

Reflexión ante el programa de garantía de la calidad de la atención médica

[Reflection about health care quality assurance program]

Dres.: Giovanni Álvarez¹; Antonio Gamarra²

RESUMEN

La calidad de la atención a la salud es uno de los temas que en la actualidad está demandando la máxima preocupación por parte de los servicios asistenciales y sanitarios en la mayoría de los países. Interesa sobremanera el establecimiento de Programas de Garantía de Calidad de la atención médica hospitalaria, que armonicen las exigencias directivas e institucionales con la satisfacción de los usuarios. Al respecto se estima que el derecho a la salud debe tener una respuesta efectiva y positiva en todo centro asistencial, para lo cual es preciso establecer los instrumentos que garanticen una atención médico-hospitalaria adecuada a las expectativas de los usuarios y a que se les brinde atención en forma óptima, acorde con los requisitos médico-deontológicos básicos.

En el presente trabajo se hace una revisión de la evolución conceptual de lo que es calidad en salud y se define el conjunto de acciones y procedimientos que deben conformar el Programa de Garantía de Calidad de Atención en Salud, así como los objetivos, funciones, estructura y normas de los órganos evaluadores de la calidad asistencial.

Palabras clave: GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD. org

SUMMARY

Quality of health care is one of today current topics demanding greatest concern from health services in most of the countries. It is of greatest interest the implementation of Quality Assurance Programs for hospital health care armonizing institutional directions and users satisfaction. Related to this it has been estimated that the right to health must have an effective and positive response in all health care facilities and there is need to set instruments that guarantee hospital care according to users expectations and that optimal care is given in accordance to medical and deontologic basic requeriments.

In this paper a revision is made of concept evolution of health quality and the set of actions and procedures for a Health Care Quality Assurance Program, its objectives, functions, structure and norms for the evaluating bodies of care quality are defined.

Key words: QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE. org

Introducción

En los últimos años se ha despertado gran interés por el tema de la calidad de la atención a la salud a nivel internacional. En este ámbito, la calidad ha pasado de manera paulatina de ser considerada como un valor implícito al ejercicio de los profesionales de la salud, meramente retórico, a ser configurada como un valor explícito, cada vez más concreto, tanto para los profesionales como para los sistemas de salud.

Basta mencionar por ahora algunos ejemplos relevantes de lo anterior. En 1983 el Gobierno Federal Canadiense emitió una ley que exigió a todos los hospitales del país que para 1986 debían contar con programas de garantía de calidad; actualmente todos los tienen en operación. Los países de la Comunidad Económica Europea se fijaron a 1990 como plazo para que cada uno de ellos estableciera su propio sistema nacional de garantía de calidad en salud. Hasta lo que sabemos, prácticamente todos están en el proceso de diseño. En 1985 se creó la Sociedad Internacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, que actualmente agrupa a profesionales de diferentes

- (1) Especialista en Administración y Organización de Salud. Profesor Instructor Universidad de La Habana. Cuba. Facultad Salvador Allende.
 (2) Especialista en Pediatría. Diplomado en Gerencia Hospitalaria CIESS México. Evaluador de Establecimientos Hospitalarios del MINSA.

países que han desarrollado actividades concretas de Garantía de Calidad.

Las razones por las cuales se ha generado esta preocupación, ya sea de los propios profesionales de la salud o de las estructuras políticas, obedecen a la creciente complejidad de los sistemas de salud y a las restricciones financieras de la última década, que han afectado seriamente la infraestructura de atención de la salud de muchos países.

Ante estas situaciones, no es difícil pensar que también ha influido en este notable incremento en el interés por la calidad en muchos países, la necesidad gubernamental de recuperar su legítima credibilidad, puesta en riesgo por la crisis económica y los consecutivos recortes presupuestarios en el sector salud.

Todo ello ha generado un desarrollo importante en la conceptualización y metodologías para evaluar y garantizar la *calidad*, que a su vez ha favorecido la diseminación del tema.

En este contexto podríamos distinguir qué queremos definir como *Garantía* y enfatizar la necesidad de garantizar a los pacientes y a sus familiares que la atención que reciben es la que merecen como seres humanos, cualquiera sea la estrategia y herramientas específicas utilizadas para ello.

