



FACULTAD DE INGENIERÍA UNAM
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

CURSOS INSTITUCIONALES

DIPLOMADO EN PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

MÓDULO II EVALUACIÓN Y CONTROL DE PLANES, PROYECTOS Y PROGRAMAS DE MEJORA

Del 11 de Agosto al 06 de Septiembre de 2005

APUNTES GENERALES

CI-178

Instructor: Lic. Simón Coronel Palomino
ISSSTE
Agosto/Septiembre del 2005



FACULTAD DE INGENIERÍA UNAM
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN CONTINUA

CURSOS INSTITUCIONALES

DIPLOMADO EN PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

MÓDULO II **EVALUACIÓN Y CONTROL DE PLANES, PROYECTOS Y PROGRAMAS DE MEJORA**

Del 11 de Agosto al 06 de Septiembre de 2005

APUNTES GENERALES

CI-178

Instructor: Lic. Simón Coronel Palomino
ISSSTE
Agosto/Septiembre del 2005

INDICE.**MÓDULO II. EVALUACIÓN Y CONTROL DE PLANES, PROYECTOS Y PROGRAMAS DE MEJORA.**

1. Modalidades y uso de los indicadores.
 - 1.1 ¿Qué es un indicador?
 - 1.2 Construcción o ajuste de indicadores para la evaluación del Plan Estratégico y Operativo.
 - 1.3 Diferentes tipos de indicadores.
2. Programación (calendarización) de metas (bimestrales y anuales).
3. Los indicadores como mecanismos de monitoreo y mejora de la operación.
4. Seguimiento periódico sobre los avances obtenidos.
5. Monitoreo y mejora de los servicios, seguros y prestaciones mediante el uso de Indicadores de Gestión.
6. Diseño de sistemas de evaluación e indicadores con enfoque al usuario.
 - 6.1 Método y técnicas de evaluación.
 - 6.2 Herramientas para la evaluación estratégica.
 - 6.3 Oportunidades de la evaluación
 - 6.4 Evaluación como soporte en la toma de decisiones.
 - 6.5 ¿Cómo determinar la confiabilidad de la información para una evaluación acertada?

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

el resultado de la medición del indicador y constituye un valor de comparación, referido a su meta asociada.

En el desarrollo de los Indicadores se deben identificar necesidades propias del área involucrada, clasificando según la naturaleza de los datos y la necesidad del indicador. Esto es fundamental para el mejoramiento de la calidad, debido a que son medios económicos y rápidos de identificación de problemas.

CLASES DE INDICADORES

Los indicadores de los procesos son de 4 clases:

- De uso de recursos o Eficiencia en el manejo de los mismos.
- De resultados o Eficacia en el logro de los objetivos.
- De impacto o Efectividad de la gestión.
- De Equidad.

EJEMPLO DE INDICADORES HOSPITALARIOS:

1.- Por ciento de Ocupación Hospitalaria	80 - 85%	74
2.- Por ciento de Consultas de Urgencias	4.6 y menos	3.8
3.- Tasa bruta de Mortalidad Hospitalaria	1.7 y menos	1.1
4.- Índice de Conservación y Mantenimiento	90 - 100%	90
5.- Índice de Formación en materia de salud	93 - 100%	99
6.- Cobertura de Asistentes Rurales	90 - 100%	96
7.- Porcentaje de Valoración del Estado Nutricional de los Menores de 5 años	90 - 100%	90
8.- Porcentaje de Acciones de Odontología Preventiva	90 - 100%	113
9.- Porcentaje de Aceptantes de Métodos de Planificación Familiar	90 - 100%	92
10.- Porcentaje de Usuarias Activas de Métodos de Planificación Familiar	90 - 100%	99
11.- Promedio de Consultas Institucionales por embarazada	5 y mas	6.3
12.- Porcentaje de Atención Institucional del Parto	80 - 100%	90
13.- Porcentaje de Aplicación de Dosis de Productos Biológicos	90 - 100%	100
14.- Rendimiento de Consultas por Hora Médico en Hospitales	2.5 y más	3.3
15.- Porcentaje de Cobertura de la Plantilla de Personal en Hospital Rural	95 - 100%	98
16.- Porcentaje de Abastecimiento de Medicamentos a las Unidades Médicas	85 - 100%	96
17.- Mantener en Rangos Adecuados el Ejercicio Presupuestal	95 - 100%	99

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Estándares

Los estándares son la descripción cuantitativa del servicio. Son los valores que se dan a cada uno de los atributos del servicio para poder medirlo, generan una responsabilidad para el servidor público en su cumplimiento y una garantía del mínimo de calidad con el cuál el usuario puede exigir un servicio.

Los estándares pueden ser definidos en términos de:

- **Tiempo:**
Se utilizan unidades de medición de tiempo para definirlos (Minutos, Horas, Días, etc.)
- **Numéricos:**
Se utilizan unidades numéricas para definirlos.
- **Caracterización:**
Se definen a través de la forma en que se debe prestar el servicio.

Ejemplos:

Atributo Estándar

Rapidez *3 días* para resolución del trámite (Tiempo).

Confiabilidad *Cero errores* en elaboración de trámites (Numérico).

Puntualidad *Cumplir en la fecha y hora acordadas* (Caracterización).

Facilidad/Sencillez *Cero usuarios* acuden personalmente a hacer el trámite (Numérico).

Todos los trámites por teléfono (Caracterización).

Un solo formato. (Numérico).

INDICADORES DE CALIDAD	ESTANDARES DE CALIDAD
Grado de satisfacción del personal capacitado	Rapidez para la detección de las complicaciones y prontitud de las acciones
Disminución de los días de estancia hospitalaria	Oportunidad de la satisfacción de las necesidades básicas de los usuarios.
Disminución de las complicaciones en los niños	Eficiencia para resolver los problemas de los usuarios
Disminución del tiempo de ejecución de las intervenciones del personal de enfermería	Mínimo de complicaciones durante el tratamiento
Grado de satisfacción de los usuarios	

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS.

Autoevaluación.

Explique en sus palabras los conceptos indicador y estandar: _____

Los indicadores sirven para:

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS



En el Diagrama de Planeación del ISSSTE de la izquierda identifique, el nivel de indicadores que corresponden a su área de competencia.

Si ya existe

algún tipo de medición verifique si el proceso se encuentra en control o fuera de control. En el segundo caso proponga acciones de mejora para el servicio:

Eficiencia del Recurso mano de obra:

¿Cuál es la eficiencia en el manejo del recurso máquina, si se obtiene una producción de 3.33 unidades por cada hora-hombre y se espera una producción de 6.66 unidades cada hora-hombre?

$$3.33 / 6.66 * 100 = 50\%$$

INDICADORES DE EFICACIA

Eficacia: Se entiende por eficacia, el logro de los atributos del producto que satisface las necesidades, deseos y demandas de los clientes. La eficacia tiene que ver entonces con alcanzar los atributos de los productos propuestos para el cumplimiento de la misión.

Desde la óptica del proceso, debe entenderse que todo proceso es una cadena, que siempre tiene proveedores y siempre tiene clientes. Pudiera decirse que yo mismo soy el cliente de mi propia gestión.

Vistas así las cosas, siempre los productos propuestos tienen un cliente y es él quien determina el logro de los resultados. La eficacia está relacionada con los aspectos externos de la empresa, es así como el cliente tiene mucho interés en que seamos eficaces.

La eficacia es absoluta, es decir, se alcanza o no se alcanza el resultado propuesto, por lo tanto no se tendrán valores de eficacia superiores al ciento por ciento. Los resultados son cualitativos y por ello no se pueden medir, sino contar.

Lo que se hace es contar las veces que el cliente está satisfecho con los resultados y de esta manera obtener la eficacia de nuestra gestión. La eficacia está dada por el número de unidades logradas, con respecto al número de unidades esperadas. Está dada en porcentaje, como una relación del número de veces por cada cien. La eficacia mide nuestra capacidad de innovación, mientras que la eficiencia mide capacidad racional. La eficacia está dada por el número de aciertos que tengamos en los atributos de los resultados.

Atributos de los Resultados

Calidad: Tiene que ver con el cumplimiento del producto, a partir de los requisitos solicitados por el cliente. Algunos de los requisitos son: la pertinencia, las características físicas. El diseño, etc. La calidad está calculada por el número de aceptaciones que de nuestro producto haga el cliente. Por lo tanto se cuenta por el número de aceptaciones, el número de rechazos, el número de devoluciones.

Cumplimiento (Oportunidad): Tiene que ver con el cumplimiento en el tiempo de entrega de los productos solicitados por el cliente. El tiempo de entrega lo fija el cliente. Por lo tanto se cuenta el número de despachos en el tiempo, el número de despachos un ciclo fuera del tiempo, el número de despachos dos ciclos fuera del tiempo.

Costo: Tiene que ver con la relación Beneficio-costos del producto que tienen nuestros clientes acerca de nuestros productos. Esta medida está dada por la percepción que tiene el cliente del beneficio que le presta el producto. Para ello

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Costo: Es la relación existente entre el valor percibido por el cliente y el valor real del producto. Ejemplo: El costo de cada unidad es de \$5.000 y el valor percibido por nuestro cliente es de \$ 4.500.

Oportunidad: Es la relación existente entre el tiempo de entrega y el tiempo requerido por el cliente. (Fecha, un periodo, dos periodos). Ejemplo: La fecha de entrega se despacharon 2000 unidades. Una semana después se despacharon las 1000 unidades restantes. La eficacia del producto = $2000/3000=66\%$

Confiabilidad: Es la relación existente entre el número de reclamos después de entregado el producto y el número de productos entregados. Ejemplo: Seis semanas después de comprado se presentaron 3 reclamos. La efectividad = $3/3000= 0.01\%$.

Comodidad: Es el porcentaje de satisfacción que el cliente siente por las facilidades prestadas por la empresa (Cajeros cerca al hogar, cerca al trabajo). Ejemplo: Con el fin de satisfacer a nuestros clientes se han extendido los horarios de despacho y atención en tres horas diarias. (90%).

Eficacia Total : Para obtener el valor total de la eficacia, se pueden usar dos métodos: el de promedio simple, o promedio ponderado. El promedio simple consiste en la sumatoria de las eficacias y dividir por el número de eficacias calculadas, el valor obtenido es el valor total. El promedio ponderado, consiste en asignar a cada uno de los factores un valor ponderado y luego dividir por cien. El valor obtenido es el valor total de la eficacia.

INDICADORES DE EFECTIVIDAD

Efectividad: Es la medida del impacto de nuestros productos en el objetivo. El logro del impacto está dado por los atributos que tienen los productos lanzados al objetivo.

Por lo tanto la efectividad es el resultado de la eficacia y eficiencia. No debe considerarse como una sumatoria, o multiplicación, simplemente como un resultado.

El concepto de efectividad debe entenderse como el resultado del proceso de alcanzar los objetivos propuestos y la utilización optima de los recursos en ese logro. Está relacionada tanto con aspectos internos, como aspectos externos de la empresa. La efectividad está dada en porcentaje, como una relación del número de veces por cada cien.

CALCULO DE LA EFECTIVIDAD

Participación: Es la relación existente entre las unidades vendidas o demandadas por una empresa, y las vendidas por un sector.

Adaptación: Es la relación existente entre nuestras unidades vendidas, y las unidades solicitadas a la empresa o al sector.

Cobertura: Es la relación existente entre nuestras unidades vendidas y las unidades necesitadas por todo el sector.

Cumplimiento: Es la relación entre nuestras unidades producidas sobre las unidades esperadas programadas.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

EJERCICIO: ELABORE DOS INDICADORES DE EFICIENCIA, EFICACIA, EFECTIVIDAD Y EQUIDAD PARA SU AREA DE COMPETENCIA Y COMPARELOS CON LOS DE SUS COMPAÑEROS EN CASO DE ENCONTRAR PROBLEMAS EN LA REDACCION O CONTENIDO, DISCUTA CON SU EQUIPO SU ELABORACION, HASTA QUE IDENTIFIQUEN LA INFORMACION QUE ES RELEVANTE PARA USTED.

Para el diseño de indicadores se recomienda considerar lo siguiente:

- a) Que sean medibles. Posibilidad de registrarlos y analizarlos en términos cuantitativos y cualitativos.**
- b) Precisos. Definidos de una misma forma por distintas personas.**
- c) Consistentes. Que no varíen en función del tiempo.**
- d) Sensitivos. Capaces de cambiar proporcionalmente en respuesta a los cambios que presente lo que se está midiendo.**

Para el desarrollo de la propuesta se recomienda diseñar los indicadores en dos niveles: Indicadores de impacto e indicadores de desempeño. Los primeros deberán enfocarse a nivel de objetivos (general e inmediatos), y los segundos medirán el grado de cumplimiento de las actividades en función del tiempo de vida de la propuesta.

El establecimiento de una línea base es fundamental pues constituye el punto de referencia contra el cual se van a comparar resultados.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Garantía y Monitoría de Calidad de la Atención Médica: Un texto introductorio

Avedis Donabedian

El doctor Avedis Donabedian es Profesor Emérito Nathan Sinai de la Universidad de Michigan. También es miembro del Instituto de Ciencias de Estados Unidos y Miembro Honorario de la Academia Nacional de Medicina de México.

El doctor Donabedian es reconocido mundialmente como una autoridad en el estudio de la calidad de la atención médica. Es autor de siete libros, tres traducidos al español y sus contribuciones más importantes han sido el desarrollo de la teoría y la sistematización de la información de la evaluación y monitoría de los sistemas de salud.

En este texto el doctor Donabedian ofrece una introducción a los conceptos fundamentales de la calidad de la atención a aquellos que por primera vez se aventuran en el campo.

Este texto tiene como finalidad servir de introducción a algunos elementos de la garantía de calidad en la práctica médica. Más que detenerse en detalles, intenta ofrecer una visión panorámica. Con una idea de la empresa como un todo, el lector podrá decidir qué componentes son los adecuados para una determinada aplicación y, por lo tanto, dignos de mayor atención.

LA NATURALEZA Y EL ENFOQUE DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

El término *garantía de calidad* puede ser engañoso, ya que no siempre es posible garantizar un nivel dado de calidad. En el mejor de los casos a lo más que podemos aspirar es a salvaguardar y mejorar la calidad de la atención. *La conservación de la calidad*, o más optimistamente, la *mejoría de la calidad* serían metas más realistas.

La *garantía de calidad*, en un sentido amplio, está compuesta por dos elementos: 1) el diseño del sistema y 2) la monitoría del desempeño.

El diseño del sistema incluye todas las características del sistema de atención a la salud que se considera contribuyen a la calidad. La enumeración parcial de dichas características podría empezar con las disposiciones que rigen el reclutamiento, la educación, el entrenamiento de postgrado, la expedición de licencias y la certificación de los médicos. Los mecanismos de seguridad implícitos en estas actividades se refuerzan con las provisiones adoptadas por organizaciones de salud, (principalmente por hospitales, pero también por grandes grupos de práctica médica) para organizar a sus cuerpos médicos, para seleccionar a los médicos que solicitan su incorporación a estas organizaciones para especificar las actividades que los miembros del equipo pueden o no asumir y para mantener el desempeño de los médicos bajo un proceso de revisión permanente.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Las instituciones de atención a la salud están sujetas, ellas mismas, a un proceso de regulación a través de la expedición de licencias estatales. Los programas gubernamentales fijan condiciones para la participación general y en ocasiones añaden requisitos específicos a cambio de la autorización para llevar a cabo procedimientos particularmente complicados, como transplantes de corazón.

Los esfuerzos voluntarios fortalecen y extienden las iniciativas gubernamentales. Las asociaciones de profesionales cuentan con estándares a través de los cuáles se especifica qué es lo que considera un servicio, un programa o una instalación estable: por ejemplo, un laboratorio clínico, un banco de sangre o una unidad de atención al recién nacido. Dentro de las agencias no gubernamentales destaca en Estados Unidos la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organizaciones de Atención a la Salud. Previa solicitud, y a cambio de una cuota, sus emisarios visitan los hospitales a intervalos de tres años para determinar si se cubrieron los estándares de la Comisión, para así otorgarle al hospital una acreditación completa o provisional.

Los hospitales buscan la aprobación de las agencias no gubernamentales porque les confiere prestigio y porque las agencias gubernamentales aceptan dicha aprobación como si cubriera todos o la mayoría de sus propios requerimientos. Pero posiblemente la razón más poderosa es que las instituciones de atención a la salud necesitan satisfacer los requerimientos de los cuerpos profesionales para calificar como sitios de educación básica, entrenamiento de especialidad o ambos.

Como el desempeño de los médicos se ve influenciado casi por cualquiera de las características de las condiciones bajo las cuales trabajan, las manipulaciones sistemáticas de dichas condiciones pueden servir como medio para garantizar la calidad. Estas condiciones incluyen el si los médicos trabajan solos o asociados, y la naturaleza de la asociación cuando la práctica se realiza en grupo. Los atributos más relevantes son, entre otros, la magnitud de la empresa; la calificación y la experiencia de los participantes; el equipo y demás recursos disponibles; el volumen de casos similares tratados y procedimientos llevados a cabo y la manera en que se hacen los pagos a la institución o asociación como un todo y a los médicos en forma individual.

En un sentido aún más amplio, el diseño del sistema incluye las características que influyen en el comportamiento de los receptores reales o potenciales de la atención. El número, capacidad y localización de las fuentes de atención se incluirían dentro de dichas características, lo mismo que la presencia y peculiaridades de los mecanismos a través de los cuales la atención se hace económicamente accesible. Dentro de estos se cuentan los seguros voluntarios, la seguridad social y los programas de asistencia pública.

Las demandas por errores en la práctica médica, al influir en el comportamiento de los usuarios y los médicos, podrían constituirse en una fuerza poderosa, aunque sus efectos precisos aún se discuten. El recurso de litigio puede contribuir a la calidad al obligar a los médicos a ser más cuidadosos y al estimular a los pacientes a ser más exigentes. Sin embargo, la calidad podría verse negativamente afectada si por temor a las demandas, los médicos solicitaran estudios innecesarios, en ocasiones peligrosos y siempre costosos, o si dichas demandas desestimularan a los médicos a llevar a cabo procedimientos potencialmente útiles pero riesgosos o incluso los llevaran a

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

abandonar por completo cierto tipo de prácticas. No obstante, si todos o parte de los médicos que abandonan procedimientos son en promedio menos expertos en su uso que los que siguen utilizándolos, la mejoría resultante en la calidad podría compensar la posible reducción en la accesibilidad de la atención.

