiles para la comunidad en el futuro.

El plan estratégico ha de contemplarse entonces como un instrumento que guía y permite definir las características del hospital para construir el futuro que se desea para dicho servicio respecto al medio o entorno en que se encuentra. La planificación obliga al hospital a formularse y dar la debida respuesta a esta pregunta: ¿qué decisiones hay que tomar hoy para estar preparados para el mañana?

La planificación estratégica está relacionada con el largo plazo y es relativamente general, se centra en planes amplios y duraderos, asegura la efectividad y supervivencia del hospital para muchos años, establece típicamente la finalidad de la organización hospitalaria, y describe un conjunto de metas u objetivos, y las estrategias para alcanzarlas. Sin embargo, no es estática, sino dinámica y cambiante, se adapta a los cambios institucionales y de su entorno.

Gerencia de la calidad de los procesos de atención

El control de la calidad de los procesos: medición del cumplimiento de estándares mediante indicadores

El control de la calidad es la medición del desempeño de un proceso por medio de indicadores que ayudan a: a) vigilar que las declaraciones de la calidad esperada (estándares de calidad o normas) se cumplan según lo estipulado, b) verificar el logro de los objetivos propuestos, y c) desarrollar actividades de mejoramiento o rediseño de procesos según corresponda,

Estrategias operativas para el control de la calidad

1. Monitorización. Es la verificación sistemática y periódica del cumplimiento de estándares seleccionados, medido mediante indicadores. Se efectúa por medio de la recopilación y el análisis periódico de datos de registro continuo.
2. Evaluación. Consiste en la medición puntual de indicadores para conocer su valor actual. Se lleva a cabo analizando información de registros o por medio de encuestas, observaciones, entrevistas, etc.

Algunas etapas metodológicas generales para desarrollar un sistema de monitorización de indicadores de la calidad en un hospital son:

- Elaboración de estándares para los procesos prioritarios
- Identificación de los indicadores clave
- Establecimiento de un mecanismo regular para obtener datos y procesarlos
- Análisis de la información
- Identificación de problemas

Con fines didácticos, se pueden identificar al menos dos niveles de agregación de los procesos que han de controlarse o monitorizarse en un sistema de servicios de salud o en un hospital:

1. Nivel de mayor agregación de procesos (nivel estratégico de monitoreo de la calidad), en este nivel se hace hincapié en los resultados globales de algunos procesos e insumos clave agregados. Corresponde a la responsabilidad de las autoridades de dirección nacional, estadual, provincial o de dirección de un hospital. En el nivel de mayor agregación de procesos, los acontecimientos de la vida de las personas que ofrecen información sobre los resultados del proceso de la atención están incluidos en los sistemas de información convencionales. Estos acontecimientos son, por ejemplo, defunciones, nacimientos o egresos hospitalarios. No obstante, la mayor parte de las veces esta información no permite evaluar directamente la calidad de la atención de los servicios de salud.

Algunos objetivos del sistema de monitorización a este nivel son los siguientes:

- Medir el desempeño global del proceso
 - Comparar el desempeño del proceso con los objetivos de un programa
 - Actuar sobre las diferencias entre el desempeño y los estándares (normas)
 - Comparar el desempeño del proceso entre unidades de producción
 - Consolidar la información sobre el desempeño del proceso de las diversas unidades de un sistema
2. Nivel de menor agregación de los procesos (nivel operativo de la monitorización de la calidad). En este nivel se subraya el desempeño del proceso en sí, la evaluación de insumos, productos, resultados clave y el cumplimiento de estándares (normas). Es responsabilidad de quienes manejan directamente un proceso, del cual generan y

analizan información para la monitorización. Estos suelen ser niveles de gerencia intermedia: jefaturas de servicios, departamento, área, programa, o los equipos de gestión de la calidad a nivel de procesos. El objetivo básico del sistema de monitorización de indicadores de la calidad a este nivel es vigilar que el desempeño de los procesos se ejecute de acuerdo con el estándar.

Si se pretende evaluar directamente la calidad de la atención de los servicios, es necesario monitorizar el desempeño de procesos desagregados utilizando sistemas de registro que permitan recabar datos con regularidad. Estos acontecimientos pueden ser, por ejemplo, tiempo de espera, satisfacción de usuarios, cumplimiento de estándares cénicos, disponibilidad de insumos, equipos e infraestructura, etc. A cada uno de estos niveles corresponde un tipo de indicadores y un sistema específico de registro de datos.

Algunas características generales de un sistema de monitorización basado en indicadores de la calidad son las siguientes:

- Recabar información a través de sistemas de registro continuo de datos, en lo posible utilizando el sistema de información vigente y sin crear sistemas de información especiales o verticales
- Depender lo menos posible de encuestas o estudios puntuales
- Requerir un procesamiento estadístico simple
- Concentrarse en la medición de procesos y resultados relevantes
- Identificar los cambios que se hayan producido con el tiempo en los valores de los indicadores
- Disponer de un esquema de interpretación de los resultados
- Ofrecer información para tomar decisiones

La definición de un sistema de monitorización debe considerar las funciones actuales de los funcionarios del sistema local y nacional de salud y evitar la duplicación de esfuerzos y que la carga de trabajo sobrepase la carga actual. Es necesario asimismo que los niveles que han de utilizar la información aportada por el sistema de monitorización y los niveles que deben generar, procesar y analizar el dato en primera instancia, tengan una clara conciencia de su uso y necesidad y, por tanto, comprometan su apoyo político para sustentar técnicamente el sistema.

