Evaluación de la Atención Médica

*Dr. Danilo Castillo Molina**

La evaluación de la Atención Médica puede definirse como la aplicación de instrumentos objetivos de valoración al trabajo efectuado por el equipo médico, reflejado en el Expediente Clínico.

Se trata de un conjunto de procedimientos que deben estar orientados a valorar la calidad de la atención médica con fines estrictamente de mejorar prospectivamente el trabajo integral del equipo médico- que es multidisciplinario- y que necesariamente debe efectuarse en cualquier servicio médico organizado, para obtener una calificación nacional ó internacional.

Internacionalmente se le conoce en algunos países como Auditoria Médica. Nosotros abogamos por el término de Evaluación de la Atención Médica, con el objeto de que no se efectúe una comparación con los procesos contables que frecuentemente tienen un carácter contralor, cuantitativo, frío y que no pocas veces condenan al "auditado" a pagar un tributo a la falta supuestamente cometida por error u omisión.

Debe quedar bien claro, entonces, que la Evaluación de la Atención Médica persigue un objetivo de control de calidad y que idealmente debe producir un efecto de retroalimentación al equipo evaluado a fin de cumplir con su objetivo central y rendir al máximo su eficacia.

En nuestro país se han hecho algunos esfuerzos para implementar la Evaluación de la Atención Médica, siendo el más serio el que se llevó a cabo en el Instituto

Pediatría Jefe del Servicio de Medicina Pediátrica,
Hospital-Escuela.
Profesor Titular III de la Facultad de Ciencias Médicas
de la UNAH.

Hondureño de Seguridad Social que dio inicio en el año de 1981 con la creación de la Comisión de Evaluación de la Atención Médica; hoy lamentablemente dispersa y fraccionada.- Fue el Í.H.S.S. la primera institución en enviar al I.M.S.S. de México el primer contingente de cuatro médicos a entrenarse en esa doctrina por un período de dos semanas en 1978.- Unas de las causales que han impedido la difusión de la Evaluación de la Atención Médica han sido: por un lado la carencia de personal capacitado en tal doctrina a nivel nacional y, por otro lado, seguramente el rechazo de los profesionales de la medicina hacia un proceso que podría condicionar, en forma equivocada, sanciones en su contra.

Debemos dejar claramente establecido que es indispensable garantizar al equipo de salud que la evaluación de su trabajo es formativa y que lejos de producir sanciones producirá estímulos, aunque estos hayan permanecido ausentes en nuestros medios de trabajo por largo tiempo.

En suma, el objetivo actual del proceso es promover la superación constante de cada uno de los miembros del equipo de salud y una vez consolidado, promover estímulos particulares de parte de la Institución para la cual se labora. Es necesario recordar que: "El hombre es animal de estímulos".

Desde nuestro punto de vista, el establecimiento de Normas Administrativas y Técnicas y la instauración de un proceso de evaluación confiable, aunado a la disciplina necesaria en el trabajo es, desde el punto de vista del recurso humano, uno de los mejores planteamientos de solución al proceso involutivo que

actualmente viven la mayoría de las instituciones de salud de nuestro país.

Lo ideal en un buen sistema de evaluación es la discusión de los resultados (retroalimentación) con el personal evaluado, a fin de producir las correcciones necesarias, al mismo tiempo que se implementan las correcciones administrativas que influyen en la calidad final de nuestro producto: "una buena atención médica".

Es necesario que la Administración de la unidad conozca de primera mano y de viva voz del personal evaluado, las "dificultades" encontradas por este en el desempeño de sus funciones y que necesariamente gravitan en contra de una atención médica de calidad, oportuna y de bajo costo.

Lo anterior, producirá la comunicación necesaria para que se desarrolle un proceso administrativo eficiente y oportuno, tan necesario en nuestro ambiente ya que la mayoría de nuestros administradores no son expertos en la materia médica.

En nuestras Unidades de Salud, sus dirigentes, le tienen temor a la creación u organización de nuevos organismos - llámense servicios o comités - por el crecimiento burocrático que toda unidad condiciona, sin embargo la evaluación de la Atención Médica debe hacerse con el personal médico y paramédico de la misma institución, el que debidamente concientizado y entrenado, podría dedicarse a tiempo parcial o total, según el tamaño y necesidades de la unidad de salud. Un número de tres evaluadores es una cifra ideal para comenzar el trabajo.

