

Mejoría de la calidad de la Atención Médica

NORBERTO TREVIÑO GARCÍA MANZO*
ARMANDO VALLE GONZALEZ**

El objetivo de este trabajo fue investigar la existencia de programas y las opiniones de usuarios y trabajadores respecto de la calidad de la Atención Médica, en instituciones médicas representativas del Distrito Federal.

Se entrevistaron dieciocho directores de instituciones médicas; se encuestaron cincuenta profesionistas, cien usuarios de Consulta Externa de Centros de Salud, y trescientos usuarios de Hospitales Generales de la Secretaría de Salud. Además se aplicaron encuestas de opinión a doscientos cincuenta médicos y doscientos cincuenta enfermeras, de los centros de salud y hospitales generales mencionados.

Resultados. Existen actividades permanentes de Supervisión y Evaluación en las dieciocho instituciones investigadas, Comités Técnicos en diecisiete, Sistema de Atención a Quejas en cinco, Círculos de Calidad en tres, Evaluación de Necesidades de Capacitación en dos, Encuestas a Usuarios en dos, Encuestas a Trabajadores en dos, Estudios de Sombra en una, y Programa de Garantía de Calidad en dos.

Del grupo de profesionistas, el 86% fueron derecho habientes de seguridad social. De éstos recurren a los servicios públicos el 36%, lo hacen selectivamente 36% y no los utilizan el 28%. Consideran que los servicios médicos públicos son buenos 30%, regulares 14% y malos 56%. Calificaron a los servicios públicos como mejores que los privados 36%, iguales 36% y peores 28%. La principal falla fue la falta de calidez.

Los usuarios de primer nivel y de hospitales calificaron las variables de oportunidad, calidez y proceso de la atención médica, con cifras de 80% o superiores. La frecuencia de "complicaciones" de todo tipo fue 66% en consulta externa y 33% en hospitalización.

Los médicos y enfermeras calificaron las variables de infraestructura, capacitación, motivación-satisfacción laboral y continuidad de servicios, con porcentajes de 50 a 60%; y las variables calidez, control y supervisión, con valores de 60 a 80%. Las opiniones de las enfermeras fueron más desfavorables en hospitales.

Estos resultados indican aceptable satisfacción del usuario y desmotivación del personal de salud.

Se formuló una propuesta de acciones prácticas a realizar para mejorar la calidad de la atención médica.

CLAVES: Calidad, garantía de calidad, calidad total, supervisión, evaluación.

SUMMARY

The object of this research was investigating the existence of programs, as well as the patient's and healthy worker's opinions, concerning the quality of Medical Attention in the representative medical institutions in Mexico City (Distrito Federal).

Eighteen directors of medical institutions were interviewed; as well as fifty university graduates, one hundred out patients from health centers and three hundred patients treated at general hospitals. A poll was applied to two hundred and fifty physicians

* Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

** Titular de la Unidad de Planeación e Información Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

and two hundred and fifty nurses from health centers and general hospitals.

Results: The eighteen institutions studied had permanent programs for Supervision and assessment. Other activities were also detected: sixteen had Technical Committees, five had a Department for Complaints, three had Quality Circles, two had programs for Evaluation of Educational Needs, two had Patients Polls, two had Worker's Polls, one had a Shadow Study and two had Quality Control Programs.

The 86 % of university graduates belonged to the social security system. Among these, 36 % attended public services, 36 % of them did this selectively and 28 % did not use social security. 30 % felt that public medical services were good, 14 % less than good and 56 % bad. 36 % felt that public services were better than private ones, 36 % said both were equally good and 28 % judged the public system as worse than the private ones. The main deficiency reported was a lack of personal warmth.

The patients from both the general practice and hospitalization graded the opportunity, warmth and process of medical attention as variables with figures of 80 % or more. The frequency of diverse "complications" was 66 % in out patients and 36 % in the hospitalized ones.

The physicians and nurses graded the infrastructure, teaching, laboral motivation and satisfaction, and continuity of services as variables with percentages of 50 % to 60 %, whereas the variables of warmth, control and supervision with values of 60 % to 80 %. Hospital nurses were less satisfied.

These results show patients to have an acceptable satisfaction whereas the health personnel was unmotivated.

Practical actions are suggested to improve the quality of medical attention.

KEY WORDS: Quality, Healthcare, evaluation.

Introducción

Durante la etapa del desarrollo estabilizador de México de 1930 a 1980, predominó en la política social de los sucesivos gobiernos, el propósito de ampliar la cobertura de los servicios de salud a todos los mexicanos. Esta meta aún no se alcanza, pero durante los últimos años ha crecido el reclamo de la sociedad para que mejore la calidad de los servicios de salud que el Estado otorga. Se transita de lo cuantitativo a lo cualitativo, de la ampliación de la cobertura a la mejoría de calidad, y de la evaluación, a la garantía de calidad.¹

En el complejo sistema de salud la mayoría de las variables, si no es que todas, pueden influir en la calidad de la atención médica. En este campo existe un amplio marco teórico, pero escasean las aportaciones prácticas que puedan utilizarse en las unidades operativas para mejorar la calidad.