En la medida en que algunas funciones del personal de los servicios puedan volverse a definir y diseñar, es menester disponer de un plan de comunicación sobre los cambios que propone introducir el sistema de monitorización de indicadores de la calidad. Además, se deben estimar los costos correspondientes a las actividades de monitorización y a su mantenimiento

El sistema necesita contar con los instrumentos de recolección de información adecuados para producir los datos con que se deben construir los indicadores, para lo cual es necesario diseñar o revisar los formularios que correspondan. El personal que participa en la generación y recolección de los datos deberá ser capacitado convenientemente. Las fuentes de datos (historia clínica como una de las más importantes) deberán llenarse

adecuadamente, para lo cual es preciso evaluar la necesidad de ofrecer capacitación adicional o de organizar un sistema de supervisión que permita mejorar la calidad del registro.

El procesamiento de la información obtenida podría ser manual, lo que no excluye la posibilidad de procesarla electrónicamente. La información debería analizarse en las mismas unidades de producción de servicios que las generan y procesan, mediante representación gráfica simplificada. Por último, el análisis será específico para cada nivel de gestión de la calidad en el sistema de servicios de salud, y los resultados de la monitorización habrán de permitir pasar a un proceso de toma de decisiones.

El mejoramiento de la calidad de los procesos

El control de la calidad de los procesos, de la manera en que se ha descrito, podrá poner de manifiesto brechas entre el desempeño ideal del proceso y su desempeño real, medido a través de indicadores. Por ejemplo, en el proceso de atención al parto, un estándar establece que se deberá medir la frecuencia del latido cardíaco fetal cada treinta minutos. Sin embargo, se establece que en el hospital de que se trate, en el conjunto de los partos atendidos en un mes determinado, sólo en el 45% de ellos se cumplió este estándar. Esta brecha o discrepancia confirma la existencia de un problema en la calidad de la atención, que exige emprender una actividad para mejorarla,

El enfoque tradicional de auditoría médica no sirve para este propósito. Para ello, es necesario realizar un trabajo participativo basado en un análisis crítico y constructivo que conduzca a un claro entendimiento de los problemas, de sus posibles causas y posibles soluciones. Dicha tarea incluye mecanismos de comunicación, la creación de espacios de análisis y debate y el empleo de métodos sistemáticos para lograr que sea productivo.

En el pasado se creía que el mejoramiento consistía principalmente en agregar cosas nuevas, como una nueva máquina, procedimiento, capacitación o suministros. Se consideraba que la disponibilidad de un mayor número de estos recursos o insumos mejoraría la calidad. Posteriormente, se comprendió que el aumento de los recursos no siempre asegura el mejoramiento de la calidad de la atención. Por ejemplo, se pensaba que solamente la compra de una nueva máquina de diagnóstico en un hospital la mejoraba. Pero para que la máquina produzca mejoras, los empleados necesitan ser capacitados para utilizarla y los pacientes han de poder acceder a los servicios que proporciona. Por tanto, el mejoramiento de la calidad entraña no sólo añadir nuevos recursos a un sistema, sino sobre todo efectuar cambios en una organización para hacer el mejor uso de los recursos.

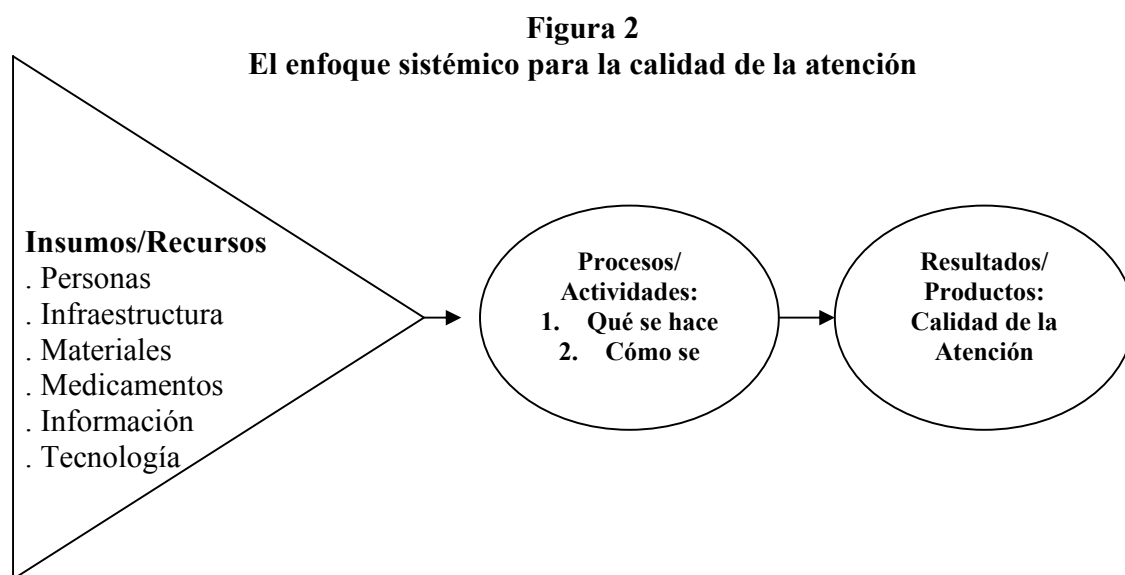
La inspección de los principales procesos o actividades es otra forma como la gerencia ha tratado de identificar los problemas y resolverlos aumentando el control del personal y culpando de los errores a las personas. Esta filosofía de mejoramiento de la calidad tuvo un éxito limitado, porque no identificaba necesariamente las barreras que se interponían a la mejora ni generaba el apoyo de los trabajadores que se mostraban reacios a ser evaluados.