Los aspectos del diseño del sistema mencionados hasta ahora, así como muchos otros a los que se podría hacer mención, aunque son pertinentes, sólo permiten establecer tendencias generales en favor de (o en contra de) la calidad en el desempeño de los médicos. Para hacer determinaciones del desempeño más precisas, que se acompañen de las reformas específicas correspondientes, es necesario adicionarle un componente más a la garantía de calidad: el componente de "monitoría". De hecho por un error de terminología, cuando se utiliza el término *garantía de calidad*, casi siempre se está haciendo referencia a la *monitoría de la calidad* o a la *revisión de la calidad*. Más precisamente, lo que se quiere decir es garantía de calidad a través de la monitoría de o la revisión. Esto se debe a que hay por lo menos dos actividades implícitas: una es la evaluación de la calidad del desempeño y la otra es el tomar las medidas para corregir las desviaciones en relación con los estándares de calidad. Aún no contamos con un término que sugiera la presencia inequívoca de estos dos componentes en la actividad que será el tema de discusión en que resta de este libro.

Sin embargo, antes de seguir adelante, es importante señalar que el diseño del sistema y la monitoría del desempeño son dos componentes inseparables y de apoyo mutuo de la garantía de la calidad. No es probable que la monitoría resulte efectiva en un sistema permeado por incentivos perversos. Al mismo tiempo, sin monitoría no es posible conocer el desempeño del sistema ni cómo mantenerlo dentro de un determinado curso suponiendo que presentara desviaciones en su desempeño. Para usar una metáfora familiar, el diseño del sistema es el auto y la monitoría, su mecanismo de dirección.

LA DEFINICIÓN DE CALIDAD

Para poder evaluar la calidad de la atención a la salud (o la calidad de cualquier otra actividad), es necesario especificar, desde un principio, los objetivos a seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover la salud. Más precisamente, el objetivo es alcanzar el grado de conservación, restauración y promoción de la salud que las ciencias de la salud permitan. Los medios son un conjunto de intervenciones: algunas técnicas, otras psicológicas y otras más, sociales. A los medios se les juzga por su efectividad (su contribución a la mejoría de la salud), su costo y por el grado en el que sus otros atributos son aprobados por pacientes individuales y por la sociedad.

Por lo tanto, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzga son las expectativas de resultado que se podrían atribuir a la atención en el presente.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

LA DEFINICIÓN DE SALUD

Como la salud ocupa un lugar tan crítico en la definición de calidad, la manera en que aquella se conceptualiza y evalúa tiene una profunda influencia en los juicios sobre calidad.

En relación con sus componentes, puede considerarse que la salud cuenta con aspectos físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. En relación con la perspectiva temporal, uno podría preocuparse únicamente por los cambios actuales o inmediatos en la salud o bien analizar cómo es que la atención a la salud en el momento actual ha alterado las perspectivas de salud en el futuro – un futuro que podría incluir la duración total de la vida. Aún más, el significado y el valor dado a la salud en sus diversas manifestaciones, depende de quien tenga en sus manos la valoración y de las consideraciones a las que está sujeta. Es posible que los médicos definan y valoren de una cierta manera la salud, los pacientes de otra y la sociedad de otra más. En relación con las “preferencias de tiempo”, existen evidencias que sugieren que algunas personas les preocupan los riesgos inmediatos y los tratan de evitar, mientras que otras están dispuestas a asumir riesgos en el presente con la intención de tener una mayor probabilidad de beneficios para su salud en el futuro.

De acuerdo con estas consideraciones, se han hecho grandes esfuerzos para desarrollar medidas del estado de salud susceptibles de ser utilizadas tanto en la evaluación de la atención como en la planeación y conducción en la práctica clínica en los servicios de salud.

La necesidad de tomar en consideración las preferencias de los pacientes al elegir las estrategias alternativas de atención también está siendo objeto de estudio.

LOS MEDIOS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS RELACIONADOS CON LA SALUD

Es importante recordar que hay muchos factores, incluyendo otras intervenciones fuera de la atención a la salud, que influyen sobre la salud. Como ejemplos se pueden mencionar la dotación genética, las condiciones ambientales, la educación, la ocupación, el género, la edad, etcétera. Así, no toda la alteración o cambio en el estado de salud puede atribuirse a una atención a la salud previa concurrente. Por esto, el separar las consecuencias de la atención a la salud de los efectos de otros sectores debe ser una preocupación constante en el diseño de medidas para la evaluación de la calidad.

La atención a la salud en sí misma combina las contribuciones de los pacientes y de los prestadores de atención a la salud. El prestador de la atención tiene la responsabilidad de tomar las decisiones técnicas apropiadas en el proceso de selección de estrategias diagnósticas y terapéuticas, de ejecutar todos los procedimientos de la manera más hábil posible y de manejar las relaciones personales con el paciente en forma ética, humana y placentera, de tal manera que se tienda a garantizar el grado más efectivo de participación tanto del paciente como de sus familiares. Al mismo tiempo, la persona u organización bajo cuyos auspicios se proporciona la atención es responsable de contar con

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

los recursos necesarios para instrumentar las decisiones con un cierto grado de comodidad. (Por comodidad se entiende todas aquellas características del lugar de la prestación de los servicios que hacen a la atención a la salud conveniente, confortable, agradable, privada y, hasta cierto punto, deseable).

De lo anterior puede concluirse que los medios utilizados para alcanzar cierto nivel de calidad tienen connotaciones éticas muy importantes. No todos son igualmente aceptables y algunos podrían ser objeto de censura. Por ejemplo, es posible que bajo ciertas circunstancias, la coerción genere mejoras en la salud que no podrían alcanzarse por otros medios; sin embargo, no se tendería a hacer uso de ella, o por lo menos se guardarían ciertas reservas a este respecto.

En este y otros asuntos se cuenta con alternativas más que con respuestas categóricas. Podríamos elegir, por ejemplo, restringir nuestro juicio a lo que hacen los médicos (y posiblemente otros proveedores de atención a la salud), o bien al comportamiento de los pacientes. Bajo la primera alternativa medimos lo que los médicos hacen y pretenden alcanzar. Bajo la segunda juzgamos lo que de hecho se alcanzó o lo que se espera obtener. Si se toma como criterio de calidad al comportamiento de los pacientes, es necesario interpretarlo en parte como responsabilidad del propio paciente, en parte como consecuencia de diversos factores ambientales y sociales (incluyendo a las propiedades del sistema de atención a la salud), y en parte como responsabilidad del médico y de otras personas involucradas en la atención.

Si se decide restringir la atención al desempeño del médico, es necesario hacer una segunda elección: evaluar exclusivamente los componentes técnicos de la atención o incluir también el manejo del proceso interpersonal. Los médicos, al juzgar el trabajo, casi siempre se han limitado a evaluar el desempeño técnico. En contraste, 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. Esto se debe, en parte, a que la mayoría de los pacientes no entiende los detalles de la atención técnica, y a que, con toda razón, piensan que si el médico no está personalmente interesado en ellos, no utilizará sus habilidades técnicas en toda su plenitud en su provecho.

Por supuesto que los pacientes pueden entender los cambios más aparentes en su salud que se presenta durante y después de recibir atención, y los utilizan como indicadores de calidad. Por desgracia, hay cambios muy sutiles en el estado de salud que los pacientes no perciben. Además, las consecuencias más obvias pueden tardar en aparecer o posiblemente, aunque se detecten tempranamente, no tengan que ver con la atención recibida. Con frecuencia los pacientes tienen expectativas poco realistas en relación con la efectividad de la atención y por lo general sobreestiman sus poderes. Por lo tanto es responsabilidad del médico el infundirle un carácter más sobrio a las esperanzas del paciente. Pero también uno debe cuidarse de las predicciones injustificadas pesimistas, cuyo propósito siempre es demostrar que el desempeño fue mucho mejor de que lo que se hubiera esperado. Al paciente se le debe informar que no debe desear lo inalcanzable, pero también se debe saber cuando no se alcanzaron las metas que se consideraban razonables.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

COSTO MONETARIO Y CALIDAD: EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA

En primer lugar es posible que tengamos como objetivo proporcionarle al paciente el mayor beneficio en términos de salud, independientemente del costo monetario. Si la atención resulta excesiva o dispendiosa, se puede pasar por alto, siempre y cuando no existan elementos dañinos que interfieran con el goce del paciente de los mayores beneficios en salud que las ciencias de la salud pueden ofrecerle.

Por supuesto que no podemos darnos el lujo de adoptar una actitud "derrochadora" en la práctica médica. Además, la atención exclusivamente dispendiosa puede asociarse, de alguna manera, con una baja calidad. Implica descuido o incompetencia por parte del médico y, al despilfarrar preciosos recursos, disminuye innecesariamente el acervo de la atención a la salud o de otros servicios (destinados a ese paciente en particular o a otros).

La alternativa más razonable es afirmar que la calidad consiste en alcanzar los mayores beneficios posibles en salud al menor costo. Si se acepta esta definición, la monitoría de la atención adquiere dos funciones. La primera es la verificación de la *efectividad* y la segunda la verificación de la *eficiencia*.

La *efectividad* se determina juzgando si la atención proporcionada va a producir (en promedio, en pacientes de un tipo especificado) los mayores beneficios posibles en la actualidad. La efectividad máxima se alcanza cuando se otorga la mejor de las atenciones útiles y se evita toda la atención dañina. La efectividad depende básicamente de los conocimientos, juicio y habilidad de los médicos y otro tipo de personal, aunque hay otros factores – como la calidad del equipo y la disponibilidad de recursos – que también juegan un papel. En cualquier momento dado, el límite superior de la efectividad está determinado, por supuesto, por el estado en que se encuentran la ciencia y la tecnología médicas.

La *eficiencia* depende de la comparación entre los costos de la atención y sus beneficios esperados. En parte depende de la habilidad de los médicos para seleccionar programas y ejecutar procedimientos de atención, de tal manera que se evite su desperdicio. Este componente puede denominarse *eficiencia clínica*, ya que depende, en buena medida, de las habilidades y destrezas de los clínicos.

Un segundo componente de la eficiencia es el que se denomina *eficiencia en la producción*. En este caso se habla de la eficiencia con que una institución produce los bienes y los servicios que pone a disposición de los médicos. Por ejemplo, las dosificaciones de un medicamento de una calidad similar pueden producirse con mayor o menor eficiencia; la atención de enfermería también puede producirse más o menos eficientemente, sin cambios en la calidad, utilizando diferentes configuraciones de personal; el hospital, como un todo, será más eficiente si trabaja al máximo o en los límites de su capacidad. Todos estos aspectos del manejo de las instituciones se ven influidos de manera importante por las decisiones administrativas, y mucho menos por las decisiones clínicas. Por lo tanto, estas consideraciones por lo general no se incluyen en la evolución del desempeño clínico. Sin embargo, tienen una influencia profunda en el costo de la atención y deben formar parte de las evaluaciones del desempeño del sistema como un todo.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

En contraste, la *eficiencia clínica* es un componente clave en la monitoría del desempeño médico y por lo general se juzga por el grado en que se prescribe y proporciona atención costosa innecesaria. Por ejemplo, es posible que un paciente ingrese a un hospital a pesar de que se le pudo haber proporcionado una atención de una calidad similar (o incluso superior) en algún otro tipo de instalación a un menor costo. Así también, un paciente pudo haber permanecido en un hospital más tiempo del necesario, durante el cual el paciente no recibió beneficio alguno; o talvez se le sometió a procedimientos (ya sean pruebas de laboratorio, otros estudios diagnósticos, cirugía u otros tratamientos) que no estaban indicados.

Todas estas actividades caen dentro del dominio de lo que se conoce como *revisión de la calidad*, tratándose esta última, en un sentido estricto, de la evolución de la efectividad. Pero como la atención dispendiosa suele ser potencial o realmente dañina, y la atención dañina es necesariamente dispendiosa, la distinción entre *revisión de la efectividad* y *revisión de la eficiencia*, aunque útil desde el punto de vista conceptual, resulta innecesaria en la práctica.

El énfasis dual de la efectividad y la eficiencia en la especificación de lo que es calidad de la atención matiza los objetivos de la monitoría y, por lo tanto, influye en sus consecuencias. Los costos pueden disminuir sin alterar la calidad con sólo limitar la atención dispendiosa. También pueden alcanzarse mejoras en la calidad reduciendo el costo cuando la monitoría indica que determinada atención posiblemente resulta más dañina que benéfica. Pero las mejoras en la calidad pueden asociarse con un aumento en los costo si, como resultado de la revisión de la efectividad, se rectifican omisiones en la atención útil. Por supuesto que cualquier ganancia en calidad, a cualquier costo, también mejora la salud. Este último efecto, a su vez, reduce el costo actual y futuro de la atención, por lo menos hasta que una enfermedad progresiva e inevitable, y la vejez, creen nuevas y frecuentemente costosas necesidades de atención. Es muy poco lo que puede decirse sobre el impacto neto sobre el costo de estas tendencias, fuera de afirmar que sin duda varían enormemente de una situación a otra.

Por último, es importante recordar que la monitoría en sí misma puede resultar una empresa costosa. Es necesario que sus logros justifiquen su costo en tiempo, esfuerzo y posibles imposiciones sobre la libertad de práctica.

COSTO MONETARIO Y CALIDAD: EL INTERCAMBIO COSTO-CALIDAD

La tercera elección pertinente a la relación entre el costo y la calidad no es la búsqueda de la mayor mejoría posible en la salud (efectividad máxima) sino de aquella mejoría, que bajo un criterio u otro, es "económicamente accesible".

Hay motivos para creer que cuando se incorporan intervenciones cada vez más complejas a la atención proporcionada a un paciente en las etapas iniciales del tratamiento, mayores serán las mejorías en la salud asociadas con cada adición a la atención. Más adelante cada adición sigue teniendo un costo pero cada mejoría correspondiente en la salud se vuelve progresivamente menor. Eventualmente hay un punto después del cual se considera que los beneficios agregados ya no valen el costo adicional. La atención que corresponde a esta posición en la relación entre costos y beneficios tiene una efectividad óptima y, por lo tanto, una calidad inmejorable. Esta atención deberá ser también

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

económicamente accesible para aquellos que le han asignado valores a los costos y los beneficios. Pero la atención que va más allá del punto de la efectividad óptima no podría considerarse económicamente accesible. Esto significa que las esperanzas de pequeñas mejoras adicionales en salud (que representarían mejoras adicionales en calidad) serán ignoradas a favor de ahorros proporcionalmente mayores en los costos. Esto, en pocas palabras, es lo que se conoce como *intercambio costo-calidad*.

La búsqueda de una calidad económicamente accesible resulta razonable si un individuo, al evaluar los costos y los beneficios, llega a la decisión de que una atención adicional no vale el costo agregado asociado con dicha atención y le comunica su decisión al médico. Sin embargo, es posible que aquellos que pueden pagar por atención adicional fijen el óptimo en un nivel superior de beneficio, perpetuando así las diferencias en los niveles de salud entre las clases sociales. En defensa de esto se han instrumentado mecanismos para el financiamiento social de la atención a la salud, a través de programas voluntarios y gubernamentales, para así reducir o eliminar esta disparidad.

Cuando la sociedad – a través de instrumentos públicos – propone definir lo que es accesible y lo que no lo es, se desencadenan nuevos problemas. Por principio de cuentas nuestro conocimiento de la relación entre atención y beneficios es aún muy incompleto. En segundo lugar, si contáramos con la información sería necesario asignarle un valor monetario a la vida humana y al bienestar para así poder determinar con precisión lo que es económicamente accesible. Y aunque esto es posible a través de la adopción de ciertas convenciones, hay muchos que se opondrían a que se hiciera. Finalmente, las definiciones sociales de lo que es económicamente accesible entrarían en pugna con las valoraciones individuales, discusión llena de conflictos e insatisfacciones.

La razón más frecuente de diferencias entre las valoraciones sociales e individuales es el financiamiento social de la atención a la salud. En la medida en que los individuos son los beneficiarios de los seguros de salud – o de algún otro programa de financiamiento de la atención –, se les exige del costo inmediato de la atención y por lo mismo se muestran ávidos de disfrutar sus beneficios. Para ellos la atención económicamente accesible se acerca a la efectividad máxima. Aspiran a más, no a menos. Al mismo tiempo, las instituciones sociales encargadas de pagar por la atención, fijan estándares mucho menores y mecanismos para imponerlos.

Otras diferencias entre las determinaciones sociales e individuales de la accesibilidad económica se presentan porque la sociedad posiblemente toma en consideración no sólo las consecuencias de la atención para los individuos que la reciben sino también las consecuencias para los demás. Los esfuerzos por impedir el contagio constituyen un ejemplo a este respecto. Aún más, la sociedad puede tener metas que implican una mayor atención a ciertos grupos y no a otros – por ejemplo, la búsqueda de una distribución social más equitativa de la atención a la salud y la salud misma, o la generación de una fuerza de trabajo más productiva.

Cuando los cálculos individuales de la accesibilidad económica entran en conflicto con lo que está sancionado socialmente, los médicos enfrentan un doloroso dilema ético. Por un lado, es su deber servir a los intereses de cada paciente individual. Por el otro, tienen la obligación de racionar la atención de acuerdo con lo que la sociedad considera económicamente accesible. El encontrar una solución a este predicamento es uno de los problemas actuales

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

más urgentes de la atención a la salud.

Como puede verse, el definir la calidad plantea alternativas sobre las cuales debe optarse, y problemas que son necesarios resolver antes de proceder a la monitoría. No obstante, en la mayor parte de los casos, la monitoría se instituye sin una formulación explícita de sus usos y objetivos. Por lo general se lleva a cabo en el marco de supuestos no explícitos, solo evalúa el desempeño técnico de los profesionales, y hace énfasis ya sea en la efectividad o la eficiencia, dependiendo de si dominan los médicos o los administradores en las agencias de financiamiento.

ENFOQUE PARA LA EVALUACIÓN

Independientemente de la amplitud de la definición de calidad, existen tres posibles aproximaciones a la evaluación del desempeño de los médicos o de cualquier otra profesión o programa. Como puede observarse en la figura 5, estas aproximaciones pueden denominarse evaluación de la "estructura", del "proceso" y de los "resultados".