El objetivo de este trabajo consistió en investigar la existencia de programas y las opiniones de usuarios y trabajadores acerca de la calidad de la atención, en algunas unidades médicas del Distrito Federal.

Con base en la información obtenida se formuló una propuesta de acciones prácticas a realizar en las instituciones de salud para mejorar la calidad de los servicios.

Material y métodos

La investigación incluyó los siguientes tres apartados:

El primero, consistió en entrevistar a 18 directores de institutos de salud y hospitales públicos y privados, respecto de

la existencia de programas y acciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención médica. El instrumento utilizado fue entrevista abierta con preguntas directas.

El segundo, consistió en aplicar un cuestionario semiestructurado a 50 profesionistas con nivel educativo de licenciatura, maestría o doctorado, ubicados en el Sector Universitario y en el Servicio Público Federal. El instrumento de encuesta exploró su opinión acerca de la calidad de la atención médica en instituciones públicas y privadas, el uso de estos servicios, la detección de las principales fallas y las proposiciones para superarlas.

El tercer apartado consistió en encuestar las opiniones de usuarios y trabajadores de algunos centros de salud y hospitales generales de la Secretaría de Salud (S:Sa) en el Distrito Federal. La población estudiada incluyó 100 usuarios de Consulta Externa de primer nivel y 300 usuarios de tres hospitales generales (Consulta Externa 75, Urgencias 75, Laboratorio 75 y Hospitalización 75). Además se aplicaron Encuestas de Opinión a 250 Médicos (del primer nivel 100, de hospitales 150) y 250 Enfermeras (del primer nivel 100, de hospitales 150).

Para el efecto se utilizaron los cuestionarios de la Norma Técnica para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica de la S.S., próxima a ponerse en vigor.² Esta norma incluye diez preguntas con respuestas de sí o no, para valorar la satisfacción de los usuarios sobre la atención recibida. Además contiene 21 preguntas, con respuesta de sí o no, para conocer la opinión de los trabajadores (Anexo 1 y 2). Con el objeto de simplificar la investigación, las preguntas 1, 2 y 3 del

cuestionario a pacientes se analizaron globalmente como variable "oportunidad"; las preguntas 4, 5 y 6 se agruparon en "Proceso de la Atención"; la pregunta 7 como "Complicaciones" y las preguntas 8, 9 y 10 como "Calidez de la Atención".

Respecto del cuestionario a trabajadores las preguntas 1, 2 y 3 se agruparon en el rubro "Infraestructura"; las preguntas 4, 5, 6 y 7 en "Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación"; las preguntas 8, 9 y 10 en "Motivación-Satisfacción Laboral"; las preguntas 11 a la 15 en "Continuidad de la Atención"; las preguntas 16 a las 19 en "Calidez" y las preguntas 20 y 21 en "Control y Supervisión".

La recopilación de la información se llevó a cabo durante los meses de diciembre de 1990 a febrero de 1991, con la colaboración de los cuerpos directivos y trabajadoras sociales de los hospitales mencionados.

Los resultados se calificaron porcentualmente del 0 al 100%. La situación ideal fue de 100% para todas las variables, excepto las preguntas núm. 7 de usuarios y núm. 10 de trabajadores, que se evaluaron inversamente.