La actual filosofía de mejoramiento de la calidad examina *la forma* en que las actividades pueden cambiar para que los empleados hagan mejor su trabajo. Por ejemplo, un

desempeño deficiente de los empleados puede deberse a falta de suministros, procesos ineficientes, capacitación o guía insuficiente y no necesariamente a fallos de empleados individuales que trabajan en estas circunstancias.

El enfoque sistémico: un concepto fundamental para el mejoramiento

La filosofía en que se basan los enfoques de mejoramiento de la calidad presentados en este documento reconoce que hay que abordar, con el modelo sintético, tanto los insumos o recursos, como los procesos o actividades realizados, con objeto de garantizar Resultados o productos de calidad y mejorar la atención. La figura 2 muestra cómo los insumos y los procesos determinan el resultado deseado: la calidad de la atención.



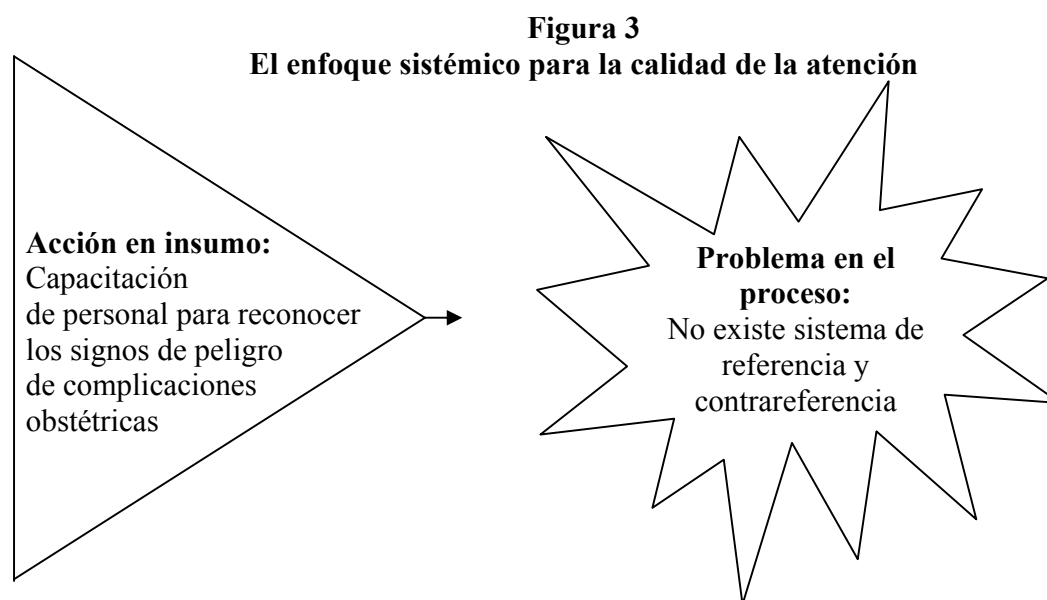
Asegurar los recursos (personas, infraestructura, materiales, medicamentos, información y tecnología) es una forma de mejorar lo que *entra* en la provisión de los servicios. Empero, el mejoramiento de la calidad se centra principalmente en cómo optimizar la operación de estos recursos combinados, es decir, los procesos, para lograr calidad en la provisión de la atención.

Los procesos incluyen dos componentes principales: qué proceso se hace o ejecuta y cómo se ejecuta el proceso; por tanto, el mejoramiento podrá lograrse abordando uno o ambos de estos componentes. El impacto más poderoso se consigue al abordar al mismo tiempo la decisión sobre qué proceso o pasos se ejecutarán ante una situación (algoritmos, guías clínicas, protocolos de atención, etc.) y la forma en que en realidad se presta la atención (ejecución de los protocolos o pasos de procedimientos, aplicación de normas clínicas, etc.). Esta filosofía de mejoramiento conduce a que las organizaciones sean más eficientes y capaces de proporcionar atención de calidad con mayor acceso, dilapidar menos recursos y con frecuencia reducir el gasto.

Citando a DM Berwick, «Cada sistema está perfectamente diseñado para lograr exactamente los resultados que logra». Esta frase incorpora la idea central moderna del

mejoramiento de la calidad. El desempeño es una característica de un sistema; por consiguiente, para alcanzar un nivel diferente de desempeño, es esencial efectuar cambios en el sistema. Los sistemas mal diseñados están expuestos a ineficiencias y a la mala calidad. Si un sistema no cambia, seguirá obteniendo los mismos resultados.

Los enfoques de mejoramiento de la calidad identifican partes innecesarias, redundantes u omitidas en los procesos y tratan de mejorar la calidad aclarando o simplificando los procedimientos. El cambio efectivo debe tomar en cuenta cómo se coordinan las partes de un sistema y cómo se vinculan entre sí. Como no todo el cambio es necesariamente una mejora, los cambios deberán someterse a pruebas y estudiarse o medirse para averiguar si mejoran la calidad de la atención. Por ejemplo, los cambios en las aptitudes y el conocimiento del personal mediante la capacitación sólo producirán mejora en la medida en que la falta de capacitación fuese la causa principal del desempeño deficiente del proceso. Si no se abordan también los problemas en los procesos, entonces ni el personal capacitado podrá realizar su trabajo óptimo. Este caso se ejemplifica en la figura 3.