JUSTIFICACIÓN

En el siguiente trabajo tenemos la intención de dotar al personal de salud de un documento que sirva de reflexión y de guía para incentivar el interés por la *calidad*, y que puedan confeccionarse programas de *garantía de calidad* que respondan a los intereses de los directivos y satisfagan las expectativas de los pacientes

OBJETIVOS DEL TRABAJO

1. Establecer instrumentos que puedan garantizar una atención médica hospitalaria adecuada a las expectativas del paciente o usuario al ponerse en práctica.
2. Garantizar que quien brinde la atención la proporcione en forma óptima y con los requisitos establecidos.
3. Lograr que la institución se ponga en función de la *calidad*, y lleve a efecto un *Programa de Garantía de Calidad Médica Hospitalaria*.

DESARROLLO EL TRABAJO

• Calidad de la Atención Médica

Son múltiples las definiciones que se han generado del concepto de "*Calidad de la Atención Médica*".

Lee y Jones, en un documento ya clásico, definieron el concepto de buena atención como "*La clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o período determinado*", agregaron además varios principios que deben tomarse en cuenta para juzgar la bondad de la atención.

Sin embargo, la definición clásica contemporánea ha sido desarrollada y meticulosamente analizada por Donabedian en los términos siguientes:

"La calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Esa propiedad se puede definir como: la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen a su vez en función de lo alcanzable, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención en relación con los valores sociales imperantes".

En efecto, si bien la relación entre beneficios y riesgos considera a la satisfacción, también se considera el resultado de esa acción sobre ese atributo individual que es la sa-

lud y que en última instancia se expresa en ese balance entre beneficios y riesgos.

En otras palabras, el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida aun cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al que fue sometido.

Además, en esta ecuación de beneficios y riesgos, cabe la posibilidad de tener niveles negativos de calidad. Tal es el caso de los riesgos que supera a los beneficios o iatrogenia, de la que nuevamente el paciente podría no estar plenamente consciente e incluso manifestar satisfacción por el trato recibido.

De acuerdo con la definición anterior puede deducirse que la calidad no es un concepto absoluto sino relativo, en el que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y de riesgos prevenibles. En este caso por estándar debe entenderse la asignación de valores a determinados indicadores que permitan medir, de alguna manera, los niveles de calidad alcanzada en situaciones específicas, así la calidad resulta siempre un juicio comparativo.

Donabedian distingue tres posibles definiciones del concepto "calidad":

Absolutista. Por depender exclusivamente de la perspectiva del prestador del servicio.

Individualista. Aquella definición que surgirá de cada caso clínico particular.

Social. El concepto es contextualizado en el marco de los valores y necesidades sociales.

De acuerdo a esta tercera definición es que *calidad*, *accesibilidad* y *equidad* deben considerarse como elementos interdependientes en la definición de las políticas de salud.

Para instrumentalizar un programa de *garantía continua* de la calidad de la atención médica debe te-

nerse en cuenta como justificación los criterios emitidos por el MINSA y recogidos en el documento entregado en el Segundo Taller de Acreditación de Hospitales y que plantea lo siguiente:

- Generar confianza en la población que espera recibir la mejor calidad de atención cuando acude al hospital.
- Robustecer la seguridad y confianza que tiene el equipo de salud en sus posibilidades, de identificar problemas y opciones de solución.
- Beneficiar a la gestión por el alto monto que requiere el hospital para sufragar sus gastos ordinarios de operación e inversión.
- Permitir que el establecimiento acreditado ostente su condición de tal, como un factor de prestigio reconocido como valor agregado.

• **Estrategia de un Programa de Garantía continua de la calidad de la atención médica**

Hemos desarrollado los aspectos conceptuales sobre la estrategia en el tema de la calidad de la asistencia hospitalaria, sobre las bases: **Estructura - Proceso - Resultado**. En este apartado lo que hay que plantearse es algo más concreto sobre las bases: Estratégica - Estructura - Proceso - Resultado y es necesario plantearse las acciones a llevarse a cabo para alcanzar tales objetivos concretos, de forma continuada a lo largo del tiempo en el hospital.

• **Los puntos básicos de la estrategia de un Programa de Garantía de Calidad son los siguientes:**

1. La estructura y jerarquización de los objetivos de calidad entre los directivos del hospital, hasta el jefe de servicio médico y supervisora de enfermería, con la

correspondiente delegación de actividades y también la autoridad para poder administrarlos en cada nivel. Será necesario insistir en dicho aspecto aunque la planificación, gestión y control de la calidad de la asistencia hospitalaria son tareas directivas.