Anexo 1

Preguntas a usuarios

- 1) ¿Tardó menos de 60 minutos en trasladarse de su vivienda a esta unidad?
- 2) ¿Lo atiende el médico el mismo día que solicita la atención o en la fecha programada?
- 3) ¿Lo hicieron esperar más de 30 minutos para atenderlo?
- 4) ¿En cada consulta le pregunta el médico sobre sus molestias, le realiza examen médico y le prescribe estudios y medicamentos?
- 5) ¿Le informó el médico sobre su padecimiento y los cuidados que debería tener en su domicilio?
- 6) ¿Le solucionó el problema por el cual usted acudió a esta unidad?
- 7) ¿Presentó complicaciones durante su tratamiento?
- 8) ¿El trato del médico fue amable?
- 9) ¿Considera usted que el consultorio es cómodo y permite privacidad en la atención?
- 10) ¿Se siente usted satisfecho con la atención médica proporcionada?
- 3) ¿Cuenta usted con el apoyo de otros servicios para el diagnóstico y manejo adecuado de pacientes?
- 4) ¿Ha recibido usted algún curso de capacitación para mejorar el desempeño de su trabajo?
- 5) ¿Se realizan y asiste usted a reuniones de trabajo para analizar y resolver problemas de atención de pacientes?
- 6) ¿Considera usted que las funciones que realiza están acordes a su formación académica?
- 7) ¿El trabajo que usted realiza le brinda oportunidad de superación profesional y estabilidad laboral?
- 8) ¿Se dan reconocimiento y estímulos al personal que destaca: por eficiencia y productividad?
- 9) ¿Sus compañeros de trabajo le solicitan y usted les proporciona apoyo para atención de pacientes?
- 10) ¿Algunos de sus compañeros o usted tiene problemas de orden laboral que interfiera con la atención que se proporciona?
- 11) ¿Considera usted que el servicio de consulta externa es suficiente y de buena calidad según su nivel de atención?
- 12) ¿El servicio de hospitalización proporciona la atención requerida por los pacientes que corresponde a su nivel resolutivo?
- 13) ¿La atención del servicio de urgencias es inmediata y se proporcionan los servicios requeridos en tiempo razonable?
- 14) ¿Los servicios de laboratorio y rayos "x" brindan apoyo suficiente y oportuno para la integración de diagnósticos?
- 15) ¿El traslado o referencia de pacientes se realiza en todos los casos que ameritan, de acuerdo con su problema de salud?
- 16) ¿Considera usted que el trato que proporcionan los médicos es amable y humano?
- 17) ¿Considera usted que las enfermeras son amables y comedidas con los pacientes?
- 18) ¿El personal paramédico y administrativo atienden con cordialidad y esmero a los usuarios?
- 19) ¿Se atienden las quejas que manifiestan los pacientes y sus familiares?
- 20) ¿El control de asistencia es aceptable y conveniente para el desarrollo del trabajo?
- 21) ¿La supervisión del trabajo que usted realiza es respetuosa y le permite superar fallas?

Anexo 2

Preguntas a trabajadores

- 1) ¿Dispone usted del área física, mobiliario e instalaciones adecuadas para realizar su trabajo?
- 2) ¿Le suministran con oportunidad y cantidad suficiente los materiales de consumo para la atención de los pacientes?

Resultados

Investigación de Programas. Se entrevistaron a los directores de nueve institutos de salud, seis hospitales generales y tres hospitales privados. Con excepción de los Institutos Nacionales de Salud Pública y Perinatología no existen en el resto de instituciones, programas específicos de Mejoría de Calidad de la Atención, aunque en todas se desarrollan actividades

encaminadas a mejorarla. Se llevan acciones permanentes de Supervisión y Evaluación en todas las unidades; 17 cuentan con Comités Técnicos, (de evaluación del expediente clínico, de infecciones, mortalidad, tejidos y evaluación curricular); atención a quejas en cinco, funcionan círculos de calidad en tres hospitales; se practica evaluación de trabajadores para fines de capacitación en dos; encuestas de satisfacción a usuarios en dos; encuestas de opinión a trabajadores en dos; y en el Instituto Nacional de Salud Pública, existe estructura dedicada específicamente a garantía de calidad en los renglones de Asesoría, Docencia, Investigación e Información. Un hospital privado (ABC) ajusta sus estándares de calidad a la Asociación Americana de Hospitales, realiza control externo de calidad de laboratorio, control estadístico de quejas y estudios periódicos de sombra. (Cuadro I).

Cuadro I. PROGRAMAS DE MEJORA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA (18 INSTITUCIONES DEL DISTRITO FEDERAL) *

Actividades	Número
Supervisión-evaluación	18
Comités técnicos (de 5 a 12) **	17
Sistema de atención a quejas	5
Círculos de calidad	3
Evaluación de trabajadores (para capacitación)	2
Encuesta de opinión a usuarios	2
Encuesta a trabajadores	2
Estudios de sombra	1
Garantía de calidad	2

* Institutos: Nutrición, Cardiología, Perinatología, Enfermedades Respiratorias y Neurocirugía, Psiquiatría, Salud Pública, Pediatría y Comunicación Humana.

Hospitales: Juárez, General, Gea González, López Mateos, La Raza, Balbuena.

Privados: ABC, Angeles del Pedregal, Infantil Privado.

** Expediente Clínico (83%), Infecciones (78%), Mortalidad (72%), Tejidos (50%), Evaluación curricular (22%).

Encuesta a Profesionistas De los profesionistas encuestados, tenían licenciatura 64%, maestría o similares 25% y doctorado 12%. El 82% estaban ocupados en el Sector Educativo o en la Administración Pública. El 86% de los entrevistados eran derechohabientes de la Seguridad Social, principalmente del ISSSTE. Del grupo de asegurados, recurre a los servicios públicos el 36%, lo hace selectivamente el 36% y no recurre a los servicios el 28% restante. En el caso de utilizarlos, sólo el 19% recurre al primer nivel, el 70% al segundo y el 100% a institutos y hospitales de alta especialidad. Ninguno de los encuestados calificó los servicios médicos oficiales como excelentes o pésimos, al 44% lo calificaron como buenos o regulares y el 56% como malos. Al comparar los servicios públicos con los privados, los primeros fueron calificados como mejores 36%, iguales 36% y peores 28%. (Cuadro II).