En síntesis, es importante recordar que en el concepto de mejoramiento de la calidad:

1. El desempeño es una característica del diseño del sistema.
2. Los insumos de un sistema producen mejora sólo en la medida en que pueden afectar el modo en que se realizan las cosas.
3. Los cambios deben abordar partes individuales de un sistema: insumos, procesos, resultados y también los vínculos entre ellos.

Enfoques metodológicos para el mejoramiento de la calidad

Los enfoques que se pueden utilizar para el mejoramiento de la calidad son: a) la resolución

rápida de problemas, b) la resolución de problemas basada en equipos, y c) el rediseño de los procesos. La decisión de utilizar uno u otro enfoque dependerá de la complejidad de los problemas que afectan a la calidad. Algunos de ellos atañen a procesos centrales y será necesario efectuar una investigación extensa, mientras otros son más sencillos y pueden resolverse más rápidamente, a veces sólo con acciones administrativas,

La complejidad de los problemas que afectan a la calidad, y en consecuencia el enfoque de mejoramiento que se elige, demandarán una inversión de tiempo y recursos diferente para cada uno de ellos. Mientras que el enfoque de resolución rápida de problemas no requiere inversión de tiempo, pues no demanda análisis ni organización del esfuerzo de mejoramiento, el enfoque basado en equipos puede requerir una inversión de dos a cuatro meses, y el de rediseño de los procesos hasta de seis meses en las condiciones habituales en que se realiza el trabajo de los hospitales.

Todos los enfoques para el mejoramiento de la calidad comparten cuatro etapas:

1. Identificar la oportunidad de mejoramiento o el problema.
2. Analizar el problema identificando sus causas principales.
3. Desarrollar posibles intervenciones para introducir mejoras,
4. Implantar las intervenciones.

Aunque todos estos enfoques comparten estos cuatro pasos, cada uno de ellos es distinto respecto al rigor y la intensidad de los recursos que se necesiten,

El enfoque de solución rápida de problemas

Este enfoque se adopta cuando el problema que ha de solventarse es obvio o evidente, necesita una respuesta muy rápida, sus causas no exigen obtener datos para su comprensión, la solución o las intervenciones necesarias para resolverlo son conocidas y claras, y no se requiere el consenso de un equipo para intervenir. Con frecuencia, el reconocimiento de este tipo de problemas y la aplicación de este enfoque lo realiza una sola persona como parte de sus actividades de trabajo habituales, pero también puede ser el producto de un esfuerzo consciente de identificación de problemas por parte de un equipo, que identifica algunos de ellos como susceptibles de ser resueltos a través de este enfoque.

Es posible que en las primeras etapas de la introducción de actividades de mejoramiento de la calidad en América Latina haya habido la tendencia a resolver la mayoría, si no la totalidad, de los problemas identificados mediante la aplicación de enfoques más complejos. Sin embargo, muchos participantes en dichos esfuerzos tempranos se han sorprendido al encontrar que buena parte de los problemas detectados se solucionan de una manera más eficiente aplicando el enfoque de resolución rápida. A continuación se presenta un modelo de enfoque

El enfoque de resolución de problemas basada en equipos

Este enfoque es adecuado cuando se trata de un problema de mayor complejidad en el cual no queda claro cuáles son sus causas ni las mejores intervenciones que se han de realizar.

Por ello, para aplicarlo se crea un equipo de mejoramiento de la calidad, que deberá agrupar a las personas que trabajan más cerca del problema y lo conocen más a fondo. Como la mayoría de los problemas operativos identificados tienen sus raíces más allá de los límites de un solo departamento o sección del hospital, es mejor que un equipo de mejoramiento esté integrado por individuos que trabajan en el problema desde distintos departamentos del hospital. Asimismo, estos equipos deberán ser multidisciplinarios, es decir, estarán integrados no sólo por médicos o enfermeras, sino también por diversos estamentos del personal que tienen que ver con la operación del proceso afectado por el problema. Es frecuente y deseable que también los usuarios externos puedan formar parte de estos equipos, aunque a veces ésta no es ni la única ni la mejor manera de garantizar que la perspectiva del usuario externo esté presente en el análisis. Por ejemplo, si el problema consiste en tiempos de espera demasiado largos en una sala de urgencias del hospital, el equipo de mejoramiento de la calidad correspondiente podría estar integrado por médicos, enfermeras, auxiliares, camilleros, el conductor de la ambulancia, el empleado responsable del acceso a la puerta de urgencias, y también por personal del laboratorio, de radiología y del banco de sangre.