El término "estructura" hace mención a todos los atributos – materiales y organizacionales – relativamente estables de los sitios en los que se proporciona la atención. Mucho de lo descrito bajo el encabezado "diseño del sistema" forma parte de esta categoría. El término "proceso" incluye todo lo que los médicos y otros proveedores de atención hacen por los pacientes, así como la habilidad con lo que lo llevan a cabo. En este rubro también se incluye lo que los pacientes hacen por sí mismos. El término "resultados" hace referencia a lo que se obtiene para el paciente. Más específicamente, un resultado supone un cambio en el estado de salud – para bien o para mal – que puede atribuirse a la atención bajo evolución. Los resultados también incluyen otras consecuencias de la atención, por ejemplo, conocimiento sobre la enfermedad, cambios en la conducta que conducen a la salud, y la satisfacción del paciente. En la figura 6 se presentan una clasificación y una lista de resultados más detalladas.

La satisfacción del paciente constituye un elemento particularmente importante en este listado. En primer lugar es un "resultado" de un valor incuestionable ya que la satisfacción es un aspecto de bienestar que la atención que la atención a la salud intenta promover. En segundo lugar, la satisfacción del paciente contribuye a la atención porque es más probable que el paciente participe en la atención de una manera más efectiva. En tercer lugar, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida y sus resultados.

Es posible contar con tres enfoques de evaluación porque entre ellos existe una relación demostrada o supuesta, de tal manera que una "buena" estructura aumenta las posibilidades de un "buen" proceso y un "buen" proceso incrementa las posibilidades de un buen resultado. De manera similar, si los resultados son aceptables, es posible inferir con un alto grado de probabilidad que el proceso que los antecedió fue bueno. Si estas relaciones no existieran, o si no fuera posible suponerlas, la calidad no podría evaluarse haciendo uso del enfoque en cuestión. De aquí que la evaluación de la calidad tenga que construirse sobre un cuerpo de conocimientos sobre las relaciones que existen entre estructura, proceso y resultados.

Las ciencias de la atención a la salud se interesan en dilucidar la relación que existe entre la atención técnica y las mejorías en la salud. Las ciencias de la

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

conducta contribuyen a la comprensión de cómo es que el manejo del proceso interpersonal puede influir en la conducta y el grado de satisfacción del paciente. Las ciencias de la organización investigan la relación que existe entre la estructura y el proceso. Ninguna de estas ciencias se acerca a la perfección, pero de las tres, las ciencias de la salud son probablemente las que más avanzadas están y las que, por lo tanto, pueden arrojar los juicios más defendibles sobre la calidad. Los otros dos tipos de ciencia están relativamente menos desarrollados, por lo que sus juicios tienen un menor grado de certeza. Un principio fundamental es que la evaluación de la calidad no puede ser mejor que las ciencias sobre las que se basa. Aún más, como las bases científicas de la práctica clínica están en un proceso de cambio constante, nuestros juicios sobre lo que constituye la calidad deberán cambiar de manera concomitante. Finalmente, es importante señalar que todas las relaciones aquí mencionadas son probabilidades, no certezas. Por ejemplo, un paciente individual puede fallecer a pesar de haber recibido la mejor de las atenciones posibles, o sobrevivir a pesar de haber recibido un mal tratamiento. Son los promedios y no las excepciones los que cuentan.

Los méritos relativos de los tres enfoques de evaluación se derivan en parte de la firmeza de los datos científicos sobre los que descansan. Todo mundo acepta, por ejemplo, que la evaluación de la estructura (o diseño del sistema), aunque importante, no es un método lo suficientemente sensible o específico como para monitorizar el desempeño continuo. Sin embargo, existe un gran desacuerdo sobre cuál es el mejor enfoque, la evaluación del proceso o de los resultados.

Los que defienden la evaluación del proceso afirman que los médicos no pueden más que utilizar de la manera más hábil posible los mejores conocimientos y métodos disponibles para la atención de los pacientes. Los resultados, arguyen, están influidos por muchos otros factores como para poder constituirse en indicadores válidos del desempeño médico. Por su parte, los defensores de la evolución por resultados aseguran que la mejoría en la condición del paciente es la única prueba final de que la atención fue buena.

Las discrepancias entre los partidarios de la evaluación del proceso y los defensores de la evaluación por resultados derivan de consideraciones demasiado complejas como para poder aclararlas en este trabajo. Sin embargo, creo que en términos generales no se cuenta con suficientes argumentos como para poder tomar partido. La posición más razonable es preguntarse qué es lo que se desea saber y cuál es la mejor manera de obtener la información. Así, el tipo de evaluación se adapta a las necesidades y oportunidades de cada situación particular, pero hasta donde sea posible, siempre es preferible contar con información derivada de los tres enfoques de evaluación, ya que la comparación de los tres le confiere una mayor confiabilidad a los juicios y ayuda a explicar las deficiencias en el desempeño.

La *validez causal* depende de la justificación científica para afirmar que un aspecto de la estructura se relaciona con un proceso, un proceso con un determinado resultado o un resultado con un proceso específico. Como las medidas del proceso y de los resultados tienen las mismas raíces en las ciencias de la salud, no puede afirmarse, como algunos aseguran, que unas tienen, en general, mayor validez que otras. Suponiendo que las medidas se seleccionan de una manera racional la validez depende de lo que se conoce sobre la relación entre ellas.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

La *pertinencia* en relación con los objetivos de la atención (el segundo criterio enlistado) constituye un requisito obvio en la evaluación del desempeño. Por ejemplo, si lo que se busca es aliviar el sufrimiento en una enfermedad terminal, no tendrá sentido evaluar el desempeño en función de si el paciente falleció o no. Sin embargo, es posible y necesario determinar si los objetivos actuales de la atención son los que se debieron haber adoptado.

La *sensibilidad* es la capacidad de una medida para detectar posibles deficiencias en la calidad. La *especificidad* es la capacidad de una medida para reflejar la calidad de la atención sin incluir al tiempo los efectos de otros factores. Una medida específica, además de indicar que un determinado problema es producto de la atención más que de otra cosa, debería mostrar también qué elementos de la atención fueron los deficientes. Es obvio que en este caso las medidas del proceso tienen cierta ventaja.

La *inclusividad* es la capacidad de una medida para reflejar todos los componentes de la atención, incluyendo la contribución de los diversos proveedores de la atención y los pacientes. Las medidas de la evaluación por resultados, por su naturaleza, disfrutan de esta propiedad, pero en términos generales son menos sensibles y específicas que las medidas del proceso.

La *oportunidad* de una medida resulta importante por diversas razones. Determina, por ejemplo, si una información está disponible y puede obtenerse lo suficientemente rápido como para poder corregir las deficiencias detectadas en la atención. En este caso las medidas del proceso tienen cierta ventaja. Los resultados requieren de cierto tiempo para desarrollarse y quizás solo se hacen plenamente aparentes después que se da de alta al paciente. Sin embargo, hay muchos cambios en la condición del paciente que ocurren durante la atención, y son estos los que pueden utilizarse para una monitoría oportuna.

El *costo relativo*, el elemento final en la lista para escoger un enfoque de evaluación, tiene una importancia práctica evidente. La información que puede obtenerse de los expedientes individuales, de los informes de las agencias o de las compilaciones estadísticas de rutina, es más barata que la información que requiere de estudios especiales, sobre todo si el estudio supone buscar, interrogar o incluso examinar pacientes.

QUÉ ES LO QUE SE DEBE EVALUAR

Suponiendo que ya se tomó la decisión de evaluar la calidad de la atención a través del examen de su proceso o de sus resultados, o de ambos, en seguida es necesario decidir qué grupo de pacientes es el que se va a utilizar para la evaluación. Si su número es pequeño posiblemente se pueda evaluar la atención de todos. Sin embargo, con frecuencia la cobertura total resulta prohibitiva en términos de costo y tiempo. En este caso es indispensable limitar la tarea.

El método más común y simple para identificar pacientes es el del diagnóstico primario que determinó su ingreso a la atención. Como ejemplo podemos mencionar a la diabetes, infarto del miocardio o neumonía viral. Una alternativa sería seleccionar pacientes con una condición o queja particular que el paciente puede identificar sin la ayuda del médico – por ejemplo, dolor de cabeza, dolor abdominal o dolor torácico después del ejercicio. Estas condiciones o quejas son particularmente adecuadas para investigar la manera en la que los médicos llegan a un diagnóstico más preciso a través de una

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

serie de hábiles eliminaciones. Al empezar con casos ya diagnosticados, lo único que se puede hacer es afirmar si un diagnóstico particular está justificado, pero no se puede saber cuántos de los casos que ameritaban dicho diagnóstico se pasaron por alto.

Otra estrategia es seleccionar a los pacientes que se sometieron a un procedimiento diagnóstico particular, una intervención quirúrgica o terapia no-quirúrgica.

Hay ciertos procedimientos administrativos que también pueden utilizarse para identificar pacientes: por ejemplo, ingresos, altas, transferencias, consultas o referencias. También es posible seleccionar pacientes que presentaron ciertos resultados indeseables, sobre todo si se piensa que dichos sucesos (en ocasiones denominadas "incidentes críticos") por lo general son susceptibles de prevención. Casi todas las muertes hospitalarias están abiertas a investigación. Otros sucesos adversos son las infecciones adquiridas y los accidentes sufridos durante el periodo de atención, las complicaciones de otro tipo, etcétera.

Son tres las consideraciones que determinan la elección de lo que habrá que evaluarse: 1) la importancia, 2) la representatividad y 3) la factibilidad.

La importancia puede denominarse a través del principio de Williamson del "beneficio máximo alcanzable". De acuerdo con este principio, es preferible centrar nuestra atención en algo que sucede frecuentemente; que está sujeto a errores frecuentes en la administración de la atención; que se asocia con errores susceptibles de corrección y cuya corrección produce beneficios para la salud. En ocasiones hay otros factores (administrativos, regulatorios, legales, políticos, etc.) que influyen en la elección de ciertos grupos de pacientes como sujetos de evaluación.

La representatividad es el siguiente criterio para la elección. El muestreo estadístico aleatorio constituye una opción, aunque no se utiliza con frecuencia, a menos que se busque elegir un número más pequeño de pacientes a partir de un grupo seleccionado sobre otras bases. Sin embargo, frecuentemente se busca incluir categorías de pacientes, procedimientos o sucesos que, de una manera un poco burda, proporcionan un panorama "ilustrativa" de la atención como un todo. Se podría tratar de incluir, por ejemplo, a hombres y mujeres; niños, adultos y ancianos; atención hospitalaria y de consultorio; atención médica y quirúrgica; atención de casos agudos y crónicos; actividades de prevención, búsqueda de casos, tratamiento y rehabilitación; etcétera.

Una manera más sistemática de hacer una selección dentro de esta línea es el "método de rastreo" propuesto por Kessner. Sin embargo, las aplicaciones rigurosas de este método son muy comunes.

La factibilidad es el tercer criterio para elegir categorías de pacientes. Un elemento a tomar en consideración es el costo de identificar los casos que habrían de estudiarse. Por ejemplo, los hospitales llevan un archivo de pacientes clasificados por diagnóstico pero no por condición o queja. Los expedientes que se conservan en ciertos departamentos del hospital pueden facilitar la elección de los procedimientos diagnósticos y de los hallazgos como objetos de estudio. Para evaluar la atención de consultorio posiblemente tengan que instituirse procedimientos especiales para la recolección de información que más tarde permitirán la selección de casos para evaluación.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Dado que la elección de una cierta categoría de pacientes implica elecciones posteriores en el proceso de evaluación, los requisitos y costos de estos pasos subsecuentes contribuyen a calcular la factibilidad. Como ejemplos se pueden mencionar la disponibilidad de estándares sobre los que existe un acuerdo previo y el costo de obtener información para probar el apego a dichos estándares.

CRITERIOS Y ESTÁNDARES DE EVALUACIÓN: DESCRIPCIÓN Y CLASIFICACIÓN

Ninguna evaluación sería posible sin la existencia de criterios y estándares. Y aunque estamos muy lejos de la unanimidad, resulta aceptable afirmar que los "criterios" son los elementos de la estructura, proceso y resultados que nos hablan de la bondad o que permiten hacer un juicio sobre la bondad de la atención. Como ejemplos se pueden mencionar el número de enfermeras por cama de hospital en una unidad de cuidados intensivos (estructura), la toma de la presión arterial durante el embarazo (proceso) y la ocurrencia de incontinencia urinaria después de la cirugía de próstata (resultados). Los "estándares" son declaraciones cuantitativas más específicas, que permiten especificar la magnitud y la frecuencia: en este caso, cuál es el número ideal de enfermeras por cama, a qué proporción de pacientes se les debe tomar la presión arterial y con qué frecuencia, y qué tan frecuentemente se puede esperar un incontinencia urinaria después de una cirugía de próstata incluso en las mejores manos.

No se cuenta con un término que incluya a la vez el criterio y su estándar correspondiente. En este trabajo, cuando se utiliza la palabra "criterio", se da por supuesta la existencia de esta combinación.

Los criterios y los estándares de calidad merecen un estudio particularmente cuidadoso ya que es a través de ellos que las concepciones más generales de calidad pueden traducirse en herramientas de medición. Sin embargo, el tema es tan extenso y complejo que aquí solo pueden presentarse algunos de sus riesgos. El lector tendrá que recurrir a otros trabajos para una evaluación más completa.

El primer eje para la clasificación, el relacionado con el enfoque, no requiere comentarios adicionales. Por supuesto que existen criterios de bondad de la estructura, del proceso y de los resultados. La segunda categoría clasificatoria reconoce una distinción importante. Los criterios "derivados normalmente" proceden de lo que las más altas autoridades consideran que debe hacerse o alcanzarse. Para buscarlos es necesario recurrir a los artículos de investigación o libros de texto que pudieron haber escrito dichas autoridades o a las opiniones externadas por ellas cuando se les hicieron preguntas directas. En contraste, los criterios-estándares "derivados empíricamente" se infieren de la práctica real. El estándar aceptable podría ser la práctica real de las figuras de autoridad cuyas opiniones determinaron los estándares derivados normativamente. De manera alternativa, el estándar podría derivarse de la práctica observada en la comunidad profesional como un todo, con el nivel fijado en el promedio o en algún percentil. Si se hace cualquiera de estas dos cosas, el estándar se denomina "norma", término en el que se implica que deriva que la práctica profesional prevalente. Por supuesto que es posible fijar un estándar que constituya un punto intermedio entre el nivel más "realista",

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

convierten en instrumentos de influencia y control profesional. Pero al mismo tiempo, la disponibilidad de criterios y estándares explícitos puede "desmitificar" la medicina y permitirle a los no médicos ejercer cierto control sobre la práctica médica. Los criterios explícitos mal formulados o mal utilizados pueden, incluso en manos profesionales, hacer muy rígida la práctica médica, limitar las innovaciones o conducir a juicios erróneos sobre la calidad.

La principal deficiencia de los criterios explícitos yace en su incapacidad para capturar todo el rango de variabilidad de los casos en los que han de aplicarse. Por lo tanto, cuando un criterio no se satisface, no se puede estar seguro de que algo en el caso no estaba justificando o incluso no demandaba la discrepancia. Es por esto que los juicios que resaltan de la aplicación de criterios explícitos frecuentemente necesitan verificarse (sobre todo si las consecuencias pueden llegar a tener cierto peso) mediante revisiones más detalladas, haciendo uso de juicios profesionales basados en parte en criterios implícitos. La no confiabilidad de los juicios derivados de criterios implícitos puede controlarse mediante la obtención de diversos juicios independientes y la discusión de las discrepancias entre los jueces. De esta manera (asumiendo que los jueces son expertos, honestos y que están plenamente abocados a su tarea) es muy posible que puedan superarse la mayoría de las diferencias. Pero algunas persistirán, lo que indica que la medicina, después de todo, no es una ciencia exacta. La persistencia de diferencias honestas en la opinión de los expertos es preferible a un consenso artificial; está más cerca de la verdad.

Las mejoras en el diseño de los criterios explícitos pueden, hasta cierto grado, aliviar los problemas generados por su relativa poca flexibilidad. Por lo general, los criterios se presentan en un formato que suele denominarse, peyorativamente, "lista de lavandería"; sería mejor denominarla lista de criterios "lineales". La lista por lo general especifica: 1) las condiciones que deben llenarse antes de diagnosticar un caso bajo un determinado rubro; 2) los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que deben llevarse a cabo en todos los casos de un diagnóstico particular; y 3) los atributos de un caso que justifican el ingreso a un hospital y su permanencia en él. En la lista también llegan a presentarse, aunque no muy comúnmente, las contraindicaciones, que son las actividades o medidas que están específicamente prohibidas en este tipo de casos.

La lista "lineal" de criterios estándares constituye la forma más imperfectamente adaptada a las variaciones en los casos que se encuentran dentro de una misma categoría diagnóstica – variaciones que pueden ser producto de las diferencias en la gravedad del diagnóstico primario, de la presencia concurrente de diagnósticos secundarios o del efecto modificador de otras características del paciente, en particular la edad. Una posible solución a este problema es incluir en la lista de criterios una sección sobre procedimientos que serían apropiados, si se llevan a cabo, pero no siempre necesarios. Sin embargo, existe el temor de que la adopción de estos procedimientos se convierta en parte integral de la atención y, por lo tanto, en un gasto innecesario. De hecho, la incapacidad para detectar redundancias es una de las principales debilidades de esta lista de criterios. Es por esto que en algunos listados se indica la mayor y menor frecuencia con la que cada procedimiento llega a utilizarse en la atención de una categoría de pacientes en condiciones normales. Pero la mezcla de pacientes varía de una institución a otra, por lo que los rangos deben adaptarse a cada situación. Aún más, es posible que la práctica caiga dentro de un rango aceptable a través de una combinación circunstancial de errores de comisión y omisión.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Los criterios también deben ser "relevantes" e "importantes", es decir, deben guardar una estrecha relación con los objetivos e influir de manera considerable en los resultados.

El término "posibilidad de registro" reconoce que la información sobre la atención por lo general procede del expediente médico del paciente, ya sea del hospital o del consultorio. Los criterios y estándares que exigen información que difícilmente puede obtenerse de los expedientes (o que no son fáciles de obtener de alguna otra manera) no tienen gran utilidad.

La adaptabilidad a la variación de los casos constituye un atributo evaluativo muy importante que se describió con cierta profundidad en la sección precedente.