Cuadro II. SATISFACCION DEL USUARIO. ENCUESTA EXPLORATORIA (50 PROFESIONISTAS).

Preguntas	Respuestas	
¿Se encuentra asegurado?	Si: 86%	No: 14%
¿Recurre a servicios públicos?	Si: 36%	Si selectivo 36% No: 28%
¿A cuáles niveles recurre?	Clínica 19%	Hospital 69% Alta Esp. 100%
¿Su opinión de los servicios públicos?	Buenos 30%	Regulares 14% Malos 56%
¿Comparación servicios públicos vs. privados?	Mejores 36%	Iguales 36% Peores 28%

Las principales fallas de los servicios fueron: falta de calidez 42%, deficiencia en la formación de recursos humanos 28%, deficiencia al proceso de la atención 28% y otras causas enumeradas en el Cuadro III.

Cuadro III. ENCUESTA EXPLORATORIA (50 PROFESIONISTAS)

Pregunta	Respuesta	
¿Principales fallas de los servicios públicos?	Falta de calidez	42%
	Deficiencia formación recursos humanos	28%
	Deficiencias organizativas	28%
	Falta de infraestructura	28%
	Fallas información-educación	14%
Enumeración de los mejores hospitales públicos o privados del D. F.	Institutos de Salud	(4)
	Centros Médicos del IMSS	(2)
	Hospitales privados	(4)

Encuesta de Opinión a Usuarios y Trabajadores.

Usuarios de Consulta Externa. Tanto los usuarios de centros de salud como de hospitales, calificaron las variables de oportunidad, proceso de la atención, y la calidez, con porcentajes de 80% o superiores; no así la frecuencia de complicaciones que fue de 66% en el primer nivel y 33% en hospitales (complicaciones de todo tipo: médicas, administrativas, de relaciones humanas). (Cuadro IV).

Usuarios de hospitales. En los hospitales se investigaron opiniones en las áreas de Consulta Externa, Hospitalización, Urgencias y Laboratorio. Aunque hubo diferencias de una a otra área, las respuestas promedio fueron para oportunidad 67%, proceso de la atención 89%, complicaciones 33% y calidez 95%. (Cuadro V).

Cuadro IV. ENCUESTA A USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA.

Variable	Primer Nivel (N = 100)		Hospitales (N = 75)	
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
Oportunidad	83	17	79	21
Proceso de la atención	90	10	92	8
Complicaciones	66	34	36	64
Calidez	95	5	93	7

**Cuadro V. ENCUESTA A USUARIOS DE HOSPITALES.
(CUATRO AREAS, N = 300).**

Variable	Respuestas Globales	
	SI (%)	NO (%)
Oportunidad	67	33
Proceso de la atención	89	11
Complicaciones	33	67
Calidez	95	5

Encuesta de Opinión a Trabajadores. Los médicos del primer nivel y hospitales manifestaron opiniones bajas, con porcentajes de 50 a 60 % en las variables de infraestructura, desarrollo de recursos humanos, motivación/satisfacción laboral y continuidad de la atención. Las variables calidez, control y supervisión, fueron calificadas de 68 a 76 %. Las opiniones respecto de las seis variables fueron en general más bajas en hospitales que en centros de salud.

Las opiniones de las enfermeras fueron comparables a las de los médicos en centros de primer nivel y hospitales, pero con cifras más bajas en los hospitales. (Cuadro VI).

Cuadro VI. ENCUESTA A TRABAJADORES.

Variable	Médicos				Enfermeras			
	Primer nivel (N=100)		Hospitales (N=150)		Primer nivel (N=100)		Hospitales (N=150)	
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
Infraestructura	59	41	56	44	57	43	52	48
Desarrollo R.H.								
Capacitación)	57	43	73	27	64	36	73	27
Motivación-satisfacción laboral	59	41	59	41	61	39	63	37
Opinión servicios inter-hospitalarios (continuidad)	53	47	51	49	56	44	49	51
Calidez	76	24	68	32	83	17	51	49
Control y supervisión	71	29	68	32	92	8	65	35

Discusión

En la literatura existen numerosos sinónimos respecto al tema de la calidad de la atención médica: Mejoría de calidad, conservación de calidad, garantía de calidad (Quality Assurance) y garantía total de calidad. La calidad puede definirse esencialmente como "Conformidad con Normas"³ y la calidad de la atención médica como "El Grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras a la salud".⁴ También podríamos expresar coloquialmente que la Calidad de la Atención Médica es la característica que esperaríamos recibir de las instituciones de salud, para atendemos como pacientes o bien a nuestros familiares.