El enfoque de resolución de problemas basado en equipos comprende los mismos pasos lógicos que el de resolución rápida. Empero, su complejidad es mayor y las herramientas que utiliza son diversas. La naturaleza y los límites de la extensión de este libro no permiten analizar a fondo dichas herramientas; por ello, nos limitaremos a mencionarlas,

Así, en la etapa de *identificación*, el problema se puede identificar i) mediante indicadores del cumplimiento de estándares, que desde el proceso de monitorización regular de la calidad, que está basado principalmente en la revisión de historias clínicas y de otros documentos, registros escritos o mediciones *ad hoc*, 2) por medio de métodos de observación directa de los procesos, en los cuales es frecuente usar listas de comprobación (*check lista*, 3) realizando encuestas de satisfacción de usuarios externos o internos, o 4) a través de métodos de consenso basados en la opinión de los usuarios o los empleados del hospital. En la etapa de *priorización y selección del problema* se puede utilizar una matriz de selección basada en criterios múltiples de prioridad. Para el *análisis del problema y sus causas* suele ser útil emplear, por ejemplo, el diagrama de flujo y el diagrama de Ishikawa, también conocida como espina de pescado. Para el *desarrollo de intervenciones y su implantación* suelen utilizar técnicas de apoyo al pensamiento creativo, como la técnica del sueño, matrices de programación de actividades, diagramas de Gantt, etc., A continuación se presenta un modelo que incluye los pasos metodológicos para poner en práctica este enfoque.

El rediseño de los procesos

Los esfuerzos de mejoramiento de la calidad reconocen que existen diferencias entre los servicios proporcionados y las expectativas del usuario del servicio. Estos enfoques de mejoramiento tratan de reducir estas diferencias y de mejorar la calidad de la atención para satisfacer las necesidades de los usuarios.

El rediseño de procesos es un enfoque metodológico de la gerencia de procesos en el cual se modifican procesos en salud con objeto de satisfacer los deseos y requisitos de los usuarios internos y externos sin soslayar las exigencias que impone la calidad técnica.

¿Cuándo se ha utilizar el rediseño de procesos?

1. Cuando el problema identificado revela un proceso que se realiza como resultado de modificaciones parciales *ad hoc que* se han ido acumulando por conveniencias circunstanciales, no en respuesta a necesidades claras de los usuarios externos o internos. El resultado neto es un proceso ilógico, ineficiente, con redundancias a veces invisibles, que no satisface necesidades ni requisitos
2. Cuando el nivel de desempeño se encuentra muy lejos del nivel deseado.
3. Cuando se produce un cambio importante debido a factores organizativos, tales como Reducción de personal, introducción de nuevas habilidades profesionales o introducción de nuevas tecnologías.

Etapas Metodológicas del rediseño de procesos

Para el rediseño procesos se propone seguir nueve etapas, algunas de las cuales incluyen subetapas que deberán cumplirse sistemáticamente para consolidar un buen rediseño:

1. Selección y delimitación del proceso que se ha de rediseñar,
2. Identificación de los usuarios externos e internos en el proceso seleccionado.
3. Identificación de los requerimientos de los usuarios:
 - 3.1 Selección de información sobre los requerimientos de los usuarios
 - 3.2 Lista de los requerimientos de los usuarios.
4. Definición de la finalidad del nuevo diseño y de la forma de medir su cumplimiento,
5. Identificación de los elementos clave del nuevo diseño, vinculándolos con los requerimientos de los usuarios.
6. Creación de un diagrama de flujo del nuevo proceso.
7. Descripción escrita del nuevo diseño, siguiendo la secuencia de los bloques del proceso e incluyendo el desarrollo de todos los elementos clave seleccionados.
8. Prueba contra posibles fallos: evaluación en cada paso del proceso de lo que puede fallar y de las soluciones alternativas.
9. Planificación de la implantación e identificación de los recursos que se necesitan para poner en marcha el nuevo diseño.

La estructura organizativa de la gestión de la calidad

Si bien parece no existir una única receta para conformar la estructura organizativa de la gestión de la calidad, se propone que es indispensable delimitar claramente los papeles y responsabilidades en la puesta en práctica de estas actividades, así como para proveer orientación global técnica y saber quiénes son los encargados de rendir cuentas sobre diferentes áreas de trabajo. Por lo tanto, y especialmente en las etapas iniciales de los esfuerzos de gestión de la calidad, debe existir algún nivel de estructura Organizativa, la misma que seguramente evolucionará con el paso del tiempo, conforme avanza la institucionalización y maduran los esfuerzos de gestión de la calidad. Por los mismos motivos, se reconoce que diferentes tipos de estructura organizativa pueden ser apropiados

para el momento particular de desarrollo de las actividades. Por ejemplo, en las primeras etapas, puede ser apropiado decidir que algunos individuos se dediquen exclusiva o principalmente a las actividades de gestión de la calidad, y se organicen en lo que puede denominarse *unidad de calidad*. Esta unidad ha de centrar sus esfuerzos en desarrollar liderazgo, por ejemplo, en capacitación en métodos de calidad, establecimiento y difusión de estándares, apoyo técnico a grupos de mejoramiento en diferentes departamentos y elaboración de protocolos.

Algunas funciones generales que se identifican para dichos niveles organizativos de la gestión de la calidad son por ejemplo, la provisión de liderazgo, la integración del enfoque de calidad en la planificación estratégica del hospital, el desarrollo y la conducción de un plan operativo de mejoramiento de la calidad, el apoyo al funcionamiento de equipos de mejoramiento, el apoyo técnico y bibliográfico, la documentación de los procesos, la organización de la capacitación en métodos y técnicas, el desarrollo de estándares y protocolos, la difusión de las experiencias y la abogacía ante actores externos.

El trabajo de estos grupos organizativos *ad hoc* ha de realizarse en estrecha coordinación con el de la gerencia de los departamentos o del hospital. Conforme avance el proceso de institucionalización de la gestión de la calidad, las responsabilidades se deberán ir integrando a las funciones regulares de cada puesto de trabajo a los diferentes niveles, y la gestión de la calidad, al proceso gerencia, clínico y administrativo, regular y normal de la organización. Sin embargo, esto sólo se logra a través de un proceso de maduración de la organización, que exige tiempo y esfuerzo consciente y dirigido.