Otro atributo que es necesario evaluar es el "rigor" de los criterios-estándares, que hace énfasis en el grado de perfección que se exige en la atención. Si los criterios son demasiado permisivos, pierden su capacidad para detectar y corregir gran parte de la atención deficiente. Si resultan tan estrictos que casi todos reprueban el examen, pueden llegar a desacreditarse e ignorarse. El grado de rigor deberá fijarse de la manera más sensata posible; incluso puede incrementarse conforme el desempeño mejora.

El último de los atributos que se presenta es la eficiencia en el tamizaje. Este atributo es importante porque en la mayor parte de los casos no se utilizan los criterios explícitos para llegar a determinaciones finales sobre la calidad. Más bien, los criterios explícitos se utilizan en una primera instancia para separar los casos que tienen una alta probabilidad de haber sido tratados correctamente de aquellos que no lo fueron. Todos los casos de este último grupo se evalúan una vez más utilizando ya sea criterios explícitos o implícitos o una combinación de ambos. La eficiencia en el tamizaje de los criterios utilizados en el primer paso determina qué tan bien se hizo la separación inicial, de tal manera que haya pocos casos mal tratados en el primer grupo y pocos casos bien tratados en el otro. El costo total de la evaluación, y también parte de su efectividad, depende del éxito alcanzado en esta separación. Para probar el grado de éxito es necesario también evaluar en detalle, por lo menos de vez en cuando, la calidad del manejo clínico en una muestra representativa de los casos que pasaron el tamizaje inicial.

PROCEDIMIENTOS PARA FORMULAR CRITERIOS Y ESTÁNDARES EXPLÍCITOS

El primer paso consiste en reunir a un grupo de personas capaces de juzgar los aspectos de la calidad que se desean evaluar. Dependiendo de quien vaya a ser el sujeto de la evaluación, el grupo puede formarse con personas procedentes del personal de una institución, los médicos de la comunidad, los miembros de una asociación profesional o la profesión en extenso. Como la atención técnica suele ser la principal preocupación, el criterio básico en la selección de los miembros del grupo es un alto nivel de experiencia. También es importante contar con un grupo lo más representativo posible de las diferentes escuelas de pensamiento, formas de práctica, asociaciones profesionales y otras fuentes de poder e influencia.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

El grupo (guiado a la vez por un subgrupo directivo) deberá seleccionar los procedimientos que garanticen un mínimo de consenso, y podrá reunirse y funcionar como un comité, en el sentido más tradicional de la palabra, o bien trabajar haciendo uso de un método más estructurado, como el método "Delfos" o el "proceso de grupo nominal".

Si se utiliza el método Delfos no es necesario que los miembros del grupo se reúnan, ya que su opinión puede obtenerse por correo. Las respuestas se tabulan y se le envían a los miembros del grupo, y cada uno de estos tendrá la oportunidad de reconsiderar sus respuestas a la luz de las respuestas de los demás. Los resultados de esta segunda ronda se tabulan y se envían de nuevo a todos los miembros para una posible reconsideración adicional. Después de una o más repeticiones del ciclo, los miembros del grupo tienden a quedarse con una opinión fija. Es entonces cuando se cree que se ha llegado tan cerca como es posible de la "verdad" (o una mala concepción compartida, como dirían algunos críticos); y es posible que así sea.

El "proceso de grupo nominal" requiere que los miembros del grupo se reúnan cara a cara. Sin embargo, por principio de cuentas cada miembro debe hacer juicios anónimos e independientes. En seguida, estos juicios se registran, se reúnen y se discuten en una sesión de grupo. Después de la discusión abierta, cada miembro, en forma privada, emite un juicio más, probablemente influido por la discusión precedente. Es la tabulación final de estos segundos juicios lo que determina la naturaleza y el grado de consenso.

Cualquiera de los métodos descritos, o algunas formas modificadas de ellos, pueden utilizarse para seleccionar aquellos diagnósticos, condiciones u otros fenómenos que serán el objeto de los criterios y estándares. Es hasta entonces que puede empezar la formulación de estos últimos.

El primer paso en la formulación de una lista de criterios consiste en conjuntar un compendio relativamente extenso de posibles candidatos. Este compendio puede formarse a partir de las sugerencias de cada miembro del grupo, tal vez complementadas con los criterios ya existentes procedentes de otras fuentes. El proceso de reducir la lista a un tamaño más accesible empieza pidiéndole a cada miembro del grupo que califique cada elemento utilizando algunos de los atributos de evaluación descritos en la sección precedente de este trabajo. Como ejemplos podemos mencionar la "importancia", la "relevancia", "la posibilidad de registro", "la confiabilidad de información", etcétera. Los elementos que se conservan son aquellos que la mayoría de los miembros del grupo calificaron como más aceptables de acuerdo con estos atributos. Si se desea, se puede invitar a los miembros del grupo a asignar pesos relativos de acuerdo a la importancia de cada elemento.

Si los criterios tienen que ver con los resultados, es necesario especificar lo que se ha denominado "ventana de tiempo", es decir, el periodo de tiempo durante el proceso de atención o después de su terminación en el que habrán de evaluarse los resultados para garantizar que la información obtenida sea lo más indicativa posible de la calidad de la atención. También puede ser útil especificar otros factores, distintos de la atención a la salud, que llegan a influir en los resultados, de tal manera que puedan hacerse las rectificaciones necesarias antes de sacar conclusiones definitivas sobre la calidad.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Finalmente, es necesario fijar los estándares del desempeño para el proceso o los resultados. En ocasiones resulta útil contar con más de un nivel de cada estándar, uno óptimo y otro aceptable.

El grupo puede dar por terminadas sus deliberaciones en este punto o bien puede continuar para proporcionar consejos sobre desarrollos subsecuentes y pruebas posteriores de los criterios-estándares, responsabilidades que pueden asignarse a personal calificado. Dentro de estos pasos adicionales se incluyen la especificación de las fuentes de información en relación con cada criterio y las sugerencias de cómo resumirla. En seguida sería prudente probar, a través de un estudio piloto el desempeño de los criterios con respecto a la factibilidad, confiabilidad, concordancia con los juicios implícitos, eficiencia en el tamizaje, etcétera. Si los resultados son aceptables, se considera que los criterios y estándares están listos para un uso más general.

Pero aún entonces, el trabajo sobre los criterios no ha concluido. Se requiere un mayor esfuerzo para que los criterios y estándares se acepten como política institucional y se instrumenten con vigor y precisión. La experiencia indica que las modificaciones suelen ser necesarias, y el progreso persistente de la medicina obliga a la revisión y actualización permanentes. Como un jardín de flores, los criterios exigen una atención constante. Pero las recompensas bien valen la pena, ya que los que controlan los criterios de la práctica profesional controlan también, a través de ellos, la práctica misma.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las actividades de monitoría de la eficiencia y la efectividad dependen inexorablemente de la disponibilidad de la información precisa sobre los detalles de la estructura, proceso y resultados. Por lo tanto, es importante contar con datos sobre las fuentes más usuales de información y conocer sus usos y limitaciones.

La inspección directa de las instalaciones y equipo constituye, por supuesto, una de las actividades regulares de las visitas de las agencias de expedición de licencias y acreditación. El proceso y los resultados de la atención están constantemente sujetos a evaluación cuando se trabaja lado a lado con colegas médicos. Durante el entrenamiento de los estudiantes y de los profesionales más jóvenes existe una supervisión más formal.

La observación también se ha utilizado, en una forma sistemática, como una herramienta de evaluación de la calidad. Esto se logra haciendo que el profesional encargado de la evaluación observe y escuche a su colega cuando éste trata con los pacientes. En algunas ocasiones la observación directa la substituye o la complementa la grabación en videotape. Los resultados de la atención que se expresan en cambios estructurales o funcionales son particularmente susceptibles de verificación directa mediante el examen de los pacientes. Sin embargo, la observación directa, como componente formal de la evaluación de la calidad de la atención, puede ser sumamente costosa. Además, es probable que el solo hecho de ser observado altere el comportamiento del proveedor de la atención. No obstante, en situaciones que no permiten la obtención de información precisa por otros medios, tendría que recurrirse a la observación y verificación directas.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

El expediente médico del paciente es con mucho la fuente más frecuente de información para la revisión de la efectividad y la eficiencia. Por desgracia, los expedientes – sobretodo los de los consultorios y asilos – suelen ser muy deficientes. Incluso en los hospitales, frecuentemente están incompletos y son muy poco precisos.

Como el expediente hospitalario constituye un medio para el manejo técnico, por lo general no muestra nada sobre los aspectos interpersonales de la atención, por lo general no muestra nada sobre los aspectos interpersonales de la atención. No hay apartados en él para el registro de la satisfacción o descontento del paciente, excepto aquella información derivada de la percepción de los médicos, y eso sólo ocasionalmente. Aún la atención técnica misma se registra de una manera imperfecta. Mucho de lo que el médico sabe o hace, sobre todo si deriva de contactos previos con el paciente antes de su ingreso al hospital, no llega a registrarse. Una de las cosas que tiende a estar ausente son los hallazgos normales de la exploración médica. Las anormalidades se registran con mucha mayor frecuencia pero no siempre en forma completa.

También sucede que mucha de la información registrada no es verdadera. No se puede afirmar nada definitivo sobre las falsificaciones deliberadas, pero es mucho lo que se sabe sobre los errores. Los diagnósticos frecuentemente no están justificados o están mal codificados. Las causas de muerte con frecuencia están mal asignadas. Las exploraciones, las pruebas de laboratorio, los exámenes radiológicos y patológicos y todas las mediciones – y esto está demostrado - , sufren en ocasiones notablemente, de lo que se ha llamado “errores de observación”, esto es, de la incapacidad de dos evaluaciones – o de un mismo evaluador en dos momentos distintos – para llegar a un mismo resultado cuando el objeto de evaluación permanece inalterado. Esta es la razón por la que las mediciones frecuentemente se repiten o quedan en manos de dos o más personas, a menos que se cuente con mecanismos de medición que eliminan, o por lo menos minimizan, los efectos del “factor humano”.

Las deficiencias del expediente médico, con las que están muy familiarizados todos los médicos, han generado una corriente de desconfianza, cinismo y oposición a la tarea de la monitoría de la calidad. Se arguye que la garantía de la calidad evalúa la calidad de los expedientes no de la atención.

En respuesta a este argumento se señala que el expediente constituye un documento legal muy importante, así como una herramienta básica para el trabajo clínico, la enseñanza y la investigación. De aquí que se considere, en sí mismo, como un componente necesario de una atención buena y segura.

Existen estudios que han demostrado un cierto grado de acuerdo en los juicios sobre la calidad basados en información sujeta a errores de registro, y en datos producto de la observación directa. Pero sin tratar de menospreciar estos argumentos, no existe duda que los expedientes médicos constituyen el talón de Aquiles de la monitoría de la calidad.

Debido a la importancia de los expedientes médicos, no solo para la evaluación de la calidad sino para la salud en general, es mucho lo que se hecho y se sigue haciendo para proteger y mejorar el proceso de registro. De hecho, la conservación de buenos registros constituye un componente crítico en los esfuerzos de garantía de calidad que hacen énfasis en el diseño apropiado de los programas.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Las revisiones de la precisión de la información diagnóstica raras veces forman parte de la evaluación de la calidad. Los juicios sobre la calidad del proceso por lo general dan por supuesto (en ausencia de errores o inconsistencias importantes) que los hallazgos tienen un rango aceptable de error y que las decisiones que están basadas en ellos están justificadas. Si este no ha sido el caso, los errores más graves podrían manifestarse como resultados inesperadamente pobres. Pero al mismo tiempo, es necesario contar con un programa independiente de garantía de calidad que revise constantemente todas las actividades diagnósticas que se llevan a cabo en todo laboratorio clínico de un hospital o en cualquier otra parte.

Es también importante mejorar las prácticas de registro a través de diversos medios. Mucho se lograría si tan solo se aplicaran las políticas actuales con rigor y, al mismo tiempo, se facilitara el apego a ellas mediante la provisión de instalaciones y asistencia adecuada para el proceso de registro. El expediente también podría sufrir grandes o pequeñas modificaciones en su formato para así adaptarse a la monitoría de la calidad y otras tareas.

Mientras el expediente se mejora puede ser recomendable cubrir algunas de sus deficiencias con información procedente de fuentes colaterales. Las notas de enfermería constituyen una fuente extremadamente valiosa de información, tanto así que deberían formar parte integral del expediente. También es posible, y en ocasiones indispensable contar con información y opiniones de los proveedores de atención, de los pacientes y los ex-pacientes, que puede obtenerse a través de entrevista o cuestionarios. Las estadísticas vitales también pueden proporcionar información muy valiosa, por ejemplo, sobre las muertes que ocurren después de que se ha dado de alta al paciente.

Las fuentes de información más importantes usadas en los sistemas de evaluación de efectividad y eficiencia de la atención, después de los expedientes médicos, son los reclamos de reembolso que los proveedores de la atención a la salud presentan a las compañías aseguradoras y programas gubernamentales. Aunque la información en estos informes es escasa, y en muchos sentidos imprecisa, es mucho lo que llega a revelar (a través de tabulaciones hábiles de los datos), especialmente sobre el uso inadecuado de un servicio. Algunos programas, como el *Medicare*, exigen informes especiales que proporcionan información adicional útil para la monitoría del desempeño.

Las "situaciones de prueba", el último apartado de la figura 11, por lo general se utilizan para enseñar y desarrollar habilidades, o bien para evaluar la capacidad de desempeño, más que como un instrumento de evaluación de la calidad en la práctica diaria. Sin embargo, las distinciones entre los diversos usos son lo suficientemente burdas como para permitir la inclusión de este método en la lista.

Existen programas de computadora que pueden conducir a un interlocutor – a través de pasos sucesivos en el diagnóstico y tratamiento de un paciente hipotético – a una situación exitosa, estable o desastrosa. En ocasiones los pacientes reales pueden utilizarse como sujetos de examen. Sin embargo, el colmo de las desviaciones es introducir entre los casos más usuales de un médico, aun actor entrenado que pueda simular una enfermedad tan bien que incluso el mejor de los expertos podría salir engañado. No le deseo ni al peor de mis enemigos esta embarazosa experiencia.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

EL CICLO DE MONITORÍA DE LA CALIDAD

La información sobre el desempeño, independientemente de la manera en que se haya obtenido, pone en funcionamiento una cadena de actividades que tiene por objeto "garantizar" la calidad a través de la revisión constante de la efectividad y la eficiencia. Estas actividades hipotéticamente pueden llevarse a cabo a través de series de ciclos sin fin, como se muestra en la figura 12.

El primer paso, por supuesto, es llegar a un juicio sobre la calidad (que significa efectividad y eficiencia) a través de la comparación del desempeño con criterios y estándares, como se describió anteriormente. En seguida es necesario investigar los patrones de desempeño a través de un procedimiento cuidadosamente diseñado para la recolección de datos y análisis de los mismos. El objetivo es descubrir la posible localización o concentración de un desempeño deficiente o pobre: en un determinado momento, en ciertos sitios, por parte de ciertas personas o en el desempeño de determinadas funciones. Las unidades de análisis usuales en un hospital serían los departamentos, subdivisiones de departamentos y médicos individuales.

El patrón de deficiencias, si se delinea de manera precisa, conduce a una búsqueda dirigida de las razones de las fallas observadas; y el conocer las razones constituye un paso necesario para la acción correctiva. Es mucho lo que se podría aprender sobre la manera de promover la calidad con sólo estudiar la ocurrencia y localización del desempeño superlativo. Sin embargo, no conozco ejemplos prácticos (por lo menos no dentro del campo de la monitoría de la calidad).

Si se observa un patrón de deficiencias, la acción correctiva podría tomar muchas formas, dependiendo de las razones por las que se presentaron las deficiencias observadas. En ocasiones se descubre que el equipo y los suministros no están disponibles cuando se les necesita o están defectuosos. A veces resulta que el trabajo lo está desempeñando una persona relativamente poco calificada para esa tarea, por lo que las responsabilidades deben reasignarse. Cuando la persona que comete una falta es un médico, podría ser necesario limitar los privilegios hospitalarios e instituir un programa de reentrenamiento.

Se puede descubrir que los procedimientos que gobiernan la atención prestada por médicos y otro personal de salud no han sido especificados apropiadamente o son inadecuados. En estos casos es necesario rediseñarlos.

Frecuentemente hay deficiencias en el conocimiento; en este caso la educación es el remedio. Con frecuencia se descubre que el médico sabe lo que tiene que hacer pero no actúa en consecuencia. Aquí el remedio es mejorar la motivación a través de castigos y recompensas, de preferencia a través de estas últimas.

Existen discrepancias sobre el grado en que la investigación del desempeño y las acciones correctivas deben individualizarse. Como es lógico, los médicos prefieren lidiar con problemas y situaciones generales, y no verse con la necesidad de estigmatizar individuos. Si sucede que en cierto grado la mayoría de los médicos están cometiendo una misma falta, resulta razonable diseñar una actividad general de "educación-inspiración" dirigida a enfrentar el problema, y solicitar la participación de todos ellos. Sin embargo, si las investigaciones indican que las fallas en el desempeño se limitan a un solo individuo o a unos cuantos, las intervenciones amplias resultan ineficientes e

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

injustas; la atención individual en estos casos es necesaria y, al parecer suele ser efectiva.

Los médicos también son defensores de la educación y enemigos de los castigos. Sin embargo, un sistema de garantía de calidad no puede ser efectivo si no cuenta con un esquema de recompensas y castigos. Por desgracia, los médicos se resisten a disciplinarse entre sí y las oportunidades de manipulación deliberada de las recompensas son muy limitadas en la práctica privada.

La garantía de calidad a través de la monitoría no será efectiva hasta que no encuentren mecanismos para hacer que los hallazgos de la evaluación del desempeño de cada médico determinen su ascenso profesional y éxito financiero en un mayor grado de lo que los determinan en la actualidad.

* Tomado de: Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1982:367-368

6.1 MÉTODOS Y TÉCNICAS DE EVALUACIÓN.

En este apartado exploraremos las metodologías en boga, que son utilizadas por las organizaciones de clase mundial, para identificar y dar seguimiento al cumplimiento de sus planes estratégicos.