2. El establecimiento del papel que deben jugar los expertos en planificación y control de calidad en forma clara y concreta. Sus relaciones con los directivos en los distintos niveles, sus atribuciones en la planificación, la gestión y el control, sus conexiones con otros órganos de control de calidad y, especialmente, con las comisiones clínicas. El papel que deben jugar en los procesos de evaluación de la estructura, el proceso y los resultados.
3. La existencia o no de órganos colegiados dentro del sistema de planificación, gestión y control de calidad como las comisiones de la Junta Facultativa, Comisión de Control de Calidad de Enfermería, Comités de Auditoría Médica y Enfermería, etc., cuáles deben ser sus funciones y cómo integrarlas con el resto de las acciones.
4. El criterio sobre el funcionamiento del sistema global para la calidad, si su abordaje va a ser coyuntural o sistemático, reglado o permanente a lo largo del tiempo. Si se va a contar o no con ayuda exterior para la planificación y el control. Si la auditoría y la acreditación va a ser siempre interna o hay que prever acciones exteriores en algunos momentos.

• **Estructura organizativa de un Sistema Integrado de Calidad de la Asistencia Hospitalaria.**

Como dice Peter Drucker, **"la estrategia precede a la estructura"**. Si las cuestiones planteadas sobre la

estrategia de un Programa de Garantía de Calidad, que hemos anunciado en el punto anterior, han quedado resueltas, el diseño de la estructura organizativa habrá quedado resuelto. La pirámide de objetivos y sub-objetivos de *calidad* nos expresará la estructura de los responsables, es decir el organigrama jerárquico del hospital. Las acciones previstas en relación con los expertos y los órganos colegiados nos resolverán la integración entre los órganos de *staff* y los de la línea jerárquica, etc.

Así pues, para desarrollar efectivamente un Programa de Garantía de Calidad será necesario que estén presentes las siguientes variables:

1. Calidad técnica de los profesionales.
2. Uso eficiente de los recursos.
3. Minimización de riesgos de lesiones asociadas por los servicios de salud ofrecidos.
4. Satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud.
5. Un sistema local de salud donde los servicios intra y extrahospitalarios estén coordinados e integrados.

El Programa de Garantía Continuo de la calidad de la Atención Hospitalaria, según algunos autores, debe vertebrarse según lo plantean algunos expertos y que debe comprender: Política de calidad; los objetivos; el programa y el presupuesto.

El Plan, será siempre un plan de mejora y el programa de mejora integral. Contantemente la estrategia global de mejora de la calidad debe orientarse hacia la mejora de la estructura (acreditación), el proceso de prestación de los cuidados (auditoría médica y de enfermería) y el grado de eficacia en los resultados obtenidos (calidad del producto final).

La mejora de calidad asistencial así entendida, requiere el establecimiento de una estructura organizativa y de gestión que posibilite:

1. Establecer estándares para medir la acreditación de cada servicio y del Hospital.
2. Establecer protocolos concretos de actuación de los profesionales y su comparación con la realidad del funcionamiento diario del servicio.
3. Realizar encuestas dirigidas a los usuarios del Hospital y conocer el número de casos satisfactoriamente atendidos en relación con el total.

• **Estrategias posibles para la evaluación de la calidad asistencial.**

En el año 1951 Makoner formuló su criterio sobre estrategia para la evaluación de la calidad asistencial hospitalaria, en forma de dos acciones concretas: una hacia el análisis de la estructura que soporta el funcionamiento del hospital (*las normas, la organización, los procesos administrativos, los recursos económicos, etc.*); otra, dirigida al análisis del proceso mismo de la atención, concebido éste como el producto final que debe ofrecer el hospital.

En el año 1955, Sheps formula una estrategia basada en cuatro acciones:

- El análisis de las condiciones previas, en cuyo seno se asienta todo el proceso asistencial.
- El análisis y evaluación de los elementos del desempeño médico.
- Las evaluaciones clínicas sobre las cuestiones científicas y técnicas de la asistencia prestada.
- El análisis y evaluación de los efectos producidos por la atención prestada al paciente.