Muñoz O. propone que existen tres tipos de calidad: la absolutista o técnica, definida como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de la salud y los riesgos; la calidad individualizada, que se refiere a la relación interpersonal; y la calidad social, definida como el beneficio neto para toda una población y la distribución social de dicho beneficio.⁵

Por su parte Donabedian, reconocido investigador en la materia, señala los siguientes componentes: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente (amenidades), en que se lleva a cabo el proceso.⁶ Frenk y Ruelas describen los siguientes componentes de la garantía de calidad de la atención médica: "monitoria", evaluación, diseño organizacional, desarrollo organizacional y cambio organizacional.⁷

Según el enfoque, la calidad consta de: Estructura, o sea la suma de elementos humanos, materiales y organizacionales; Proceso, o lo que el equipo de salud hace por los pacientes y los que éstos hacen por sí mismos; y Resultados, lo que el paciente obtiene de los servicios de salud.⁸

Otros aspectos del marco conceptual, son las expectativas de los tres actores involucrados en la calidad de la atención médica: La institución, los usuarios y los trabajadores que imparten los servicios de salud. Aguirre Gas comenta como resultado de su encuesta, que las instituciones esperan: oportunidad en la atención, cumplimiento de normas y programas, eficiencia, abatimiento de morbi mortalidad y ausencia de quejas.

Los usuarios por su parte aspiran a recibir servicios con oportunidad, cortesía y amabilidad e información suficiente, que las unidades médicas tengan personal capaz y elementos de trabajo, que el proceso de la atención se realice óptimamente y ausencia de complicaciones.

Los trabajadores esperan contar con elementos físicos y materiales para realizar sus tareas, mejores sueldos y reconocimientos por sus jefes.⁹

En la bibliografía se encuentran numerosas referencias acerca de los criterios y estándares para medir la calidad de la atención médica, los procedimientos para diseñar estas herramientas de medición y la formulación de juicios de valor cuantitativos y cualitativos, para calificar los parámetros evaluados.¹⁰

Los resultados obtenidos en esta investigación indican que en la mayoría de hospitales de tercer nivel e institutos de salud, no existen programas de mejoría de calidad de la atención médica, como tales, aunque todos realizan actividades dirigidas a esa finalidad. El término garantía de calidad es prácticamente desconocido, salvo en el Instituto Nacional de Salud Pública donde existe una Unidad Administrativa dedicada a esta tarea, y el Instituto Nacional de Perinatología que realiza acciones de control de calidad.

Respecto de las encuestas en el grupo de profesionistas, destaca su opinión escéptica acerca de los servicios médicos públicos. Estos usuarios cuestionan severamente los servicios institucionales, recurren a servicios privados no obstante ser derechohabientes y rompen el escalonamiento de niveles para demandar servicios en los institutos especializados. Los resultados en este grupo indican claramente que en la medida que los usuarios tienen mayor cultura e información, también se incrementa su nivel de exigencia. La falla más frecuente desde la perspectiva del grupo de nivel educativo superior, es la falta de calidez de los servicios, lo que coincide con la observación de Donabedian: "Los pacientes son extraordinariamente sensibles al trato que reciben y con frecuencia utilizan básicamente ese elemento al juzgar la calidad de la atención como un todo incluyendo los méritos técnicos".¹¹

Los pacientes que acuden a los servicios médicos de la Secretaría de Salud, proceden por lo común de niveles socioeconómicos bajos y en general se muestran satisfechos con los servicios. Los resultados obtenidos en esta investigación señalan altos grados de satisfacción en la Consulta Externa, de centros de salud y hospitales generales.

La principal diferencia entre el grupo de universitarios y los usuarios de las unidades médicas, consistió en que los primeros se quejaron de la falta de calidez y los segundos de falta de oportunidad de los servicios y alta frecuencia de complicaciones. Es posible que la ambigüedad de la pregunta número siete de usuarios explique el alto porcentaje de las complicaciones reportadas. En el caso de los hospitales, las opiniones fueron variables en las áreas estudiadas (consulta externa, urgencias, laboratorio y hospitalización), pero las opiniones promedio fueron también desfavorables para oportunidad y complicaciones.

El dato más significativo de la investigación, fueron las opiniones desencantadas de trabajadores, médicos y enfermeras, con calificaciones promedio que van del 50 al 70% para las variables exploradas.