Para tal efecto es importante recordar el esquema general de planeación de nuestra organización.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

6.2 HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN ESTRATÉGICA.

Rev Med IMSS 2002; 40 (1): 25-33 25

Origen y definición de benchmarking

El *benchmarking* se originó por la necesidad de saber cómo se desempeñan otras instituciones o empresas, es decir, obtener información confiable que sirviera para mejorar los procesos de atención en salud y lograr así un nivel superior de competitividad hacia la excelencia. La figura 1 muestra un modelo de calidad organizacional y la participación del benchmarking como proceso referencial de mejora continua.

Dos ideas antecedieron la existencia de benchmarking. Hace más de 2500 años el general chino Sun-Tzu escribió en *El arte de la guerra: Si usted conoce a su enemigo y se conoce así mismo, no tiene por qué temer el resultado de cien batallas.*

El benchmarking es una herramienta que facilita lograr la excelencia, mediante la medición y comparación de procesos de salud semejantes. Es un instrumento de calidad para identificar las causas del éxito de otras organizaciones, y aplicarlas en el propio servicio de atención clínica. El método del benchmarking hace comparaciones de los procesos en los sistemas de salud, de las prácticas y del desempeño, para alcanzar estándares de excelencia, de manera sistemática y continuada.

El benchmarking hospitalario incluye coleccionar la información existente y medirla, aprender de las organizaciones líderes, y adoptar los procedimientos más perfeccionados para mejorarlos.

No es una repetición sino una forma de definir *lo mejor* e ir más allá del estándar establecido, para forjar un modelo superior de atención en salud, o bien, un modo novedoso de monitorear y evaluar los procesos; es también un apoyo para llevar a cabo los planes y lograr los objetivos de la institución.

En Japón se conoce de tiempo ancestral la palabra *dantotzou*, que significa *luchar para ser el mejor de los mejores*. En lengua inglesa, *benchmark* significa una marca o proceso de referencia, algo que permite medir y comparar lo hecho por alguien en particular con lo efectuado por los demás. Se compara un proceso, un servicio o sistema de salud con el de una organización semejante o de excelencia reconocida (centro de referencia), para evaluar el desempeño y determinar los cambios; entre otras tantas, *el benchmarking es una estrategia de calidad*.

En un proceso evolutivo; inicialmente, el concepto y la aplicación del benchmarking se refieren a la comparación del producto y después del servicio; posteriormente, la comparación se efectúa con el proceso de fabricación y, más adelante, con los procedimientos de trabajo, hasta llegar a una práctica proactiva encaminada al mejoramiento continuo.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Razones para efectuar benchmarking hospitalario

Cuando se decide iniciar el benchmarking es porque se desea satisfacer los requerimientos y las expectativas expresadas por los clientes del sistema de salud y de los profesionales prestadores de servicios. Se comienza por conocer y jerarquizar las necesidades prioritarias de las organizaciones de salud.

En la *Encuesta nacional de salud II (ENSA II)*, levantada en cinco regiones de la República Mexicana en 1994, se indagaron los motivos por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención. En las instituciones de seguridad social los motivos de quejas fueron los siguientes:

Mala atención (22 %).

Larga espera (17 %).

Falta de medicamentos y materiales (20.7 %), según usuarios de la Secretaría de Salud.

No sirvieron los medicamentos recetados (19.5 %).

En instituciones de salud privadas la queja mayor fue el elevado costo de los servicios (33.8 %) o que no estuvieron de acuerdo con el tratamiento indicado (17.6 %).

En promedio nacional, 81.2 % de los entrevistados percibió que la atención recibida fue buena. Al analizar esta información se concluyó que los clientes tuvieron niveles de percepción diferentes. La mala calidad se definió en las quejas: tiempos largos de espera, deficiencias en el diagnóstico, tratamiento e información proporcionada al cliente, y, sobre todo, la poca atención a la relación interpersonal (12 %).

Propósito principal del benchmarking en sistemas de salud

Incrementar la probabilidad del éxito, facilitar el desarrollo continuado de los servicios de salud, considerando cinco requisitos básicos:

1. Estar dispuesto a invertir tiempo, esfuerzo y dinero, con miras a mejorar ciertos procesos de salud.
2. Estar seguro de que el equipo realmente desea aplicar una mejora, y saber para qué.
3. Convencer a la propia institución y a otras participantes, de las bondades y beneficios de implementar este proceso. Compartir, cooperar y mejorar continuamente.
4. Diseñar un plan de comunicación y capacitación para motivar e involucrar a todo el personal.
5. Lograr la aprobación, el apoyo y el compromiso de directivos y colaboradores. La calidad es trabajo de todos.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Información para el benchmarking hospitalario

Lo primero es identificar el diagnóstico principal: proceso patológico que, después de un estudio clínico pertinente, se considera el motivo de ingreso del paciente al hospital. Ejemplo: Un paciente de 64 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus de siete años de evolución, ingresó a urgencias por dolor precordial intenso y persistente que se irradiaba al brazo izquierdo. En el departamento de medicina interna se estableció el diagnóstico de infarto agudo de miocardio. Cuatro días después del ingreso hospitalario presentó episodio neumónico agudo que se resolvió satisfactoriamente.

¿Qué preguntas debe hacerse el clínico al llenar su hoja de egreso?

¿Cuál es la categoría diagnóstica mayor de los 25 agrupamientos posibles?

Lo que no es benchmarking

No es un mecanismo para determinar reducciones de recursos. Todas las estrategias de calidad implican eficiencia, siempre y cuando no se disminuya el beneficio ni se afecte la satisfacción de los usuarios. No es una panacea ni un programa. Es un proceso de mejora continua y requiere actualización constante.

No es una receta en la que sólo se necesita buscar los ingredientes para aplicarlos y obtener un resultado. Es un proceso de descubrimiento, una experiencia de aprendizaje. El propósito es incrementar la calidad de los procesos y servicios de salud, proyectando el mejor desempeño al futuro. Se aprende lo mejor para ser excelente. No es una moda sino una estrategia de los servicios de salud más exitosos. Es una forma de modernizarse e impulsar la gestión.

No es una imitación sino una forma accesible de atención a la salud. Obliga a utilizar un punto de vista externo que garantice la corrección de los objetivos fijados. Es un enfoque administrativo innovador, de máximo beneficio en salud poblacional. Mirar hacia fuera, aprender y mejorar; así se impulsa el desarrollo organizacional, el nivel de salud y la satisfacción de los clientes, de los prestadores de servicios y de la propia institución.

Indicadores del benchmarking*

El GRD (i) es un sistema para clasificar los episodios de hospitalización de una misma categoría clínica, que consumen una cantidad similar de recursos. Se ha elaborado también un índice epidemiológico de gravedad en siete grupos, por ejemplo: un infarto agudo del miocardio puede tener estancia corta (baja gravedad y bajo coste) y/o baja letalidad.

El peso relativo (PR) es el coste respecto a la estancia (coste) promedio de todos los pacientes hospitalizados. Se acostumbra aplicar los costes derivados de los estudios empíricos de grandes series hospitalarias en los Estados Unidos de Norteamérica. En el cuadro I se observa que la colecistectomía laparoscópica sin exploración del conducto biliar ni comorbilidad (GRD-494), tiene un PR cercano a 1, casi igual al coste medio del paciente hospitalizado agudo. La colecistectomía abdominal complicada (GRD-197) cuesta el doble, y el trasplante hepático (GRD-480) es diez veces más costoso.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

El peso medio hospitalario (PMh) de un determinado GRD(i) será:

$$(N_i h * PR_i) PMh = N_i h$$

N_ih = número de egresos del GRD en un hospital (h).

PR_i = peso relativo del GRD

La estancia media hospitalaria ajustada por casuística (EMACH) es aquella que habría tenido un hospital al tratar los pacientes del benchmark o del estándar nacional (e). Es un dato teórico al que se le aplica la EM por cada GRD, calculado con los datos de un servicio hospitalario:

$$(N_{ie} * EM_{ih}) EMACH =$$

N_{ie}

í = GRD h = un hospital

N_{ie} = número de egresos en el GRD del estándar.

EM_{ih} = estancia media del GRD, calculada con datos de un hospital.

El peso relativo (PR) es la razón de dividir el peso medio del hospital (h) y el peso medio *Para calcular otros indicadores y razones consulte las referencias

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Razones fundamentales para usar benchmarking en sistemas de salud

Sistemas sin benchmarking Sistemas con benchmarking

Definir las necesidades del usuario

Con base en el historial o en percepciones propias

Realidad del mercado de los servicios de salud

Valoración subjetiva

Evaluación objetiva

Baja adaptación

Alta conformidad

Establecer objetivos y metas alcanzables

Carencia de un centro de atención externo prestigiado

Existe un centro de excelencia prestigiado y cooperativo

Reactivo

Proactivo

Institución burocratizada Institución líder en salud

Desarrollar estándares de calidad

Perseguir los proyectos preferidos

Solucionar problemas reales, prioritarios

Falta de comprensión de los puntos fuertes y débiles

Se identifican las oportunidades de mejorar los procesos de salud

Vía de solución más fácil

Basado en la práctica mejor

Hacerse más competitivos

Centro de atención solo interno.

No hay intercambios

Comprensión concreta de la competencia

Cambio evolutivo y tecnología obsoleta

Nuevas ideas de prácticas mejores, creatividad tecnológica
 Bajo compromiso
 Alto desempeño

Las mejores prácticas de servicios con calidad

Pocas soluciones
 Muchas opciones
 Promedio del progreso de la organización
 Descubrimiento de la práctica de calidad y mejora continua
 Actividad frenética de seguir a la competencia,
 Desempeño superior, de excelencia.
 Se busca la satisfacción de imitar.
 Poco interés en satisfacer a los usuarios de los clientes y los prestadores de servicio del conjunto hospitalario que sirve como estándar
 (e). Un peso mayor de 1 indicará una casuística más compleja que puede expresarse en porcentajes:
 $PR = PM \cdot h$
 $PM \cdot e$

Logro de la excelencia

Una vez aceptada la necesidad de cambiar, se comienza por identificar las prácticas de salud óptimas y las instituciones líderes, se intenta definir lo que habrá de modificarse y los factores causales del desempeño superior. Con esa información se forjará la marca ideal (*benchmark*) de mejora organizacional y los arreglos para el intercambio de experiencias y modelos de trabajo. Se formulan los objetivos a largo plazo, lo que seguramente impulsará el deseo de avanzar hacia la excelencia sanitaria. Nada mejor que una institución o empresa que abra la puerta y permita la cooperación. El expediente clínico es un recurso fundamental para evaluar la calidad de los servicios hospitalarios. Es vital identificar la causa principal del ingreso y/o la defunción, y los diagnósticos secundarios o comorbilidades.

El abuso de los antibióticos y la deficiencia en el manejo de los pacientes inmunodeficientes pueden incrementar la incidencia de las infecciones hospitalarias de las vías urinarias, las septicemias y las muertes por choque séptico. La función del comité respectivo es prevenir, educar y reducir las estancias por infecciones nosocomiales. El poder del benchmarking radica en invitar a los trabajadores de la salud a pensar *fuera de la caja*, en un proceso de cambios graduales, hacia un nivel de calidad superior. Esta metodología puede aplicarse a cualquier proceso de salud en el que sea posible la planificación sistemática y el desarrollo de planes a corto y largo plazo.

La comparación con departamentos o servicios de excelencia.

El pronóstico y la comparación de las tendencias son procesos sólo viables en aquellas unidades de salud que tienen directivos formados en epidemiología y salud pública, interesados en impulsar la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud poblacional. La epidemiología, la estadística y la investigación en servicios de salud son herramientas que permiten hacer seguimientos y evaluar los progresos en salud alcanzados en los servicios clínicos hospitalarios.

NOTAS,
 OBSERVACIONES
 O COMENTARIOS

El benchmarking legitima las metas y los objetivos propuestos por los profesionales de los servicios hospitalarios locales. A manera de resumen, en el cuadro II se intenta clarificar por qué se utiliza el benchmarking en salud. Las instituciones o empresas de salud que marchan a la vanguardia no permanecen inmóviles, apuntan a la consecución de objetivos modificables. Las organizaciones que desean ser líderes deben aprender a elevar sus expectativas y ampliar sus metas, verificar la racionalidad de sus objetivos y las metas de mejora establecidas: planear, ejecutar y verificar es la ruta de la calidad de Shewhart-Deming.

Discusión y comentarios

El advenimiento de la competencia global y la tecnología de la información han obligado a las organizaciones de salud a incorporar la para-metrización (benchmarking) como herramienta clave de la inteligencia, entendida ésta como la reunión de datos tanto de los competidores como de las organizaciones de salud líderes. Su propósito es identificar las oportunidades de lograr avances sostenidos en los procesos de calidad y mejora continua de los servicios, ir más allá de las prácticas normales para incorporar lo mejor de lo mejor. El benchmarking ha llegado a ser un instrumento ideal para recoger información selecta y útil de los expertos en procesos específicos de salud y de la propia organización. Es uno de los catalizadores principales para emprender el cambio hacia la excelencia, aunque debe advertirse: es un procedimiento costoso y tardado, requiere de apoyo sostenido y perseverancia.

Se recomienda su aplicación sólo en instituciones de salud maduras, que tienen interés en la innovación y el aprendizaje. Las organizaciones excelentes han llegado a considerar su propia institución como una *red funcional* y cruzada de equipos de trabajo, a quienes se les ha otorgado el poder de incorporarse a otras redes más amplias para administrar su proceso. Los gerentes de salud más inteligentes descubrieron que sus rutinas necesitaban rediseñarse si deseaban mantenerse a la par de las exigencias de los usuarios y de los patrones, que cambian con gran rapidez. Lo que se pretende es el mejoramiento del desempeño organizacional. David Collins y Cynthia Montgomery, escribieron en un artículo del *Harvard Business Review*:

Ya sea que una institución construya una estrategia basada en las capacidades esenciales y se logre una organización que aprende, o se encuentre en medio de un proceso de transformación, esos conceptos se interpretan como un mandato para integrar un conjunto único de recursos y talentos.

Sin embargo, debe prestarse mucha atención al contexto dinámico del sistema de salud y a la situación competitiva, al mismo tiempo que se aplican mediciones del progreso alcanzado. La estrategia funciona entre dos poderosos grupos de entendimiento, que intercambian conocimientos profundos, lo que seguramente trascenderá a las modas en la administración.

Con esta metodología, la gerencia médica abarcará las áreas funcionales en los campos de servicios y calidad, más allá de los ambientes tradicionales y, de ese modo, podrá asegurar un futuro exitoso y la superación continua de la institución de salud empeñada en ser la mejor.

El benchmarking y los grupos relacionados con el diagnóstico ofrecen una puerta abierta para el desarrollo futuro de los líderes médicos y administradores de *alto desempeño*.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Como proceso mental, de integración del mapa de la realidad de la sociedad civil mexicana, el ejercicio de planeación 2000-2006, identifiqué con claridad, los aspectos fundamentales que deben ser conceptualizados, comprendidos y resueltos a fin de dar viabilidad financiera a la institución, mejorando permanentemente la calidad de vida de sus beneficiarios de ahí que la definición de las estrategias fue la primera acción para generar un cambio relevante en la organización.

Relación de actividades sustantivas y estrategias con el PND				
Actividades sustantivas	Estrategias del ISSSTE	Relación con el PND		
		Área	Objetivo Rector	Estrategia
Proporcionar Servicios de Salud a Derechohabientes	Mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud, de acuerdo a las necesidades de los derechohabientes.	Desarrollo Social y Humano	1	d
			2	f
Otorgar Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales a Derechohabientes.	Garantizar el pago oportuno y de calidad de los seguros pensionarios y otras prestaciones económicas afines con la actualización de los esquemas de gestión financiamiento y pago, y el fomento a la cultura de prevención de riesgos y enfermedades laborales.	Desarrollo Social y Humano	1	e
		Desarrollo Social y Humano	1	a,e
			2	e,f
	Contribuir al desarrollo humano de la derechohabiente al proporcionarle una amplia gama de servicios sociales, culturales, recreativos y deportivos.		4	a,e,f
Otorgar préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda a derechohabientes.	Incrementar la oferta de créditos para vivienda, otorgarlos de manera transparente, equitativa, asegurar su recuperación oportuna y mantener el valor real de las aportaciones de los trabajadores para un retiro digno.	Desarrollo Social y Humano	1	g
		Crecimiento con Calidad	2	a
Proporcionar Servicios de Abasto en Tiendas y Farmacias a Derechohabientes y Población en General.	Coadyuvar a que el ingreso económico de los derechohabientes y público en general, tenga un mayor poder adquisitivo.	Desarrollo Social y Humano	1	e
		Crecimiento con Calidad	2	a

Con la definición de las estrategias, los integrantes de los talleres de conceptualización de las acciones de mejoramiento identificaron las líneas de acción pertinentes para concretar los ejes de la modernización.

A continuación se muestra el detalle de la propuesta de trabajo para la estrategia número 1 que fue definida por la Dirección, así como las líneas de acción que de ella se generaron y los proyectos específicos de mejora que fueron puestos en operación en las áreas funcionales de la institución.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Estrategia 1. Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud de acuerdo a las necesidades de los derechohabientes.