En el año 1966, Donabedian formula su conocida estrategia de eva-

luación de la calidad basada en:

- El análisis de la calidad de los medios (Estructura).
- El análisis de la calidad de los métodos (Proceso).
- El análisis de los resultados alcanzados (Resultado).

En 1968, Yehezkel Dror formula su estrategia para la evaluación de la calidad basada en cinco puntos:

- Análisis de los medios (Inputs).
- Análisis de la organización (Estructura).
- Análisis de los métodos (Proceso).
- Análisis de los servicios prestados (Producto nominal).
- Análisis de los resultados (Producto real).

En 1970, De Geyndt establece una estrategia de evaluación de la calidad basada también en cinco puntos:

- Análisis de la Estructura.
- Análisis del Contenido.
- Análisis del Proceso.
- Análisis del Resultado.
- Análisis del Impacto.

En 1971, Williams formula una estrategia de evaluación que se basa en cinco acciones:

- Análisis de la Estructura.
- Análisis del Proceso Diagnóstico.
- Análisis del Resultado Diagnóstico.
- Análisis del Proceso Terapéutico.
- Análisis del Resultado Terapéutico.

En 1974, Doll formula su estrategia basándola en dos acciones concretas:

- Análisis del Proceso (que incluye la Estructura).
- Análisis del Resultado.

En el año 1980, Donabedian realiza una revisión de estas estrategias comparándolas con su formulación en el año 1966 y llega a la conclusión de que todos ellos son variaciones de su formulación **estructura - proceso - resultado**.

Creemos vigente y muy apropiada esta estrategia.

- Análisis de la estructura o valoración de la calidad de los medios.
- Análisis del proceso o valoración de la calidad de los métodos.
- Análisis de los resultados o análisis de la calidad del producto.

• **Análisis de la Estructura**

El método del análisis de la estructura exige el establecimiento de la estructura "prototipo" con quien comparar cada hospital, lo que no siempre resulta fácil ya que cada tipo de hospital exige el correspondiente prototipo, aunque resulta difícil, establecer los "prototipos" correspondientes a cada uno de los tipos de hospital. Condición imprescindible para que el método sirva para el control de Calidad, es que cada hospital debe conocer el prototipo que le corresponde, en el que tiene que estar definidos los objetivos, numéricamente y además para cada prototipo tiene que establecerse un parámetro.

La primera aplicación del método estructural se realizó en los Estados Unidos y es la que dio el nombre a la **Acreditación de Hospitales**. En EUA el proceso se inicia siempre por petición del hospital a la comisión de Acreditación.

• **Cronograma del Programa de Garantía de la Calidad**

Como ya hemos dicho, el Programa de Garantía de Calidad se compone de la **estrategia**, la **estruc-**

tura y el **cronograma**. Este último no es otra cosa que la especificación de lo que hay que hacer a lo largo del tiempo.

Hay cinco preguntas ya clásicas a las que el programa debe dar respuesta:

- **¿Qué hacer?** (listado de acciones a emprender).
- **¿Quién debe hacerlo?** (un responsable por cada acción).

- **¿Cuándo debe hacerse?** (fechas o plazos para la acción).
- **¿Con qué medios va a contarse?** (humanos, materiales, económicos, organizativos, etc.).
- **¿Cómo debe hacerse?** (orientaciones técnicas).

A modo de ilustración mostraremos en la figura siguiente un cronograma imaginario que pudiera servir de guía o de estudio.

ACCIONES	RESPONSABLES	TRIMESTRE				
		1	2	3	4	5
1. Campaña de mentalización y motivación	Expertos					
2. Conferencia de expertos	Control de calidad					
3. Cursos de formación	Control de calidad					
4. Folleto de publicación	Control de calidad					
1. Elaboración de normas para el control	Expertos					
2. Bases para la elaboración	Control de calidad					
3. Anteproyecto	Grupo de trabajo					
4. Proyecto de normas	Gerente					
5. Aprobación de normas	C.A.					
6. Divulgación de normas	Gerente					
1. Planificación	Gerencia					
2. De la acreditación	Control de calidad					
3. De la auditoría (proceso)	Control de calidad					
4. De los resultados	Control de calidad					
1. Gestión - Gerencia						
2. Sesión de trabajo con los directivos	Gerente					
3. Prueba sectorial piloto	Directivos					
4. Definición negociada de los objetivos	Directivos					
1. Control	Gerencia					
2. Sección de trabajo con los responsables	Gerente					
3. Recolección de datos	Control de calidad					
4. Valoración de análisis	Control de calidad					
5. Informes de control de calidad	Control de calidad					