Es necesario hoy día convencer a los dirigentes de nuestro sistema de salud que la eficacia y eficiencia de la labor de un equipo de salud no se puede medir con un reloj marcador en la entrada de la oficina y cuidado por vigilantes a tiempo completo. Los relojes no evalúan calidad ni cantidad y los vigilantes frecuentemente necesitan quien los vigile, a su vez, en nuestro medio ambiente, donde hay mucha corrupción.

En la medida de que todo proceso de evaluación mide "normas", es necesario que en forma previa o simultáneamente se vayan elaborando las Normas que el mismo equipo de salud ha producido en base a su experiencia y conocimiento.

Cuando hablamos de normas, nos referimos a las normas de: Organización y Funciones, Procedimientos Administrativos, Atención Médica, etc., que constituyen la columna vertebral de una Sala, Servicio u Hospital. Es obvio decir que las normas deben constituir un compromiso del equipo de salud, tanto en su formulación como en su estricto cumplimiento y que deben estar permanentemente disponibles para su consulta por el personal subalterno. -"Sin normas no se puede orientar el éxito de ninguna institución".

En el desarrollo del proceso evaluativo, el equipo a evaluarse debe conocer ampliamente las "leyes del juego", a fin de que tenga la oportunidad de enriquecer el proceso.

Idealmente cada unidad deberá proceder a su auto evaluación, empleando el mismo instrumento diseñado por la Comisión Evaluadora ó adaptándolo a sus propias necesidades y características.

La experiencia nos indica que la divulgación del sistema y el conocimiento del mismo por el equipo de trabajo, producen una mejoría ostensible en la cantidad y calidad del trabajo realizado prospectivamente.

Lo anterior puede ser afirmado gracias a nuestra experiencia al poner en vigencia el proceso en el Consultorio Central del I.H.S.S. en el año de 1981. En Honduras hay personal entrenado en esta disciplina, pues el I.H.S.S. en 1978 envió a México al I.M.S.S. cuatro médicos, los que adquirieron una formación adecuada y trajeron al país toda la información necesaria para iniciar tan necesaria labor.

En 1981 se concretó la creación de la "Comisión de Evaluación de la Atención Médica" en el I.H.S.S. con los elementos que se formaron en México y actualmente todavía se encuentra vigente; aunque ignoramos si cumple con los objetivos originales.- Información reciente nos afirma que dicha Comisión se ha fraccionado ubicando a sus miembros en diferentes Unidades médicas; lo que a nuestro juicio es un error ya que se pierde la labor de equipo, indispensable para un buen desempeño.

De acuerdo a nuestros conocimientos adquiridos en diferentes cursos, tanto nacionales como fuera del país y especialmente en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, y basados en nuestra ya larga experiencia en el

Hospital Materno Infantil, propusimos a la Dirección General del Hospital Escuela el siguiente instrumento de evaluación que hemos simplificado al máximo para que pueda ser empleado en cualquier Unidad de Salud del país:

I. **PRESENTACIÓN DEL EXPEDIENTE:** Puntaje máximo 5%. Deberán calificarse los siguientes parámetros:

- a) Orden del expediente Clínico según norma establecida
- b) Legibilidad de la letra
- c) Fijado de exámenes en la hoja respectiva y en la forma cronológica
- d) Colocación de las hojas de evolución en forma cronológica
- e) Ubicación del contenido del expediente de acuerdo a las normas establecidas
- f) Hoja de estadística llenada en forma completa especialmente en lo referente a: Nombre del paciente, persona responsable y dirección exacta de su vivienda.

II. **HISTORIA CLÍNICA:** Puntaje máximo 30%. Calificará lo siguiente:

- a) Anamnesis elaborada en forma académica
- b) Examen físico completo haciendo hincapié en las constantes físicas: Peso, Talla, Perímetro Cefálico, FR., FC., PAT. etc.
- c) Diagnósticos:
Deben estar completos y colocados en orden de importancia. Diagnósticos diferenciales
Análisis de los diagnósticos de acuerdo a problemas ó síndromes.