- Línea acción 1.1. Reforzar la Prestación de Servicios Integrales de Salud; de Atención Preventiva, Curativa y de Rehabilitación, a través del Modelo Familiar Preventivo.
- Línea acción 1.2. Crear un sistema de envejecimiento exitoso, al enfocar la atención médica del adulto mayor en los tres niveles de atención para propiciar un envejecimiento exitoso, disminuir la discapacidad y la mejor utilización de los servicios de salud.
- Línea acción 1.3. Incrementar la capacidad resolutive regional a través de la capacitación del personal del equipo de salud, el desarrollo de polos de especialidades y la renovación tecnológica.
- Línea acción 1.4. Modernizar los Mecanismos Operativos de los Servicios Institucionales de Salud.
- Línea acción 1.5. Establecer y operar mecanismos eficientes de medición y evaluación de la gestión, a través del desarrollo de un sistema de costos y de Certificación Integral de Calidad de las unidades médicas y del desarrollo de grupos relacionados de diagnóstico.
- Línea acción 1.6. Fortalecer la investigación en salud, ciencias médicas y seguridad social, además de vincular al Instituto, con Instituciones de Educación Superior Nacionales e Internacionales.
- Línea acción 1.7. Fortalecer la capacitación, enseñanza y formación profesional del personal del equipo multidisciplinario de salud

Número de proyectos: 20

Proyectos	
1.	Modelo Familiar preventivo.
2.	Prestación de servicios médicos preventivos en el segundo y tercer niveles de atención.
3.	Sistema institucional de medicina familiar.
4.	Sistema de atención gerontológico.
5.	Polos de especialidad en el 2º y 3er niveles de atención.
6.	Fortalecimiento del sistema de urgencias.
7.	Sistema de administración ambiental en hospitales.
8.	Reordenamiento del programa de regionalización del sistema institucional de salud.
9.	Instrumentación y desarrollo de áreas de gestión desconcentrada (AMGD's).
10.	Concertación de convenios intrasectoriales

La labor de las áreas financieras en este marco es la de proveer con oportunidad y flexibilidad, los recursos necesarios para implantar las acción de cambio tal como se establece en las línea de acción 7.1, que es una parte medular de la estrategia 7 del plan estratégico.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Estrategia 7. Efectuar una reforma organizacional del Instituto para mejorar la oportunidad en el otorgamiento de prestaciones.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

- Línea de acción 7.1. Establecer y operar mecanismos eficientes en materia de planeación, evaluación, estadística y sistemas de registro contable y financiero que permitan optimizar la asignación de recursos para el otorgamiento de los servicios y prestaciones a los derechohabientes.
- Línea de acción 7.2. Fortalecer la congruencia del gasto programable en administración.
- Línea de acción 7.3. Fortalecer el Sistema Integral de Indicadores que permita la medición de logros y la evaluación de la gestión institucional.
- Línea de acción 7.4. Modernizar los procesos en que descansan los 21 seguros, prestaciones y servicios que por Ley ofrece el Instituto, incorporando acciones de innovación, rentabilidad, calidad y tecnología de información.
- Línea de acción 7.5. Fortalecer el esquema de operación desconcentrada de las delegaciones estatales y regionales del ISSSTE.
- Línea de acción 7.6. Promover la actualización y difusión de la normatividad relativa al Instituto, así como la atención y seguimiento de los asuntos legales y administrativos y el aseguramiento del patrimonio inmobiliario.
- Línea de acción 7.7. Fortalecer la presencia del Instituto en el ámbito internacional.
- Línea de acción 7.8. Sistema de administración del personal para asegurar el mejor aprovechamiento de los recursos humanos; garantizar la mejor operación de los servicios y el desarrollo laboral de los trabajadores.
- Línea de acción 7.9. Capacitación y servicios educativos.
- Línea de acción 7.10. Mejorar la oportunidad del abastecimiento de insumos para la salud y elevar el nivel de atención de claves y piezas solicitadas por los centros de trabajo, respecto de lo concertado y autorizado.
- Línea de acción 7.11. Elevar la calidad y la oportunidad de los servicios generales que requieren los centros de trabajo y mejorar los procesos de contratación.
- Línea de acción 7.12. Diseñar y ejecutar los programas de inversión vinculados al desarrollo de la infraestructura.
- Línea de acción 7.13. Coordinar el desarrollo de programas de mantenimiento preventivo para equipos médicos y electromecánicos acordes a las necesidades del Instituto.
- Línea de acción 7.14. Proporcionar servicios más ágiles y eficientes a través del uso de la tecnología de la información.

Número de proyectos: 34

De éstas líneas de acción se derivaron los proyectos específicos mediante los cuales se pretenden volver funcional es esquema de planeación tal como se muestra en el cuadro anexo

Proyectos	NOTAS, OBSERVACIONES O COMENTARIOS
1. Modernización del sistema de información financiera	
2. Actualización del marco normativo presupuestal.	
3. Sistema de planeación estratégica	
4. Control del ejercicio presupuestal	
5. Definición del techo presupuestal de la actividad 701: administración de recursos humanos, materiales y financieros.	
6. Sistema institucional de indicadores.	
7. Modernización de los procesos administrativos institucionales.	
8. Certificación de calidad de los procesos institucionales.	
9. Desconcentración de facultades.	
10. Actualización y simplificación del marco normativo delegacional.	
11. Intercambio interinstitucional de experiencias exitosas.	
12. Actualización de la normatividad del ISSSTE.	
13. Control de convenios y contratos del ISSSTE.	
14. Control de procesos administrativos y jurisdiccionales del ISSSTE.	
15. Regularización del patrimonio inmobiliario.	
16. suscripción y revisión de convenios internacionales.	
17. Participación en foros internacionales	
18. Realización compartida de estudios e intercambio de personal	
19. Actualización de los sistemas de control y manejo de personal, nóminas y contrataciones.	
20. Definición de perfiles de puesto.	
21. Selección, inducción y contratación de personal	
22. Participación en el servicio civil de carrera.	
23. Establecimiento de cursos modulares y diplomados.	
24. Determinación de programas específicos de atención a derechohabientes.	
25. Apoyo a programas de salud.	
26. Definición y operación de programas institucionales	
27. Modernización integral de sistemas de abasto institucional del ISSSTE.	
28. Modernización de esquemas de servicios generales del ISSSTE.	
29. Mejoramiento funcional de la infraestructura.	
30. Programa de mantenimiento preventivo.	
31. Sustitución del equipo electromecánico obsoleto.	
32. Reserva financiera para reposición de equipo e instalaciones.	
33. Programa institucional de desarrollo informático y de telecomunicaciones del ISSSTE.	
34. Adquisición de software y de equipo informático	

El ISSSTE como entidad de un gobierno que pretende acercarse a las expectativas y necesidades de su derechohabiente no puede sustraerse a la tendencia mundial que pretende tiene como eje y razón de ser a sus clientes por lo que considero la satisfacción de los mismos como una de sus principales prioridades.

Estrategia 8. Aumentar el nivel de satisfacción de los derechohabientes otorgándoles servicios institucionales de mejor calidad y oportunidad.

- Linea acción 8.1. Propiciar que los derechohabientes perciban la nueva imagen del ISSSTE de respeto, eficiencia, información oportuna, amabilidad y ética.
- Linea acción 8.2. Dar atención oportuna a las quejas y solicitudes de reembolso de la población derechohabiente.
- Linea acción 8.3. Establecer una comunicación eficaz con las unidades administrativas para poder informar a los derechohabientes y a la sociedad de la actividad del Instituto, así como de su modernización y del mejoramiento de sus servicios.
- Linea acción 8.4. Promover una política de reconocimiento a las unidades que se destaquen por su eficiencia en la atención a los derechohabientes.

Número de proyectos: 2

Proyectos
1. Transparencia de la Gestión Pública del ISSSTE.
2. Campaña permanente: "Transformar al ISSSTE es tarea de equipo".

Finalmente y como un mecanismo efectivo de verificación, control y mejora de su actuación, elaboro y dio seguimiento a un sistema detallado de indicadores de gestión, que permiten evaluar los aspecto críticos de los procesos estratégicos que requieren ser modificados para incrementar la efectividad de la Institución.

Una acción recurrente de las empresas de clase mundial es diseñar sistemas automatizados para dar seguimiento a las mediciones de los procesos críticos, por lo que es frecuente el diseño local de software, cuyo objetivo es dar seguimiento a los indicadores a efecto de que las áreas de gobierno o gerencia estén en condiciones de realizar con oportunidad las correcciones, acciones correctivas o prevenir los inconvenientes que puedan presentarse en el sistema.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Indicadores	2001	2006
Usuarios atendidos en el sistema de tiendas y farmacias.	6% 6 millones	6% 6 millones
Porcentaje de ahorro para el consumidor	10%	11%
Ventas de productos de marca propia / Ventas totales	0%	20%

Indicadores de la estrategia 6:

Indicadores	2001	2006
Agencias con Sistemas Modernizados	80%	100%
Personal Capacitado en Turismo	85%	100%
Módulos Instalados	55%	90%
Punto de equilibrio	0%	9%

Indicadores de la estrategia 7:

Indicadores	2001	2006
Sistemas Modernizados.	13%	85%
No. Actualizaciones normativas realizadas.	100%	100%
Reportes y publicaciones estadísticas.	100%	100%
Áreas de oportunidad detectadas.	100%	100%
Sistemas Institucionales de Indicadores Instalados y Operando.	100%	100%
No. De procesos modernizados.	13%	85%
No. De procesos prioritarios certificados.	13%	85%
No. De total de sistemas totalmente desarrollados	17%	100%
No. Total de sistemas liberados	17%	100%
No. Total de sistemas que han recibido mantenimiento	100%	100%
No. Total de sistemas migrados a una nueva plataforma.	17%	100%
Desconcentración de procedimientos sustantivos y administrativos.	30%	80%
No. Total de ejemplares del PIDIT distribuidos por año	100%	100%
No. De unidades administrativas, órganos desconcentrados y centros de trabajo que cuenten con el PIDIT, sistemas informáticos recursos humanos informáticos formados, red de	17%	100%

El uso de marcadores balanceados en el sector público empieza a ser común, ya que permite a los funcionarios conocer a detalle el funcionamiento del modelo de planeación.

Los tableros de control, que semaforean los resultados obtenidos, permiten al gerente público, adelantarse a situaciones críticas que en antaño eran difíciles de identificar y resolver.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

6.4 EVALUACIÓN COMO SOPORTE EN LA TOMA DE DECISIONES.

El ISSSTE está comprometido, en primer término, con el otorgamiento escrupuloso de los seguros, los servicios y las prestaciones previstos por la Ley que lo fundamenta. Como Institución encargada de administrar los diversos fondos constituidos con los recursos de los trabajadores del Estado, tiene que asegurar una medición apropiada de sus resultados y, en general, evaluar el desempeño institucional mediante el establecimiento de los estándares e indicadores pertinentes.

Además, en su carácter de organismo descentralizado de la Administración Pública

Federal, está obligado a una puntual y transparente rendición de cuentas a la sociedad mexicana en su conjunto. Esto último, indudablemente de gran trascendencia, supone institucionalizar canales de comunicación permanente con la ciudadanía a través de sus legítimos representantes. La cultura de rendición de cuentas y de transparencia ha emergido en México y se está consolidando gradualmente a través del surgimiento de una sociedad más informada, demandante y dispuesta a colaborar con las instituciones públicas, en la medida en que se le entere no únicamente de los logros y los resultados que se vayan alcanzando, sino también de las motivaciones que subyacen en el marco de cada decisión que se adopta y que se pone en práctica; así como a sumarse a través de sus organizaciones, a una cada vez más natural y necesaria función de contraloría social.

Son precisamente en esas vertientes: medición del desempeño, evaluación institucional y rendición de cuentas, en las que se centran los mecanismos de evaluación del presente Programa. Su objetivo es asegurar el cumplimiento de las metas previstas en el marco de las políticas establecidas y, en su caso, permitir, a partir de un seguimiento cotidiano, la detección oportuna y mensurable de las posibles desviaciones o demoras para ejercer las acciones correctivas que para cada situación se requiera.

A través de ambas vertientes, habrá de valorarse la forma en que la Institución está cumpliendo con su responsabilidad en cuanto a los diversos programas sectoriales de salud y vivienda y, en general, con el propósito del Plan Nacional de Desarrollo de avanzar en la elevación del bienestar y el desarrollo social y humano. Será también a través de dichas vertientes de evaluación como habrán de sustentarse y estructurarse los diferentes informes que de manera ordinaria o extraordinaria se remitan, ya sea en forma directa por parte del Instituto o a través de las dependencias respectivas, a las diferentes instancias del Congreso de la Unión que se vinculan con las materias que tiene a su cargo.

Medición de resultados y evaluación del desempeño

Para la medición de resultados y la evaluación del desempeño institucional, el ISSSTE dispone de diversos mecanismos que han dado muestras de su pertinencia, pero que sin duda tendrán que ser complementados y perfeccionados a la luz de las nuevas orientaciones del presente Programa. Destacan el Programa de Transparencia del ISSSTE, la Encuesta Nacional de Satisfacción al Derechohabiente y el Sistema Institucional de Indicadores. Asimismo, se han impulsado diversas medidas con igual propósito, tales como

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

la página de la Institución en Internet y el establecimiento del Buzón del Director, entre los más significativos.

El Programa de Transparencia del ISSSTE se encuentra en operación en las 35 delegaciones del Instituto y se ha iniciado también su implantación en diversas dependencias de la Administración Pública Federal, lo mismo que el funcionamiento de 40 Módulos Itinerantes de Atención al Derechohabiente.

Parte importante del énfasis que pone el ISSSTE en la transparencia, ha sido la instalación de líneas telefónicas de la red nacional de voz y datos para reforzar el Sistema ISSSTE-TEL de Información y Atención; la edición y distribución de "La Carta al Derechohabiente" en la que se explican y detallan los servicios y prestaciones que se ofrecen; las diversas reuniones que se promueven con organizaciones de pensionados y jubilados en el ámbito nacional para captar sus demandas, orientar con base en ellas, diversas decisiones que les afectan y encauzar y resolver sus quejas y solicitudes de reembolso conforme a la normatividad vigente, tanto las captadas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como las que afloran a través de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

El objetivo de la Encuesta Nacional de Satisfacción al Derechohabiente es conocer la percepción de su población objetivo, acerca de la calidad de los servicios que recibe por parte del Instituto, utilizando como elementos de referencia los resultados obtenidos en las encuestas nacionales en las que se comparan los avances por pregunta, unidad, servicio, área y delegación. Hasta ahora, este mecanismo ha sido de gran importancia para pulsar la imagen que ellos tienen de la institución, aunque es susceptible de consolidarse y de ser perfeccionado, para lo cual se han emprendido diversas medidas entre las que cabe destacar:

- Capacitación de los encuestadores.
- Aplicación de los cuestionarios.
- Captura y procesamiento de los cuestionarios.
- Análisis de la información.
- Delimitación del universo.

El Sistema Institucional de Indicadores cuenta con avances importantes a partir de los cuales se seguirá complementando y depurando, se ha instalado en las subdirecciones y coordinaciones generales del Instituto el Software denominado "Sistema Integral de Indicadores", con el objetivo de contar con un esquema viable y factible para propiciar y facilitar la emisión de juicios y la medición de logros de los objetivos. El sistema también permite las acciones de supervisión y orientación del desempeño de la Institución en todos los procesos relacionados con el otorgamiento de los servicios y prestaciones.

El sistema refuerza la toma de decisiones; y permite evaluar y comprobar el avance y cumplimiento de las principales metas comprometidas en los programas del Instituto. Sin embargo, es de señalarse que esto constituye tan sólo un primer elemento que será importante para realizar las adecuaciones y los nuevos diseños que se requieran. El desarrollo informático para fines de captura, análisis y envío de la información se desarrolló en la aplicación para cada nivel jerárquico, lo cual comienza a constituirse en elemento esencial para la detección de puntos críticos en el otorgamiento de los servicios y prestaciones.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Por otro lado y en lo que concierne a las acciones de salud, cabe mencionar que el Instituto participa en el Sistema Nacional de Indicadores compartido por todo el Sector Salud, cuya normatividad en cuanto a su cumplimiento y aplicación corre a cargo de la Secretaría.

Informes a los Sectores de Salud y Vivienda, a las dependencias globalizadoras y al Congreso de la Unión.

Para la presente administración la transparencia y combate a la corrupción en el ISSSTE constituirá una cuestión de la más alta prioridad. Fue, de hecho, una de las primeras instituciones del Gobierno Federal que ha iniciado un programa con ese nombre, el cual vino a enriquecerse cuando la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo emitió la normatividad en la materia para el ámbito nacional.

En concordancia con el Programa Nacional de Salud, con el Subsector Vivienda y conforme a las responsabilidades que el Instituto tiene sobre la transparencia de las tareas que realiza, dichos procesos habrán de apegarse a los criterios bajo los que opera el Programa de Transparencia del ISSSTE, los que el Instituto tendrá que cumplir en sus diferentes áreas técnicas, de servicios y administrativas, para lo cuál será muy importante el Sistema Nacional de Indicadores de Salud. Para ello será necesario:

- Asegurar la libertad de flujo de la información institucional para que los usuarios y la sociedad en general logren acceder a ella;
- Monitoreo permanente sobre el grado de satisfacción de los derechohabientes y trabajadores y, de su percepción sobre la gestión del Instituto;
- Impulso a la apertura de la gestión pública y promoción de mecanismos eficaces para la participación ciudadana;
- Esfuerzos permanentes en la gestión para la rendición de cuentas e información sobre los resultados; y,
- Establecimiento de mecanismos que permitan la corrección de condiciones que propician el mal uso de los recursos, un combate más eficaz a la corrupción y erradicación de la impunidad. Uno de ellos ya fue constituido: el Comité de Transparencia, Ahorro e Ingresos, el cual también emite recomendaciones sobre la materia de desregulación.

Todo el sector salud mexicano se ha incorporado durante los últimos años a la tendencia de automatización de sus actividades administrativas, integrando bases de datos, que suministran información sobre el desempeño de los procesos operativos con la finalidad de conocer el nivel de satisfacción que se genera de la actuación de los trabajadores que tienen contacto directo con los usuarios.

De ahí que una de las preocupaciones actuales de la gerencia, es el adecuado uso de la informática administrativa, para la mejora de la atención. A continuación incorporamos una propuesta del Doctor Aguirre Gas, para optimizar los servicios mediante el uso de la informática.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

En este trabajo se propone un sistema de informática médica que pretende contribuir a lograr los objetivos de un hospital moderno con calidad y efectividad, a través de su aplicación tanto en los niveles directivos como en los operativos.

El concepto previo nos obliga a precisar el término *objetivo*: Expresión cualitativa del propósito que se pretende lograr, mediante el desarrollo de un proceso.

El logro de los objetivos puede conocerse a través de la evaluación por medio de indicadores, diseñados o seleccionados ex profeso para ello. Las instituciones de salud disponen de sistemas electrónicos de información que permiten controlar la efectividad y, en cierta medida, la calidad con que se atiende a los pacientes, mediante el análisis de un conjunto de indicadores previamente seleccionados por su disponibilidad, especificidad, confiabilidad, sensibilidad y capacidad de discriminación, a través de la identificación y análisis de sus variaciones, en comparación con las cifras preestablecidas, esperadas o normadas.

Estas variaciones deben ser retroinformadas a los servicios donde se generaron los datos, para conocimiento del personal de salud responsable de otorgar la atención, con el propósito de llevar a cabo los ajustes necesarios que permitan corregir las variaciones no aceptables, resolver los problemas que se hubieran identificado con el análisis de los indicadores, y con ello mejorar la calidad y la efectividad.

Podemos definir a un *indicador* como: Expresión numérica de referencia, que permite evaluar los resultados de los procesos.