Otros elementos que se deben tener presentes y que no pueden ser ajenos a la confección y puesta en marcha de un programa o plan, es el siguiente:

Presupuesto del Plan de Mejora de la Calidad de la Asistencia Hospitalaria

El Plan de Mejora de Calidad de la Asistencia Médica Hospitalaria, como ya se ha dicho, se basa en la política de calidad y se compone de los objetivos y el programa y el presupuesto. Si no se presupuestan los medios puestos a contribución del programa, no podemos hablar de la

existencia de un plan. Lo que distingue el plan de mejora, del programa de garantía, es el **presupuesto**.

El **presupuesto** no es otra cosa que la valoración económica de los medios puestos a contribución del plan, que sirve para sufragar los gastos que son necesarios contemplarse en el plan, que pudiera ser: contratar personal de expertos en control de calidad, planificadores, además inversiones que pueden ser necesarias para mejorar la estructura.

• **Gestión de la Calidad en el hospital**

- **Los Niveles de Gestión**

Al estructurar un sistema de planificación, gestión y control de calidad en el hospital debe de tenerse en cuenta no sólo los medios de detección de defectos, errores o negligencias en la prestación del servicio a cada paciente, sino todo el entorno constituido por la red de información y las áreas de decisión del hospital.

Como todo sistema, se distinguen tres niveles:

• **Nivel operativo:** donde se realiza el control y análisis de los servicios hospitalarios recibidos por el paciente.

• **Nivel informativo:** donde se recoge la información de los resultados obtenidos, se analizan y se sintetizan.

• **Nivel de gestión:** en donde se comparan los resultados logrados con la "política de calidad" establecida, alcanzando como consecuencia nuevas especificaciones y corrigiendo si procede, los parámetros del sistema de prestación de los servicios hospitalarios.

• **En el Nivel Operativo,** el elemento fundamental del sistema es el equipo de control de calidad del Hospital, al cual se define como

"Equipo" y no como Comité. En algunos países esto se define como Consejo de Evaluación de Calidad (Cuba). En otros países esto se define como Comité de Calidad y en otros no está definido y son grupos de actividades u órganos que se establecen, ejemplo "Comité Auditor". Este equipo que jerarquiza la calidad es multidisciplinario, y forma parte de la organización (trabajadores) que por el puesto que ocupan pueden acceder fácilmente a los datos que definen la calidad de los servicios prestados (Anatomopatólogos, Jefe de Recepción, Jefe de Estadísticas, Administrador, Jefe de Servicios, Jefe de Enfermeras, etc.).

• **El Nivel Informativo**, está constituido por la red que recoge o recolección y trata la información sobre:

Las actividades realizadas por los servicios hospitalarios en relación con el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes (servicios prestados).

Los resultados, diagnósticos y terapéuticos sobre los propios pacientes, así como sus opiniones objetivas (tabulados) sobre los servicios recibidos del hospital (servicios satisfactoriamente prestados).

La información debe ser entregada resumida sintéticamente, para que el nivel superior de gestión pueda fácilmente enjuiciar la eficacia de la calidad lograda (relación entre servicios prestados y correctamente prestados) y las adecuaciones de las especificaciones que se recomiendan, las cuales se basarán en la comparación entre los servicios correctamente prestados y los satisfactoriamente prestados.

• **Aspectos a considerar cuando se confeccione un Programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica**

1. Introducción; 2. Antecedentes y Justificaciones; 3. Principios y Definiciones; 4. Propósitos y Objetivos:

4.1. Propósito; 4.2. Objetivos.

I. Límites

II. Actividades

III. Organización

Establece la Organización que va a tener el programa.

Se define los principales elementos a evaluar en el hospital y se centra en el proceso de atención médica, las intervenciones quirúrgicas, las complicaciones hospitalarias I.H., el manejo de los medicamentos, sangre y hemoderivados, la satisfacción de los pacientes, la utilización del recurso, etc. Se define el órgano encargado de evaluar la calidad que brinde la institución, pudiendo ser el *Consejo de Evaluación de la Calidad, de la Atención Hospitalaria*, que se estructura a partir de los distintos comités hospitalarios, teniendo tantos como sea la complejidad de la atención médica. En hospitales pequeños podía ser sólo el Consejo de Evaluación con uno o dos Comités.