Destacan la gran desmotivación del personal, tanto médico como de enfermería, y sus opiniones bajas acerca de la continuidad de servicios hospitalarios, desarrollo de recursos humanos e infraestructura. Las opiniones de los médicos mejoran respecto de la calidez, control y supervisión y contrastan con la opinión negativa de las enfermeras respecto de la continuidad y la calidez de los servicios hospitalarios. Estos resultados son comparables a los que obtuvo Aguirre Gas,¹² quien informa respuestas de satisfacción en Consulta Externa del 66% al 78%, y en Hospitalización del 28% (Dietología) a 85%, (Enfermería). El mismo autor informa que los grados de satisfacción más bajos de los trabajadores fueron: Salario 43% Área de Trabajo 63%, pocas expectativas de superación 75% y apoyo institucional 68%.

La evaluación de los servicios médicos del ISSSTE en el año de 1988 por un grupo interinstitucional presidido por la Secretaría de Salud, reveló opiniones desfavorables de los médicos respecto a disponibilidad de medicamentos, tiempos de respuesta en la prestación de servicios y de los niveles salariales. Respecto de los usuarios, las opiniones revelaron bajos niveles de satisfacción en la Consulta Externa y buenos en Hospitalización. En un porcentaje significativo de casos no se identificó el médico responsable, y la opinión respecto del personal administrativo fue regular.¹³

Propuesta

Con base a estos resultados cabe discutir las siguientes acciones generales susceptibles de formar parte en un Programa de Mejoría de Calidad de la Atención.

1. Suficiencia y Calidad de Recursos Humanos. Nadie duda que el recurso humano es el factor más importante de toda organización. A su vez la selección de personal, la motivación y la capacitación, son factores que influyen en la calidad de la fuerza de trabajo. Por ello se considera recomendable organizar en las unidades médicas un Comité de Evaluación curricular que asigne mayor peso específico a los méritos académicos y profesionales de los solicitantes, que a los factores de recomendación. En las instituciones de salud, deben implantarse los perfiles curriculares mínimos para cada puesto.

También es necesario contar con el número de trabajadores apropiados a las cargas de trabajo de cada unidad. La reducción de personal en el Sector Público durante el pasado reciente, comprometió en algunos casos la fuerza mínima de trabajo de unidades médicas, la cual debe restablecerse.

Respecto de la motivación cabe recordar que el trabajo es instrumento de satisfacción de necesidades humanas, Max Neef considera que las necesidades de supervivencia y protección se llenan con satisfactores como alimentación, salud, vivienda e ingreso, entre otros. En la búsqueda de motivación

es preciso tomar en cuenta otras necesidades igualmente importantes, como participación, afecto, entendimiento, creación, identidad y libertad.¹⁴

Maslow, McGregor y otros han construido un sólido marco teórico acerca de la motivación, que esencialmente consiste en la jerarquización de necesidades y satisfactores.

Todo programa que aspire a mejorar la calidad de los servicios de salud, debe incluir la mejora de sueldos y prestaciones, que han sido vulnerados por la crisis económica de la última década.

De igual importancia que los beneficios materiales, es la capacitación permanente del equipo de salud.

2. Recursos Materiales Indispensables. El ejercicio de la medicina moderna requiere recursos materiales onerosos y alta tecnología. En este sentido se propone el concepto de nivel mínimo de operación o piso básico de elementos de trabajo, a partir del cual puede plantearse la mejora de calidad.

También es necesario que haya sincretismo entre la calidad de la atención médica y la calidad de los servicios administrativos. Es ilusorio pretender mejorar la calidad de la atención de un hospital de tercer nivel si su administración es poco eficiente.

Debe reconocerse que el costo de la atención médica cada vez es más alto y ante el incremento casi ilimitado de necesidades como la salud, y la restricción creciente de los recursos, se hace imperativa una nueva cultura de eficiencia y productividad. Por ello en todo programa de mejora de calidad de la atención médica, deben articularse la excelencia médica con la eficiencia y racionalidad del gasto en todos los órdenes.¹⁵

3. Organización y productividad. Idealmente debe aspirarse a que las unidades médicas asuman las características propuestas por Hicks para las organizaciones "Trascendentales": Aquellas en que los participantes se esfuerzan por lograr su más alto nivel de productividad y manifiestan alto grado de responsabilidad, honestidad y conciencia.¹⁶

El proceso de la atención incluye todas las etapas médico-administrativas desde el primer contacto de los pacientes y familiares con la unidad médica, hasta su egreso y seguimiento después de concluida la atención. Los estudios de sombra de Campero Cuenca y H. Reyes detectaron severas deficiencias en el proceso de la atención en el primer nivel, tanto en las etapas de la consulta, como de educación al paciente.^{17,18}

En este sentido es preciso reducir la tramitación, diferimientos y tiempos de espera, en la mayoría de establecimientos médicos.