Proceso de evaluación Para estar en condiciones de evaluar los procesos a través de indicadores, es necesario establecer un juicio de valor que confiera significado a estos indicadores, por lo tanto, es conveniente compararlos con patrones o marcos de referencia:

Con una meta: cifra requerida, comprometida o deseada.

Con un estándar: valor esperado y su rango de variación.

Con la cifra más frecuente.

Con un promedio: suma de cifras dividida entre el número de cifras.

Con sus pares: sistema comparativo de referencia o *benchmarking*.

Con la mejor práctica conocida: sistema comparativo de referencia o *benchmarking*.

Consigo mismo a través del tiempo (tendencias), con periodos similares de meses o años previos o con el periodo inmediato anterior.

Cualquier jefe de servicio o director de hospital comprometido con su responsabilidad, debería interesarse en contar con la información mínima indispensable que le permitiera conocer la calidad y la efectividad con que el equipo de salud está atendiendo a los pacientes. Para ello se proponen seis indicadores primarios:

Promedio de días de estancia.

Porcentaje de mortalidad.

Índice de subsecuencia.

Costos por la atención.

Número de quejas procedentes.

Porcentaje de atenciones ambulatorias.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

2. Porcentaje de mortalidad

Factores que lo aumentan por arriba del valor esperado:

Calidad de la atención deficiente:

- Falta de congruencia clínico-diagnóstica.
- Falta de congruencia diagnóstico-terapéutica.
- Falta de congruencia diagnóstico-patológica.

Grado de complejidad de los pacientes.

Gravedad de los pacientes (comorbilidades).

Infecciones intrahospitalarias.

Reintervenciones quirúrgicas.

Efectos adversos.

Consecuencias de su aumento:

Mayor número de defunciones.

Disminución de la demanda de servicios por calidad deficiente.

Incremento de las quejas.

3. Índice de subsecuencia

Factores que lo aumentan por arriba de los valores esperados:

Calidad de la atención deficiente:

- Carencia de programas de estudio y tratamiento.
- Falta de congruencia clínico-diagnóstica.
- Falta de congruencia diagnóstico-terapéutica.

Grado de complejidad de los pacientes.

Gravedad de los pacientes (comorbilidades).

Efectos adversos.

Consecuencias de su aumento:

Sobresaturación de la consulta:

- Disponibilidad insuficiente de servicios (oferta).
- Tiempos de espera prolongados.
- Diferimientos.

Incremento en los consumos y los costos.

Sobrecarga de trabajo para el personal.

4. Costos por la atención

Factores que los aumentan por arriba de los valores esperados:

Calidad de la atención médica deficiente.

Promedio de estancia excesiva.

Subsecuencia excesiva.

Incremento en los consumos.

Hospitalización innecesaria.

Baja atención ambulatoria.

Consecuencias de su aumento:

Insuficiencia presupuestal.

Insuficiencia de recursos.

Sobreejercicio presupuestal.

Falta de competitividad.

Quejas.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

5. Quejas

Causas de las quejas:

Calidad de la atención médica:

- Carencia de programas de estudio y tratamiento.
- Falta de congruencia clínico-diagnóstica.
- Falta de congruencia diagnóstico-terapéutica.
- Falta de congruencia diagnóstico-patológica.

Relación médico-paciente deficiente o inexistente.

- Trato inadecuado.
- Comunicación deficiente (no se proporciona información).

Insuficiencia de recursos.

Falta de oportunidad:

- Diferimientos.
- Tiempos de espera prolongados.

Falta de comodidad para el paciente y familiares en instalaciones y mobiliario.

Efectos adversos.

Consecuencias de su aumento:

- Deterioro de la imagen del hospital.
- Disminución de la demanda de servicios.
- Incremento del gasto por reintegros y demandas.
- Sanciones al personal.

6. Atención ambulatoria

Factores que la disminuyen:

- Grado de complejidad de los pacientes.
- Gravedad de los pacientes (comorbilidades).
- Resistencia al cambio.

Consecuencias de su disminución:

- Aumento del porcentaje de ocupación.
- Sobresaturación del área de hospitalización:
 - Diferimientos
 - Cancelación de ingresos programados.
 - Cancelación de cirugías programadas por falta de camas.

Incremento de costos.

Déficit presupuestal.

Un indicador primario puede afectar secundariamente a otro indicador primario, en cuyo caso aparecería como secundario o terciario modificando al primero.

Ejemplo:

El indicador primario *costo por servicio* es afectado por el indicador primario *promedio de días de estancia*, ya que a mayor estancia hospitalaria mayores serán los costos por la atención de cada paciente. Existen indicadores secundarios como:

1.1. Calidad de la atención médica.

Con sus indicadores terciarios:

1.1.3 Congruencia clínico-diagnóstica.

1.1.4 Congruencia diagnóstico-terapéutica.

Los dos indicadores anteriores aparecen en varios indicadores primarios ya que tienen influencia directa en ellos, tal como sucede con el promedio de días

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

de estancia, el porcentaje de mortalidad, el índice de subsecuencia, las quejas y, como consecuencia de ellos, el costo por servicio, indicadores que se incrementan por una atención médica de calidad deficiente.

Con un hospital médico-quirúrgico de tercer nivel como modelo (Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI), en el cuadro I se presenta un ejemplo de los seis indicadores primarios, con sus respectivos indicadores secundarios y terciarios, la fuente de información para su obtención, su estándar y rango de variación aceptable. Como puede observarse, los comités de mortalidad, de tejidos y del expediente clínico, desempeñan un papel relevante en el proceso de evaluación de la calidad de la atención y se convierten en fuentes valiosas de información.

En cuanto al expediente clínico, las guías para la atención médica por padecimiento, los algoritmos y la medicina basada en evidencias deberían funcionar como apoyo fundamental para su llenado.

Es necesario decir que cada servicio de salud, cada hospital y cada servicio clínico debe determinar sus propios indicadores, estándares, metas, cifras más frecuentes y promedios, en congruencia con sus necesidades particulares, o en atención a indicaciones de las áreas normativas que permitan que su responsable pueda realizar juicios de valor útiles y tomar las decisiones necesarias para mejorar la calidad y la efectividad de los servicios.

Como instrumento de apoyo, en la base de datos es necesario captar la información que se requiera para construir indicadores que deberán evaluarse conforme los recursos disponibles y las metas establecidas, tales como el número de:

1. Camas.
2. Egresos.
3. Días-paciente.
4. Cirugías.
5. Defunciones.
6. Consultas totales.
7. Consultas de primera vez.
8. Consultas subsecuentes.
9. Altas.

Cuadro I

Indicadores, fuente y valores aplicados en un sistema de evaluación de la efectividad de un hospital médico-quirúrgico de tercer nivel

Rango o valor

Indicadores Fuente Estándar esperado

- 1. Promedio de días de estancia*** Sistema de Información 9.8 a 10
 - 1.1 Calidad de la atención médica Comité de Calidad y Eficiencia
 - 1.1.1 Programa de estudio Comité de Evaluación del Expediente Clínico 95 %
95 a 100 %
 - 1.1.2 Programa de tratamiento Comité de Evaluación del Expediente Clínico 95 %
95 a 100 %
 - 1.1.3 Congruencia clínico-diagnóstica Comité de Evaluación del Expediente Clínico 100 %
95 a 100 %
 - 1.1.3.1 Medicina defensiva Comité de Evaluación del Expediente Clínico 0 < 5 %

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

- 1.1.4 Congruencia diagnóstico-terapéutica Comité de Evaluación del Expediente Clínico 100 % 95 a 100 %
- 1.1.4.1 Medicina defensiva Comité de Evaluación del Expediente Clínico 0 < 5 %
- 1.1.4.2 Prescripción sintomática Comité de Evaluación del Expediente Clínico 20 % 10 a 30 %
- 1.1.5 Congruencia diagnóstico-patológica Comité de Tejidos 80 % 75 a 85 %
- 1.2 Grado de complejidad de los pacientes (GRD) Comité de Calidad y Eficiencia 1.5 > 1.5
- 1.3 Gravedad de los pacientes (comorbilidad) Comité de Evaluación del Expediente Clínico 2 diagnósticos > 1 diagnóstico
- 1.4 Infecciones hospitalarias/100 egresos** Comité de Infecciones 16 % 14 a 18 %
- 1.5 Reintervenciones quirúrgicas/100 cirugías Registros del quirófano < 3 % 2 a 4 %
Comité de Calidad y Eficiencia
- 1.6 Efectos adversos/100 egresos Comité de Farmacovigilancia < 5 % 3 a 7 %
Comité de Calidad y Eficiencia
- 1.7 Porcentaje de ocupación Sistema de Información 90 % 85 a 95 %
- 1.7.1 Diferimientos (hospitalización) Comité de Calidad y Eficiencia 0 < 10 días
- 1.7.2 Diferimientos (cirugía) Comité de Calidad y Eficiencia 0 < 10 días
- 1.7.3 Hospitalizaciones canceladas/100 ingresos Comité de Calidad y Eficiencia 0 < 5 %
- 1.7.4 Cirugías canceladas /100 cirugías programadas Comité de Calidad y Eficiencia 0 < 5 %
- 1.8 Tiempo de diferimiento de procedimientos Comité de Calidad y Eficiencia 0 < 48 horas diagnósticos o terapéuticos
- 2. Porcentaje de mortalidad*** Sistema de Información 6.5 % 6 a 7 %
- 2.1 Defunciones imprevistas/total defunciones Comité de Mortalidad < 5 % 3 a 7 %
- 2.2 Defunciones injustificadas/total defunciones Comité de Mortalidad 0 ---
- 2.3 Defunciones antes de 48 horas/total defunciones Comité de Mortalidad 5 % 3 a 7 %
- 2.4 Calidad de la atención médica Comité de Evaluación del Expediente Clínico
- 2.4.3 Congruencia clínico-diagnóstica Comité de Evaluación del Expediente Clínico 100 % 95 a 100 %
- 2.4.4 Congruencia diagnóstico-terapéutica Comité de Evaluación del Expediente Clínico 100 % 95 a 100 %
- 2.4.5 Congruencia diagnóstico-patológica Comité de Tejidos 80 % 75 a 85 %
- 2.5 Grado de complejidad de los pacientes (GRD) Comité de Calidad y Eficiencia 1.5 > 1.5
- 2.6 Gravedad de los pacientes (comorbilidad) Comité de Evaluación del Expediente Clínico 2 diagnósticos > 1 diagnóstico
- 2.7 Infecciones hospitalarias/100 egresos** Comité de Infecciones 16 % 14 a 18 %
- 2.8 Reintervenciones quirúrgicas/100 cirugías Registros del quirófano < 3 % 2 a 4 %
- 2.9 Calidad de la atención médica Comité de Evaluación del Expediente Clínico
- 2.9.1 Programa de estudio Comité de Evaluación del Expediente Clínico 95 % 95 a 100 %
- 2.9.2 Programa de tratamiento Comité de Evaluación del Expediente Clínico 95 % 95 a 100 %
- 2.9.3 Congruencia clínico-diagnóstica Comité de Evaluación del Expediente Clínico 100 % 95 a 100 %

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

- 2.9.4 Congruencia diagnóstico-terapéutica Comité de Evaluación del Expediente Clínico 100 % 95 a 100 %
- 2.9.5 Congruencia diagnóstico-patológica Comité de Tejidos 80 % 75 a 85 %
- 2.10 Grado de complejidad de los pacientes (GRD) Comité de Calidad y Eficiencia 1.5 > 1.5
- 2.11 Gravedad de los pacientes (comorbilidad) Comité de Evaluación del Expediente Clínico 2 diagnósticos > 1 diagnóstico
- 2.12 Reintervenciones quirúrgicas/100 cirugías Registros del quirófano < 3 % 2 a 4 % Comité de Calidad y Eficiencia

Comité de Calidad y Eficiencia

- 2.13 Efectos adversos/100 egresos Comité de Farmacovigilancia < 5 % 3 a 7 %
Comité de Calidad y Eficiencia

3. Índice de subsecuencia*

Sistema de Información 6 4.5 a 7.5

- 3.1 Consultas por hora-médico Sistema de Información 3 2.5 a 3.5
- 3.2 Altas/100 consultas de primera vez Sistema de Información 100 % 90 a 110 %
- 3.3 Falta de oportunidad en la atención Comité de Calidad y Eficiencia
- 3.3.1 Tiempo de espera (consulta externa) Comité de Calidad y Eficiencia 15 minutos 0 a 30 minutos
- 3.3.2 Diferimientos (consulta externa) Comité de Calidad y Eficiencia 0 < 10 días

4. Costos por servicio

Sistema de Información

- 4.1 Presupuesto: hospital Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.2 Presupuesto: consulta externa Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.2.1 Costo promedio por consulta Sistema de Información *** **
- 4.2.2 Medicamentos Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.2.3 Material de curación Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.2.4 Laboratorio Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.2.5 Radiodiagnóstico Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.3 Presupuesto: hospitalización Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
1. Promedio de días de estancia * Sistema de Información 9 8 a 10
- 4.3.1 Costo promedio por día-paciente Sistema de Información *** **
- 4.3.2 Costo promedio por egreso Sistema de Información *** **
- 4.3.3 Medicamentos Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.3.4 Material de curación Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.4 Presupuesto: cirugía Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.4.1 Costo promedio por cirugía Sistema de Información *** **
- 4.4.2 Medicamentos Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.4.3 Gases anestésicos Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

- 4.4.4 Material de curación Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.5 Presupuesto: cuidados intensivos Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.5.1 Costo por día-paciente Sistema de Información *** **
- 4.5.2 Medicamentos Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.5.3 Material de curación Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.6 Presupuesto: laboratorio Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.6.1 Costo por examen de laboratorio Sistema de Información *** **
- 4.6.2 Reactivos Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.7 Presupuesto: radiodiagnóstico Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.7.1 Costo por estudio de radiodiagnóstico Sistema de Información *** **
- 4.8 Presupuesto: nutrición Sistema de Información Cero diferencias Asignado \pm 5 %
- 4.8.1 Costo por ración Sistema de Información *** **

5. Quejas Sistema de Orientación y Quejas

- 5.1 Quejas totales Sistema de Orientación y Quejas 4 3 a 5
- 5.2 Quejas procedentes Sistema de Orientación y Quejas 0 < 2
- 5.2.1 Médicas Sistema de Orientación y Quejas 0 < 2
- 5.2.2 No médicas Sistema de Orientación y Quejas 0 < 2
- 5.3 Quejas improcedentes Sistema de Orientación y Quejas 4 3 a 5
- 5.4 Quejas totales en consulta externa/100 consultas Sistema de Orientación y Quejas 0 < 1 %
- 5.5 Quejas totales en hospitalización/100 egresos Sistema de Orientación y Quejas 0 < 1 %
- 5.6 Gasto por quejas procedentes/presupuesto Sistema de Orientación y Quejas Cero diferencias Asignación * 5 %
- Rango o valor
- Indicadores Fuente Estándar esperado
- * Variable según el tipo de hospital
- ** Detecciones (valor ideal 5 %)
- ** * En congruencia con tendencias, eficiencia, inflación y servicios similares (benchmarking)

Cuando los indicadores disponibles sean insuficientes o no permitan identificar la causa de una variación no aceptable, se hace necesario buscar otras fuentes de información o desarrollar proyectos de investigación en sistemas de salud.

Conclusiones

La evaluación de los indicadores puede ser realizada por terceros (*evaluación o auditoría externa*) conforme a la estructuración de los diferentes modelos existentes, o puede ser llevada a cabo en forma de autoevaluación por el director en su hospital, el jefe de departamento clínico en su servicio, y cada quien en su práctica médica.

En los resultados operativos se identifican las variaciones en la calidad, eficiencia y la importancia de disponer de los recursos necesarios, de personal suficiente y bien calificado, de una organización adecuada y de una operación eficiente, como determinantes de la capacidad resolutoria de un hospital, sobre

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

los cuales sustentar una atención médica con calidad y efectividad, congruente con el grado de complejidad de los pacientes que son atendidos, limitada únicamente por los efectos adversos. En columnas separadas se presentan los indicadores que permiten evaluar la calidad, los que evalúan la efectividad y los que corresponden a ambas. Aunque éste parece ser un esquema sencillo, fácil de aplicar, un instrumento útil para la toma de decisiones una vez que se hayan establecido los indicadores, sus marcos de referencia y los rangos de variación aceptables, puede fallar o ser inútil si el responsable de administrar el hospital, el servicio o la atención médica, carece de una computadora (aunque se podría hacer manualmente), si no cuenta con información, si no analiza los indicadores, si no se tiene capacidad de tomar decisiones para obtener mejores resultados, o no se interesa en conocer los problemas, resolverlos y mejorar la calidad y la efectividad en su desempeño.

Como todos los procesos de autoevaluación, este procedimiento está sujeto a la objetividad y la formalidad con que sea llevado a cabo, a fin de cumplir con el propósito de proporcionar información oportuna y veraz para la toma de decisiones; que pueda soportar su verificación externa, sin grandes variaciones con lo encontrado por los evaluadores y no se convierta en un proceso con resultados dirigidos a la búsqueda del autoelogio o con fines políticos.

Un buen Ejemplo de esta situación son las infecciones intrahospitalarias, en las cuales los criterios para su registro son variables según se informen con base en datos clínicos o con identificación del germen causal por métodos bacteriológicos; así mismo, es factible lograr cifras bajas en forma ficticia a través de menor atención en la identificación, detección y registro de las infecciones, para estar en condiciones de informar cifras que queden dentro de los estándares de aceptabilidad, para beneplácito de los evaluadores y con la consiguiente repercusión en perjuicio de los pacientes, ya que una detección insuficiente y una cifra complaciente llevarán a descuidar las acciones preventivas y a dar lugar a una mayor morbilidad y mortalidad para los pacientes

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

6.5 ¿CÓMO DETERMINAR LA CONFIABILIDAD DE LA INFORMACIÓN PARA UNA EVALUACIÓN ACERTADA?

El Programa Institucional del ISSSTE es resultado de un proceso de planeación que se llevó a cabo en tres etapas:

- La elaboración del Reporte Integral de Planeación Estratégica en su vinculación estrecha con la del Sector Salud y el Subsector Vivienda;
- La consulta ciudadana; y
- La propia formulación del presente Programa, con base en los insumos provistos por los dos elementos anteriores.