A nivel más operativo, en la gestión de la calidad de los procesos clínicos y administrativos, podrán operar equipos humanos *ad hoc* multidisciplinarios, cuya función sea la de mejorar la operación de dichos procesos, guiados por los estándares establecidos y el objetivo de la satisfacción de las necesidades del usuario.

El papel de los gerentes en el desarrollo de un modelo de calidad

Ishikawa ha enumerado algunas de las causas que pueden obstaculizar, en las organizaciones en general y en los hospitales en particular, el desarrollo de un modelo de la calidad. Entre ellas cabe destacar «la pasividad de los gerentes que rehuyen sus responsabilidades». En definitiva es el recurso humano el principal factor que puede atentar contra cualquier propuesta de cambio. Cuanta mayor responsabilidad se tiene en la estructura hospitalaria, tanto mayor es la posibilidad de generar cambios. No es posible realizar una gestión de calidad en una institución si su conducción no lidera el proceso. Es posible que el comienzo del proceso no se genere en la conducción, pero su viabilidad depende en buena medida de que sea asumida por dicha conducción.

La implantación del desarrollo de la calidad es una decisión estratégica que depende de la gerencia, supone necesariamente un cambio en la cultura del hospital, y precisa de tiempo e inversiones a corto plazo. Consecuencia de estas exigencias es la voluntad firme, el compromiso sin fisuras y la ejemplaridad por parte de aquélla, pues no se puede pedir a los trabajadores que modifiquen sus hábitos de trabajo mientras la gerencia mantiene sus antiguas modalidades de gestión y no participa en la gestión de la calidad. La participación

de los gerentes en el desarrollo de la calidad puede definirse estructuralmente en dos modalidades de acción: participación pasiva y activa.

Participación pasiva. Significa ausencia de participación en el desarrollo de la calidad. habitualmente no se asocia con una organización formal. Los gerentes eventualmente participan si surgen problemas y no asumen el liderazgo en el proceso.

Participación activa. En esta modalidad se puede delegar o efectuar una conducción efectiva del desarrollo de la calidad. Si se delega, se puede hacer a través de comisiones de trabajo, estableciendo programas específicos de calidad o con la creación de un área específica de calidad (por Ej. El departamento de calidad). Para que la delegación sea efectiva se ha de:

- Disponer de objetivos claros y precisos.
- Contar con recursos y medios adecuados para alcanzar los objetivos prefijados.
- Desarrollar un sistema de capacitación idóneo.
- Realizar un seguimiento por parte de la dirección de las actividades delegadas.
- Diseñar un sistema de estímulos para los que trabajan en calidad.

Si no se delega, es la propia gerencia del hospital la que debe hacerse cargo de la conducción del proceso de mejora de la calidad. Ambas opciones no son mutuamente excluyentes, por cuanto incluso en la conducción efectiva más directa siempre hay elementos que se delegan y la delegación siempre supone una conducción por parte de la gerencia. La diferencia entre dirección efectiva y delegación estriba en que la toma de decisiones corresponde en el primer caso, y de forma directa, a la dirección. Por otra parte, la elección de la mortalidad que se adopte también dependerá de la dimensión del hospital, ya que a mayor tamaño o complejidad mayor será la necesidad de articular mecanismos de delegación.

Las dos misiones esenciales de la dirección, cuando opta por una participación efectiva, son garantizar la calidad, es decir, impulsar aquellas actividades que puedan dar sustento al proceso, y motivar al personal. Ahora bien, en relación con la motivación, existe un axioma fundamental según el cual nadie puede transmitir lo que no posee. No se puede motivar a nadie, si uno no está motivado.

Para desarrollar un plan de calidad, la gerencia del hospital ha de tener la voluntad de implicarse en él, lo cual es un requisito indispensable para que lidere el cambio que supone en la cultura de la organización implantar una estrategia de calidad. La calidad debe impregnar todas las actividades de una organización, incluida la toma de decisiones. Algunas actuaciones de la gerencia pueden influir directamente en el desarrollo de la calidad institucional.

El diseño y la ejecución de los planes de control sí es una de las obligaciones del gerente. Aunque la tendencia es que la mayor parte del control lo ejecuten los trabajadores, hay ciertos niveles de control indelegables. Una de las tareas primordiales de las funciones de control del directivo es influir en la motivación para trabajar en tareas de calidad

Asistencia. Por otra parte, el directivo tiene que aceptar que sus decisiones equivocadas pueden constituir la base de los problemas detectados y no ha de pensar que la mayoría de ellos se deben a fallos de los trabajadores, Uno de los supuestos erróneos de la calidad más frecuentes es creer que los problemas de la calidad radican fundamentalmente en las áreas de producción e ignorar que los errores cometidos por los directivos pueden ser mucho más graves. El obstáculo que se interpone al control de calidad ejercido por los directivos no es la falta de motivación.

El control es una actividad consustancial a la dirección, sea cual fuere el nivel donde se ejerza. Otras cuestiones, como la existencia de muchos objetivos, los cambios del entorno, las deficiencias del propio sistema de control, dificultan a los directivos el ejercicio de esta actividad.