También es preciso inculcar en los trabajadores, la cultura de programación de las actividades médicas y el concepto de cumplimiento de metas como requisitos para la obtención de recursos.

4. Comités Técnicos. Tradicionalmente el análisis del expediente clínico y los registros médicos, fueron sinónimos de Auditoría Médica y de Evaluación de Calidad.¹⁹ Se pueden enumerar críticas acerca de la confiabilidad del expediente clínico para medir la calidad, pero este instrumento ha resistido la prueba del tiempo, es la evidencia escrita más importante de la atención médica, tiene indudable utilidad en la docencia e investigación y es la prueba documental, en ocasiones la única, de la atención médica, ante demandas legales.

El número y complejidad de comités técnicos varía en razón del nivel y complejidad del hospital. En Holanda, país pionero en programas de garantía de calidad, los Comités Técnicos tienen más bien un papel simbólico y se organizan más para cumplir con las reglas oficiales de acreditación.²⁰

Existen en México algunas experiencias alentadoras en lo referente a círculos de calidad, incluso en el primer nivel de atención; pero no puede recomendarse la generalización de este instrumento porque exige una organización precisa, apoyo de directivos y tiene limitaciones reconocidas en problemas de estructura.²¹

Se propone que estos comités se ubiquen conceptualmente en programas de mejora de calidad. El mínimo a que puede aspirarse es que investiguen si las muertes, infecciones o complicaciones pudieron evitarse; si los expedientes clínicos reflejan el cuidado y el conocimiento médico; si los trabajadores que ingresan a la institución son los más competentes; si se responde a las necesidades de capacitación y educación; y en los centros de atención primaria si se da la participación de la comunidad a través de los comités de salud.

5. Satisfacción de los Usuarios. El paciente y sus familiares son personajes frecuentemente olvidados en los programas que se orientan a mejorar la calidad de la atención. Algunos factores que se relacionan con la satisfacción del usuario son: trato humanizado, tramitación, informes médicos, encuestas y atención a quejas.

El trato frío, impersonal y deshumanizado, tal vez sea el talón de Aquiles de la medicina institucional. Es característica de difícil corrección y debe ser objeto de atención constante en todo programa orientado a mejorar la calidad. Los directivos, sin perderse en las complejidades teóricas del comportamiento humano, deben diseñar medidas de trato humano o al menos cortés.

Todas las instituciones de salud deben contar con procedimientos sencillos de orientación e información para el uso de servicios, y programas educativos para la salud, dirigidos a pacientes y familiares.

La aplicación permanente de encuestas a usuarios y trabajadores son también instrumentos recomendables que pueden proporcionar información valiosa para corregir errores y desviaciones.

La atención a quejas también es útil para retroinformar a los responsables de los servicios médicos, a condición de que los buzones no se conviertan en depósitos de cataris y que a cada queja, particularmente las escritas, se de respuesta oportuna.

En la medida que la población está más informada y educada, las demandas judiciales por errores médicos aumentan su frecuencia. Muchos dudan que las demandas y la llamada medicina defensiva tengan efecto benéfico en la calidad de la atención. No obstante, la amenaza de un proceso judicial, debe estar presente en todos los trabajadores, para esmerar cuidados, ponderar procedimientos riesgosos de diagnóstico y tratamiento y también para limitar privilegios de algunas personas en particular, realizar actividades de re-educación, y en el último de los casos, aplicar sanciones.

6. *Supervisión, Evaluación y Corrección.* Estas actividades constituyen el núcleo operativo de los programas de mejora de calidad, cierran el ciclo de la atención médica y retroalimentan todo el proceso administrativo.

Se reconoce que la supervisión y evaluación por muy minuciosas que sean, no mejoran por sí solas la calidad de la atención, si no van seguidas del compromiso de las áreas involucradas en corregir las desviaciones. El grupo básico de evaluación del Sector Salud, señala que idealmente, la evaluación debe ser programada, sistemática, permanente, participativa entre evaluador y evaluado y objetiva.²²

Conclusiones

Del complejo universo de variables que influyen en la calidad de la atención médica se propone en resumen: Que se tenga el máximo cuidado en seleccionar al personal idóneo, capacitar y educar al equipo de salud, mejorar en lo posible sueldos y prestaciones, estimular a los buenos trabajadores, asegurar un piso mínimo de elementos de trabajo, vigilar el proceso de la atención médica y acortar los tiempos de espera, simplificar trámites, proporcionar informes, tratar a los pacientes con amabilidad y atender sus quejas. Es necesario también organizar comités técnicos que analicen las causas de muerte o complicación, revisar el expediente clínico, y asegurar la participación de la comunidad. Además es necesario que en todo centro de atención médica se lleven a cabo tareas permanentes de supervisión, evaluación y formulación de compromisos, para corregir las anomalías detectadas.