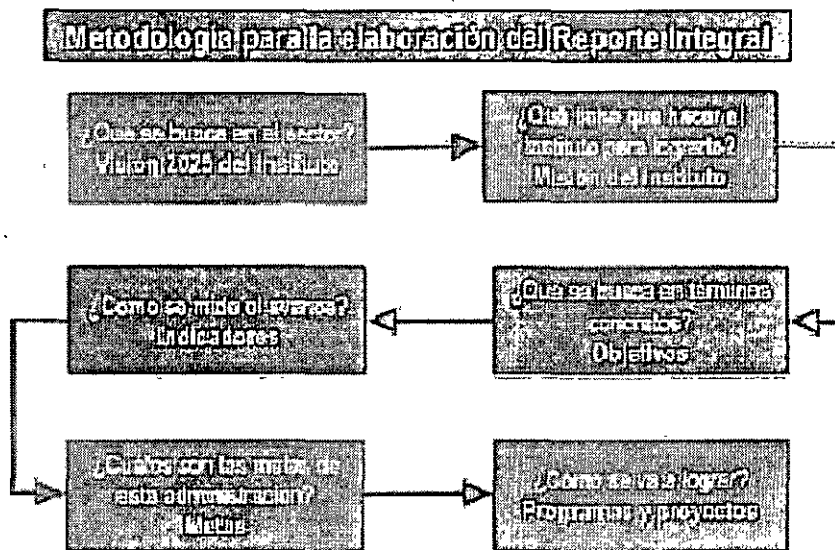
La orientación estratégica del programa.

Desde el mes de enero del 2000, la Institución se abocó, en el marco del proceso nacional de planeación, a la elaboración de un Reporte Integral, el cual fue desarrollado en dos momentos:

En el primero, se llevaron a cabo las siguientes actividades: se integró un grupo estratégico en el Instituto y se designaron equipos por cada área para funcionar como enlaces; se programaron y realizaron talleres para conocer el modelo de planeación y los conceptos sobre los elementos programáticos; y se elaboró un diagnóstico institucional que permitió normar criterios para la definición de objetivos y líneas de acción.

De esas actividades surgieron elementos para alimentar de manera simultánea la parte correspondiente del Plan Nacional de Desarrollo, los programas Sectoriales de Salud y de Vivienda, que fueron la base para la estructuración del presente Programa.

Fue en este primer momento cuando lograron definirse las ocho estrategias de trabajo del ISSSTE.



El segundo momento se centró, por su parte, en una revisión exhaustiva, depuración, ajuste, concreción e integración definitiva de las 8 estrategias, 41 líneas de acción y 82 proyectos

que se definieron para la Institución; cada uno de éstos con precisiones claras sobre la participación y las responsabilidades de una o más áreas del ISSSTE, tanto en el ámbito central como en sus delegaciones y órganos desconcentrados.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Esos fueron los elementos que se constituyeron también en un soporte fundamental para la realización en perspectiva de los procesos de programación y presupuestación para el ejercicio 2002.

La consulta ciudadana y las necesidades más sentidas

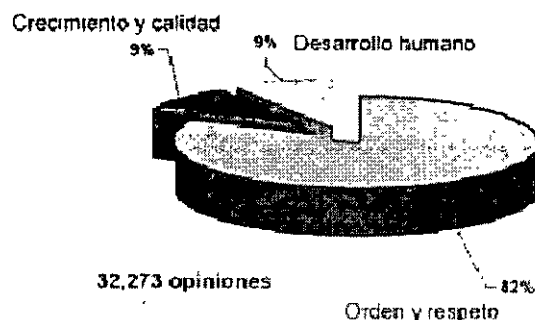
En lo que corresponde a esta fase, la consulta se realizó de conformidad con los lineamientos que dieron origen al Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Paralelamente a las definiciones estratégicas institucionales y en atención a la convocatoria de la Secretaría de Salud, el Instituto se incorporó al proceso de consulta ciudadana a través de los diferentes mecanismos previstos por ese proceso - como los foros estatales y nacionales y mediante comunicaciones por diversos medios como el correo, los buzones y la página de Internet.

Por otro lado, de conformidad con las temáticas específicas y atribuciones del Instituto, a través de los foros y de los otros mecanismos que se mencionan se recibieron las aportaciones de la ciudadanía en general, sobre 29 temáticas particulares alrededor de los rubros de *desarrollo social y humano*, *crecimiento con calidad y orden y respeto*, como se muestran en los siguientes cuadros:

De los resultados concentrados por el INEGI hubo una participación de 130,502 opiniones emitidas en los 121 temas en el ámbito nacional, de los cuales se analizaron 32,273 opiniones inmersas en el ISSSTE, y tienen la siguiente característica:

Tipo opinión	%	Tipo opinión	%
Descriptiva	9.4	Queja	9.8
prepositiva	21.6	Otro	0.3
Orientación	57.5	No específico	1.4

Distribución de opiniones de la consulta ciudadana



La amplia infraestructura institucional fue puesta al servicio de la consulta a lo largo de todo el proceso, en el que las 35 delegaciones y los órganos desconcentrados del ISSSTE, jugaron un papel fundamental para animar la participación de la población interesada en las estrategias institucionales relacionadas con las materias que tienen asignadas.

Por otro lado, el Instituto participó también en foros complementarios especializados, que incorporaron las experiencias de especialistas en las diferentes áreas para la validación y depuración de la información recabada en

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

una primera instancia, con el fin de definir las acciones necesarias en el logro de los objetivos propuestos. En estas reuniones de validación surgieron reportes de conclusiones que fueron analizados por la dependencia convocante, conjuntamente con los organismos públicos correspondientes al sector. Las demandas más reiteradas que lograron captarse con la consulta fueron:

- Pago oportuno de la nómina de pensiones;
- Atención más expedita de los seguros por riesgos de trabajo e invalidez;
- Elevación de la calidad en el otorgamiento de los servicios médicos y en la provisión de servicios sociales y culturales;
- Mayor promoción a las actividades sociales y culturales para la población pensionada;
- Mayores recursos para la asignación de créditos a corto y mediano plazos e hipotecarios y, para el mejoramiento de la vivienda;
- Mayor eficacia en la operación de farmacias, de tiendas y de centros comerciales;
- Desarrollo de la investigación científica y tecnológica; y,
- Mayor capacitación y formación de servidores públicos en materia de salud y seguridad social.

En cuanto a la evaluación del sistema de indicadores en el plan estratégico se estableció.

Línea de acción 7.3. *Fortalecer el Sistema Integral de Indicadores que permita la medición de logros y la evaluación de la gestión institucional.*

Para la conformación de esta línea de acción se prevé el desarrollo de una herramienta que permita el monitoreo y supervisión del comportamiento de los compromisos y recursos del Instituto, así como el conocimiento del grado de eficiencia, para detectar y corregir los desajustes provocados por factores internos y externos que impactan el otorgamiento de los servicios.

El diseño del sistema considera la construcción de indicadores que, mediante una aplicación informática dinámica y de respuesta oportuna, registren y permitan el procesamiento y análisis de la información que fluye en el Instituto con el propósito de medir el impacto de las acciones de mejora que se instrumentan.

Para el cumplimiento de esta acción se realizará la ejecución del proyecto denominado: "Sistema Institucional de Indicadores", cuyo beneficio principal será obtener información transparente del comportamiento y desempeño del Instituto, así como la disponibilidad de datos para uso de los sectores que la requieran.

Línea de acción 7.4. Modernizar los procesos en que descansan los 21 seguros, prestaciones y servicios que por Ley ofrece el Instituto, incorporando acciones de innovación, rentabilidad, calidad y tecnología de información.

Actualmente la sociedad demanda de las instituciones públicas, cabal cumplimiento a los derechos de los usuarios al otorgar mejores servicios, más eficientes y oportunos y con mayor transparencia de los recursos utilizados. Cumplir con esas condiciones en el ISSSTE depende por un lado, de una innovación de las prácticas en sus órganos de gobierno y, por el otro, de la revisión y modernización de los procesos de trabajo actividad que se orientará bajo el principio de brindar beneficios tangibles a los derechohabientes. Esto último con sustento en:

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

decisiones, en avances de la tecnología de la información, tales como la Página Web y la Carpeta Electrónica.

Modernización y reingeniería de procesos.

La transformación de la gestión de los procesos institucionales, implica una modernización integral y gradual de forma tal que se tenga la certeza que la información obtenida, en cuanto a los resultados y avances es suficiente y adecuada para tomar las decisiones correctas, lo que se verá reflejado en:

- La forma de hacer las cosas
- Instrumentos y equipos utilizados
- Actitud del personal y el enriquecimiento de competencias
- Simplificación de estructuras organizacionales

Por otro lado, la reingeniería de procesos se hará en concordancia con las prioridades establecidas por la planeación estratégica, con el fin de construir gradualmente una Institución plenamente encaminada a cumplir su misión e identificada con su visión. La mecánica de desarrollo de la reingeniería se realizará por parte de las diferentes áreas y niveles de gestión involucrados, que determinarán cómo asumirla, instrumentarla y operarla, teniendo como soporte una metodología incluyente y participativa.

Las acciones y proyectos específicos de trabajo considerarán elementos de innovación, cambio planeado, análisis de riesgos, e incorporación de sistemas de información de desarrollo de políticas de calidad, como parte de la modernización y mejora continua.

El desarrollo o aplicación de estas medidas estará fundamentado en la acción conjunta de las áreas institucionales y de las acciones que en particular incidan en el ámbito de competencia de cada una de éstas. Mediante equipos de trabajo abocados al cumplimiento de las actividades necesarias para efectuar la reingeniería y asegurar su culminación.

Para el año 2006 se prevé alcanzar un 85% de avance equivalentes a 45 procesos modernizados.

MODERNIZACIÓN Y REINGENIERÍA DE PROCESOS

"La reingeniería es el rediseño rápido y radical de los procesos estratégicos de valor agregado que comprende los sistemas, las políticas y las estructuras organizacionales que los sustentan, para optimizar los flujos del trabajo y la productividad de una organización".

* El proceso. Es una serie de actividades relacionadas entre sí que convierten insumos en productos. Los procesos se componen de tres tipos de actividades".

Representación esquemática de un proceso

Investigación de "mejores prácticas"

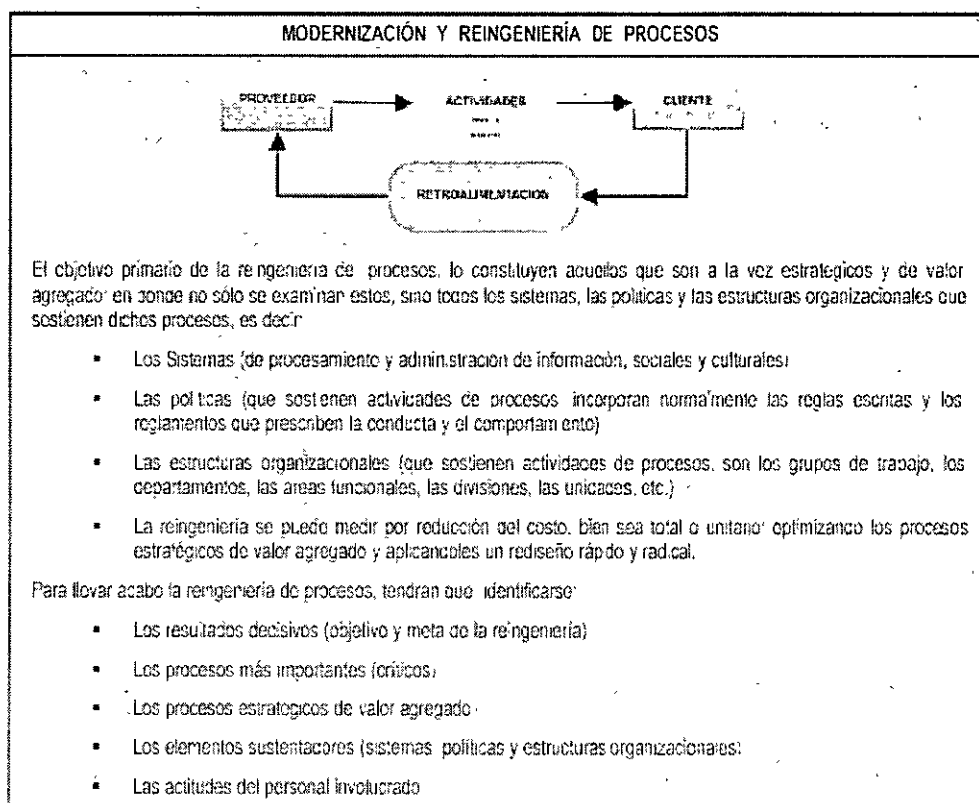
Como parte de la mejora continua en el ámbito institucional se llevarán a cabo estudios comparativos "benchmarking", con instituciones que tengan actividades similares tanto nacional como internacionalmente, para detectar mejores prácticas, contar con parámetros de referencia del desempeño e impacto del otorgamiento de los servicios y fijar indicadores de medición competitiva, que permitan incorporar nuevas ideas de los factores de éxito.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

Modernización de estructuras orgánicas.

Las mejores prácticas y tendencias internacionales se orientan hacia una clara diferenciación funcional que permita distinguir responsabilidades y fomentar una especialización técnica; así, la gran mayoría de las instituciones de Seguridad social han venido introduciendo modelos de organización que propugnan una separación de las funciones de orden financiero y de administración de fondos, de las correspondientes a la provisión de los servicios.

El ISSSTE tendrá que estudiar las ventajas y riesgos que estos modelos brindan, confrontándolos con las características y estado actual de la Institución, a fin de adoptar la organización que mejor responda a las necesidades de modernización, racionalidad y mejor distinción de las responsabilidades y especialidades del personal.



Para el año 2006 se prevé alcanzar un 85% de avance equivalentes a 45 procesos modernizados.

En paralelo las repercusiones que se presentarán como consecuencia de la revisión de los procesos y de la reingeniería, impactarán en el funcionamiento regular de las áreas y las estructuras de organización; por lo anterior, se ha previsto llevar a cabo acciones en dos vertientes fundamentales:

□ A la par de las acciones de reingeniería, se realizarán acciones permanentes de análisis y ajuste a las funciones y estructuras de organización, con el fin de hacer compatibles los cambios en los procesos mejorados con la estructura de organización vigente.

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS

BIBLIOGRAFÍA**GOCOSTEIN, Leonard D.**Planeación Estratégica Aplicada
Mc Graw Hill, 1997**GUAJARDO, Garza Edmundo**Administración de la Calidad Total
Pax, 2a. Reimpresión, 2000**GOLEMAN, Daniel**La Inteligencia Emocional en la Empresa
Javier Vergara**GUTIERREZ, Mario**Nociones de Calidad Total
ITESM - LIMUSA, 2000**IMAI, Masaaki**Cómo implementar El Kaizen en el sitio de trabajo
Mc. Graw Hill, 1998**IVANCEVICH, John, et. al.**Gestión de Calidad y Competitividad
Mc Graw Hill, 1997NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS**Referencias**

1. Carrada-Bravo T. Benchmarking: estrategia de calidad en los sistemas de salud. Directivo Médico (Mex) 1999;4(1):18-23.
2. Camp RC. Benchmarking: The search for industry best practices that lead to superior performance. Milwaukee, Wis: ASQC Quality Press; 1989. p. 146.
3. Finnigan JP. Guía de benchmarking empresarial. México: Prentice Hall Hispanoamericana; 1997. p. 234.
4. Alan-Dever GE. Epidemiología y administración de servicios de salud. Rockville, Md: Aspen Pub.; 1984.
5. Macdonald J, Tanner S. ¿Cómo entender el benchmarking? Distrito Federal, México: Panorama Editorial; 1998. p. 95.
6. Casas M. GRD. Una guía práctica para médicos. Cuadernos de Gestión Clínica. Distrito Federal, México: IASIST-México; 2000. p. 5-39.
7. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS. Taller de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD's). Acapulco, Guerrero. Reunión Nacional del 15-19 noviembre, 1999. p. 1-25.
8. McNair CJ, Leibfried KHJ. Benchmarking a competitive intelligence for quality and participation. Essex Junction, Vt: Omneo; 1992. p. 163.
9. Ponce-de-León S, Rangel-Frausto S. Infecciones nosocomiales. Salud Publica Mex 1999;41(Supl 1): s3- s64.
10. Deming WE. Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis. Madrid: Díaz de Santos; 1989.
11. Bogan C, English M. Benchmarking for best practices: winning through innovative adaptation. New York: McGraw-Hill; 1994. p. 208.

Tercera parte. Bol Med IMSS 1976;18:86.

12. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. Auditoría médica. Bol Med IMSS 1960;(Supl 6):19.

13. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. Auditoría médica. Instrucciones médicas y médico-administrativas. México: IMSS; 1962.

14. Treviño-García-Manzo N, Varela-Rueda C, Valle-González A. Indicadores para la atención a la salud. México: Subdirección General Médica, IMSS; 1994.

15. Comisión Nacional de Certificación de Hospitales. Consejo de Salubridad General. México: Secretaría de Salud; 1999.

16. González PJ, Merelo-Anaya A, Aguirre-Gas HG, Cabrera-Hidalgo JA. Sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas. Rev Med IMSS 1984;22:407.

17. Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS. México: IMSS; 1987.

18. Aguirre-Gas HG. Calidad de la atención médica. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 1993.

19. Aguirre-Gas HG. Calidad de la atención médica. Segunda edición. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 1997.

20. Aguirre-Gas HG. Calidad de la atención en los servicios de urgencias. Temas de pediatría. México: McGraw-Hill-Interamericana; 1997. p. 383-396.

21. Aguirre-Gas HG. Problemas que afectan la calidad de la atención médica en hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución. Cir Ciruj 1995; 63:110-114.

22. Aguirre-Gas HG. Programa de mejoramiento continuo. Resultados en 42 unidades médicas de tercer nivel. Rev Med IMSS 1999;37(6):473-482.

23. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Finanzas y Sistemas. Información directiva. México: IMSS; 1995.

24. Instituto Mexicano del Seguro Social. Plan Integral de Calidad. México: IMSS; 1997.

25. Instituto Mexicano del Seguro Social. Premio IMSS de Calidad. México: IMSS, 1999.

26. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Organización y Calidad. Sistema de evaluación de la calidad de la operación. México: IMSS; 2000.

27. IASIST. Top 20, los mejores hospitales. Barcelona, España: IASIST; 2000.

28. Aguirre-Gas HG. Administración de la calidad

NOTAS,
OBSERVACIONES
O COMENTARIOS