Cuando las manifestaciones de la gerencia son buenas y sus decisiones y actos se ajustan a ellas, serán dignas de crédito y eficaces. Otro elemento fundamental de la gerencia es diseñar un modelo de planificación estratégica que permita acotar las dimensiones de los escenarios, el contexto, los actores y las oportunidades, para desarrollar un programa de calidad institucional

La dirección, en materia de calidad, no puede actuar simplemente solucionando problemas cotidianos; su papel fundamental es planificar el futuro, impulsar y participar programas de mejora de la calidad, cuya evaluación y control le competen, y dar con sus actos un ejemplo al resto de la empresa. La dirección ha de aceptar asimismo el cambio sustancial en el patrón cultural que se produzca: el control de calidad no significa sobrecargar el trabajo habitual, sino que ha de formar parte del trabajo ordinario. Esta incorporación debe reproducirse en todas las instancias, incluidos los denominados mandos intermedios, ya que los jefes de servicio, asistenciales y no asistenciales y los supervisores de enfermería, deben participar activamente en el proceso.

Con relación a estos mandos intermedios corresponde destacar las siguientes responsabilidades:

- La motivación de sus colaboradores para que trabajen con la máxima efectividad.
- la calidad de los Resultados de su área de responsabilidad.
- La fijación de los estándares de calidad, El establecimiento de los procedimientos operativos.
- La definición de prioridades.
- La eliminación de los obstáculos que impiden el desempeño correcto del personal.

El mejor sistema de gestión de la calidad de los mandos intermedios es el desarrollo de una gestión participativa y la creación del equipo de mejora de la calidad, cuyas funciones deberían ser:

- Determinar la manera de medir la calidad de los Resultados.
- Definir las necesidades de formación.
- Resolver los problemas que no hayan podido solucionarse en niveles inferiores.

- Desarrollar estrategias y tácticas a- corto y medio plazo.
- Pasar de un estilo de dirección reactivo a un estilo preventivo,
- Funcionar como vehículo de comunicación ascendente y descendente.
- Identificar a los individuos que se han hecho merecedores de un reconocimiento.
- Evaluar los procesos interdepartamentales con objeto de mejorar su efectividad,

Un problema con que se enfrentan los jefes de servicio supervisores es el elevado número de y normas y especificaciones existentes sobre los productos de sus unidades. Esta multiplicidad normativa les obliga a establecer prioridades variables en el tiempo emprender acciones premeditadas que relegan los problemas de calidad en la escala jerárquica de asuntos pendientes de solución. Por ejemplo, ante una sobrecarga de trabajo como el que supone una ocupación de cama muy elevada, con frecuencia se incumplen las normas de calidad del servicio y se recurre a la instalación de otras camas supletorias o a su ubicación en los pasillos, hechos que deterioran la calidad de la Asistencia y producen insatisfacción en el cliente. Una situación similar en consultas externas puede disminuir notablemente el tiempo de atención y aumentar el de espera.

En síntesis, la decisión de la gerencia de implantar el desarrollo de la calidad total es condición necesaria, pero no suficiente. Hace falta que todo el personal se adhiera al proyecto, de tal modo que todos participen en el proyecto de calidad total y se asocien voluntariamente con él. La calidad precisa de una dirección y unos empleados motivados. Esta motivación puede ayudar a desterrar la ignorancia, la visión muy reducida del ámbito de acción y los mitos de la cultura de la organización, porque nada es posible sin un cambio de la cultura.

Hacia una cultura de la calidad

La cultura de una organización es un conjunto de valores, creencias, reglas no escritas y actitudes, aceptados o no por sus miembros, Entre los elementos que integran la cultura de una organización se encuentran los valores, los mitos, los ritos, los héroes y el lenguaje. Los hospitales giran en torno a una cultura hospitalaria impregnada de ciertos valores, como el papel del hospital, el comportamiento de los distintos trabajadores jerarquizados en función de su profesión, la forma de relacionarse con los usuarios o la imagen que se tiene de la comunidad.

Esa cultura también se alimenta de mitos y de rituales que conforman la cultura de los hospitales. Los mitos son explicaciones no racionales de hechos reales de la vida Organizativa. Un ejemplo de un Mito de la vieja cultura hospitalaria es que en los hospitales no se puede desarrollar la estrategia de atención primaria de salud, porque dicha estrategia sólo incumbe al primer nivel de atención y es externa al hospital.

Los rituales hospitalarios también integran su cultura. Las modalidades de acción, la manera de los distintos estamentos de vincularse entre sí, los trámites administrativos e incluso la misma atención a los usuarios, pueden convertirse en ritos, con todo lo que ello significa. Un rito es una actividad relativamente estandarizada y sistematizada cuyas aportaciones a los objetivos organizativos no son esenciales y en muchos casos mejoran los

Resultados de la organización. Los ritos son aquellos procedimientos que se hacen de determinada manera, porque siempre se hicieron así sin saber a ciencia cierta si es bueno o malo para los objetivos del hospital. También forman parte de la cultura de una institución los personajes admirados cuyas cualidades se toman como ejemplo a seguir. Por último, el lenguaje de un hospital es reflejo de la cultura que se vive, puesto que es la manera de manifestar, transmitir y crear los valores de la organización. Entonces, para fomentar una cultura de la calidad en los hospitales es preciso trabajar, fijar pautas y desarrollarlas en torno a estas variables. Lo más importante es promover los valores vinculados con la calidad, entre los que cabe destacar los siguientes:

- La calidad supone dar respuestas con equidad, efectividad y eficiencia.
- El eje y sujeto primordial de los hospitales es el usuario de los servicios,
- La satisfacción de los usuarios debe ser a un tiempo individual y comunitario.
- No menos importantes son para la calidad los que trabajan en el hospital, es decir, los clientes internos.
- Las adecuadas estructuras hospitalarias son condición necesaria pero no suficiente para proveer una atención de calidad. En ellas cobran especial importancia los procesos que se desarrollan y los Resultados que se obtienen,
- La calidad no es sinónima de complejidad o lujo y se puede desarrollar en cualquier nivel de atención. Para ello, sólo es necesario disponer de la estructura adecuada para las misiones y definir las funciones que deben realizarse.