Los autores agradecen la colaboración de las siguientes personas, en la realización de este trabajo:

José María Calderón, Armando Cordera Pastor, Javier Rosado Muñoz, Fausto Sánchez Valdivia, Fabian Silva Escobar, Ariel Waller González.

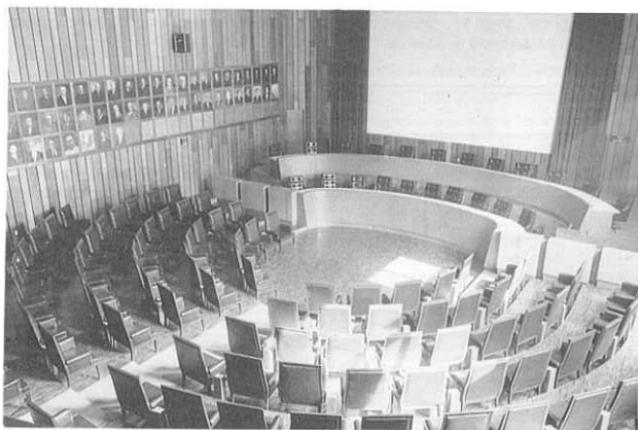
Referencias

1. Ruelas E. "Transiciones Indispensables: de la Cantidad a la Calidad y de la Evaluación a la Garantía" *Rev Salud Pública de México.* 1990; 32 (2): 102.
2. Gutiérrez TG, De Gortari GC. "Norma Técnica para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. México. Secretaría de Salud 1990. Pág. 24.
3. Donabedian A. "La Dimensión Internacional de la Evaluación y la Garantía de Calidad". *Rev Salud Pública de México.* 1990; 32 (2) 114.
4. Donabedian A. "Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica". México, Instituto Nacional de Salud Pública. 1990; 10: 12.
5. Muñoz O. "Prestación de los Servicios y Calidad de la Atención Médica". Reunión sobre Salud y Seguridad Social. IEPES-PRL. Querétaro 1988; Pág. 1.
6. Donabedian A. "La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de Calidad" *Op. Cit.* Pág. 113.
7. Ruelas E, Reyes Zapata H, Zurita GB, Vidal PLM, Karchmer KS: "Círculos de Calidad como Estrategia de un Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica en el Instituto Nacional de Perinatología". *Rev Salud Pública de México.* 1990; 32(2): 210.
8. Donabedian A. "Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica" *Op. Cit.* Pág. 20.
9. Aguirre Gas H. "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los Pacientes y los Trabajadores de las Unidades Médicas". *Rev Salud Pública de México.* 1990; 32 (2): 174.
10. Donabedian A. "Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica". *Op. Cit.* Pág. 26-33.
11. Donabedian A. "La Dimensión Internacional de la Evaluación y Garantía de Calidad". *Op. Cit.* Pág. 117.
12. Aguirre Gas. "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica". *Op. Cit.* Pág. 175.
13. Ruíz de Chávez y col. "Encuestas sobre Satisfacción de Usuarios y Prestadores de Servicios" *Evaluación de los Servicios de Salud del ISSSTE.* SS. 1988; Pág. 83.
14. Max Neefy col. "Desarrollo a Escala humana. Una Opción para el Futuro". *Cepaur Fundación Dag. Hammarskjöld.* Santiago de Chile, 1986. Pág. 17.
15. Donabedian A. "Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica". *Op. Cit.* Pág. 15.
16. Hicks H, Guillet R. "Organizations Theory and Behavior". Tokio Japón. Intl. Student Editions. American Book Store. 1988. p. 170.
17. Duran GL et al. "La Calidad de la Conducta Prescriptiva en Atención Primaria". *Rev Salud Pública de México.* 1990; 32 (2): 181.
18. Campero Cuenca L. "La Calidad de la Relación Pedagógica Médico-Paciente en Consulta Externa; "El caso de Oaxaca México". *Rev de Salud Pública de México* 1990. 32 (2): 192.
19. Donabedian A. "Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica". *Op. Cit.* p. 36.

20. Reerink E. "Garantía de Calidad de la atención a la Salud en los Países Bajos". Rev de Salud Pública de México. 1990; 32 (2): 125.
21. Reyes Zapata, Melendez CV, Vidal PL. "Programa de Garantía de Calidad en el Primer Nivel de Atención". Rev Salud Pública de México. 1990; 32 (2): 232.
22. Ruiz de Chávez M, Martínez Narváez G y col. "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud". Rev Salud Pública de México. 1990; 32 (2): 156.



Vestibulo y mural de académicos ilustres, este último realizado por Alfonso Villanueva.



Panoramica del Auditorio de la Academia Nacional de Medicina (1992)