Se recuerda que este órgano es asesor de la Dirección y tiene funciones precisas.

Debe aparecer la estructura orgánica para la Dirección y Control de la Calidad. A medida que el trabajo del Consejo de Evaluación de la Calidad se consolida y se va adquiriendo Cultura de Calidad, se constituyen los círculos de Calidad.

Objetivos, Funciones, Estructura y Normas de los Organos Evaluadores de la Calidad.

Comenzado por el C.E.C. (*Consejo de Evaluación de la Calidad*) así como de todos los comités constituidos.

Los órganos que evalúan la calidad en el hospital pudieran ser:

- Consejo de Evaluación de la Calidad (CEC).
- Comité de Auditoría Médica (CAM).
- Comité de Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria (CEMH).

- Comité de Evaluación de las Intervenciones Quirúrgicas (CEIQ).
- Comité de Evaluación de las Cesáreas.
- Comité Fármaco - Terapéutico y Sangre (CFT y S).
- Comité de Evaluación de la Infección Hospitalaria y Control de las Complicaciones Intrahospitalarias (CEICCIH). (Pudiera ser solo: Comité de Prevención y Control de las Complicaciones Intrahospitalarias - CPCCIH).

También pudiese constituirse el Comité de Evaluación de la Actividad Quirúrgica que evalúa el comportamiento de las cesáreas que sea un solo Comité.

Evaluación del Programa

Se define los niveles que evaluaron el programa.

Se definen las revisiones periódicas y el análisis de la información estadística.

Variables e Indicadores

Se precisarán todos los indicadores a utilizar para medir la calidad de la atención que se brinda, las variables o indicadores que serán o no obligatorios definiéndose estos como:

- *Obligatorios*. Aquellos que deben ser considerados a evaluar por todos los establecimientos.
- *No obligatorios*. Aquellos que deben ser analizados en cada hospital para decidir si se consideran en las evaluaciones o no.

Se define las variables o indicadores del Proceso de Atención Médica, pudiendo hacerse a partir del alta del paciente utilizando el expediente clínico (evaluación retrospectiva).

Existen otras variables que

son importantes medir en Emergencias:

- Consulta externa
- Historia médica anterior y actual
- Del examen físico
- De las consideraciones diagnósticas
- De los medios de diagnósticos
- Calidad de éstos
- Del diagnóstico
- Del tratamiento
- Notas y evaluación médica
- Indicaciones y observaciones del enfermo
- De la confección de la Historia Clínica
- Epicrisis

De la indicación y técnica quirúrgica:

- Del informe operatorio
- De la atención de anestesiología
- Del seguimiento del embarazo
- Del seguimiento del trabajo de parto.
- De la atención al parto y al recién nacido.

Variables del proceso de la atención médica en la evaluación concurrente (mientras el paciente recibe atención). Pueden ser:

- Generales
- Hospitalización
- De consulta externa y urgencia
- De admisión
- De Estadística
- De Archivo
- De Servicio Social
- De Nutrición
- De Limpieza
- Del Manejo de la Ropa
- De Epidemiología

• Variables e Indicadores para la Evaluación de los Resultados de la Atención Médica

Todos los indicadores de resultados.

• Variables e indicadores para el estudio del estado de opinión, y satisfacción de pacientes, familiares y personal de la Institución.

Se debe confeccionar formularios para la evaluación de la Historia Clínica, así como el instructivo para el llenado del formulario para la evaluación de la misma.

Se debe tener en cuenta las propuestas para el reconocimiento económico de los integrantes de los comités definiendo las horas extras que se utilizan en sus actividades, así como contemplar los miembros del Consejo de Evaluación que no sean presidentes de los Comités.

La Evaluación del Programa de Garantía de Calidad debe realizarse en períodos establecidos debiendo estar sujeto a modificaciones de ser posible, con esto logramos los objetivos que será garantizar la calidad de la atención médica, que se brinda en la institución, con la calidad requerida, con el menor riesgo posible y con menos recursos.