No hay desarrollo de la calidad si todo el personal del hospital no está motivado, ya que la calidad no depende de algunos de los trabajadores, sino de todos. El personal debe sentirse orgulloso de pertenecer a la institución. La calidad es un proceso que puede ser mensurable, lo cual permite comparar a unos hospitales con otros y consigo mismo. Dichas comparaciones propician la mejora continua de la calidad. La mejor calidad de hoy no va a ser la mejor calidad de mañana, Nunca debemos darnos por satisfechos con los Resultados alcanzados. Promover estos valores o principios e interiorizarlos es una labor que demanda esfuerzo, constancia y tenacidad, ya que la modificación de los patrones culturales es una de las actividades que entrañan mayor dificultad. La cultura de la calidad supone la destrucción de viejos mitos, la generación de nuevas rutinas o rituales, la conformación de nuevos héroes en la organización, es decir de las personas o las actitudes que se admiran y emulan. También exige que todo el personal aprenda las políticas y planes institucionales relacionados con este tema, así como el lenguaje de la calidad, ya que es imposible realizar alguna actividad sin una comunicación adecuada. Para esto último es fundamental que todos usen el mismo lenguaje.

Conclusiones

En síntesis, el cambio cultural de los hospitales es un desafío de capital importancia para conseguir una gestión hospitalaria adecuada que satisfaga los más altos propósitos institucionales planteados. Este desafío no es algo que se vaya a plantear solamente por voluntad de la propia organización; está sujeto a condicionantes externos, que se definieron al principio, entre los que sobresalen los siguientes:

- En el lado de la demanda se encuentra la actitud de los usuarios, cada vez más informados y exigentes y más conscientes de sus derechos y de las obligaciones de los que prestan servicios de salud.
- En el de la oferta destacan los costos crecientes de los servicios de salud y, en algunos casos, el exceso de oferta de servicios. Este excedente genera una competencia que ha de dirigir sus esfuerzos a aumentar la calidad de los servicios que se prestan y a lograr que la asignación de los recursos, siempre insuficientes del sector para atender todas las necesidades de la población, sea eficiente.

Bibliografía

Hiliman A, Pauiy MV, Kerstein J. How to financial incentives affect clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations (HMO). *N Engl J Med* 1989;321:86-92.

Feidstein PJ. *Health Care Economics*. Boston: Delmar Publishers, Inc.; 1993.

Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2000; 8(1 y 2):93-97.

Donabedian A. *La calidad de la atención médica*. México, DF: La Prensa Mexicana; 1984

Palmer RH, *Evaluación de la asistencia ambulatorio. Principios y práctica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.

Falconi V. *TQC control de la calidad total (al estilo japonés)*. Belo Horizonte: Universidad Federal de Minas Gerais (QFCO); 1992.

Hermida J, Nicholas D, Blumenfeld S. Comparative validity of three methods for assessment of the quality of primary health care. *Internal Health Care* 1999;2:429-433.

Juran JM. *Juran y el liderazgo para la calidad, un manual para directivos*. Madrid: Díaz de Santos; 1990.

University Research Corporation, Ministerio de Salud, Proyecto de Salud y Nutrición Básica. *Construcción de estándares e indicadores de calidad*. Lima: URC, PSNB; 1999

Ministerio de Salud Pública, Ecuador. *Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP). Monitoreo de la calidad a través de estándares e indicadores*. Quito: Ministerio de Salud Pública; 1999.

Ashton J. *Monitoring the quality of hospital care. The Quality Assurance Project*. Bethesda, MD: Center for Human Services; 2000.

Rooney A, Van Ostenberg P. *Licenciatura, acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. Proyecto de Garantía de Calidad, Q.A.P.* Bethesda, MD: Center for Human Services; 1999.

Ministerio de Salud Pública, Ecuador. *Proyecto de Garantía de Calidad (QAP). Guía metodológica de planeación estratégica para hospitales en proceso de modernización*. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.

- 14 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (Q.A.P). El mejoramiento de la calidad: para^ digmal y enfoques. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 1 5 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (Q.A.P). El rediseño de procesos de atención en salud. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 16 Center for Human Services. Quality Assurance Project (Q.A.P.). Institutionalization of quality assurance. Bethesda, MD: Center for Human Services; 2000.
- 1 6 Ishikawa K. What is total quaiity control? Thejapanesse way. Engiewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1985.
- 1 7 Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- 1 8 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (Q.A.P). El mejoramiento de la calidad: par,@ digmas y enfoques. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 1 9 Brassard M, Ritter D. El impulsor de la memoria. Una guía de herramientas para el mejoramiento continuo y a planificación eficaz. Meethuen, MA: GOAL/PC; 1994.
- 20 Hermida J. The road to institutionalizing quality Assurance in Ecuador in an environment of health sector reform *Inti J Quality Health Care* 1999;11:447-450.