III. **NOTA DE INGRESO:** Puntaje Máximo 20%

- a) Debe contener el análisis de los elementos encontrados en la Historia clínica
- b) En ningún momento deberá ser repetitiva de la historia clínica principal.
- c) Debe contener Nota de Ingreso del Residente y del Especialista de la Sala ó el Vto. Bo.de éste.

IV. **ORDENES DE INGRESO:** Puntaje máximo 10%

- a) Análisis y justificación de las mismas
- b) Excesos en la indicación
- c) Deficiencias en la indicación

- d) Oportunidad del cumplimiento de las mismas
- e) Deberán estar de acuerdo a lo establecido en el Manual de Procedimientos del Departamento.

V. **TRABAJO DE ENFERMERÍA:** Puntaje máximo 15%

- a) Análisis del contenido de las notas de enfermería
- b) Análisis de la Hoja de Medicamentos
- c) Análisis de la Hoja de Temperatura, Peso, Ingesta y excretas según el caso
- d) Cumplimiento oportuno de las órdenes establecidas por el personal médico y de enfermería.

VI. **NOTAS DE EVOLUCIÓN MEDICA:** Puntaje máximo 10%

- a) Análisis del contenido de las mismas, deberán referirse a los problemas presentes en el paciente, complicaciones, mejoría.- En ningún caso podrán ser estereotipadas.
- b) Comentario de los exámenes de laboratorio y gabinete según su orden cronológico de llegada al expediente.
- c) Cambios de conducta de acuerdo a la situación del paciente y resultados de análisis.
- d) Ínter consultas su oportunidad de cumplimiento.

VI **EPICRISIS O MORTALIDAD:**
Puntaje máximo 10%

Epicrisis:

- a) Elaboración completa de la misma
- b) Nota de referencia y contra referencia
- c) Entrevista con los familiares

Mortalidad:

- a) Analizar las posibles causas de muerte
- b) Evaluar los aciertos vrs .los desaciertos que pueden haberse cometido en el manejo del paciente y que hayan contribuido a su fallecimiento.
- c) Establecer si se verificó autopsia o no, en este último caso explicar la razón de porque no se hizo.

Como puede verse, el puntaje total arroja un 100% el cual puede interpretarse de la siguiente manera:

Más importante que la calificación obtenida en el análisis del expediente, es hacer una revisión conjunta o a posteriori con el equipo evaluado.

Deben analizarse varios expedientes escogidos al azar o mejor siguiendo la Tabla de Números Aleatorios, a fin de obtener el menor porcentaje de datos influenciados por causas ajenas al sistema.

Insistimos sobre manera en la evaluación conjunta con el grupo evaluado o la persona evaluada, para producir la necesaria retroalimentación al personal y al mismo tiempo generar confianza en el sistema.

La decisión de los resultados de la evaluación cuando menos acarreará los siguientes beneficios inmediatos al proceso:

- a.- Confianza en el sistema
- b.- Aceptación del mismo
- c.- Auto evaluación permanente
- d.- Justificación de variables que pudieran influenciar resultados negativos:
 - Administrativos
 - Docentes
 - Materiales (carencia)
 - Equipos (carencia)
- e.- Desarrollo de la autoestima
- f.- Identificación del equipo con su unidad de trabajo

En forma simplificada, como un ejemplo, el instrumento de evaluación podría quedar de la siguiente manera:

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL
ESCUELA DE TEGUCIGALPA, HONDURAS
AUDITORIA DE EXPEDIENTE CLINICO

Elaborado por el Dr. Danilo Castillo M.
Jefe del Serv.Med.Ped.

HOJA DE CALIFICACION

Expediente No. _____

Sala: _____

Fecha de Análisis: _____

Puntaje Obtenido: _____

	PUNTAJE MAXIMO	PUNTAJE OBTENIDO
I. Presentación del Expediente	5%	
II. Historia Clínica	30%	
A. Anamnesis (10%)		
B. Examen Físico (10%)		
C. Diagnóstico (10%)		
III. Nota de Ingreso a Sala	20%	
IV. Ordenes de Ingreso	10%	
V. Trabajo de Enfermería	15%	
VI. Notas de Evolución Médica	10%	
VII. Epicrisis ó	10%	
VIII. Análisis de Causas de Muerte		
PORCENTAJE TOTAL.....	100%	
Discutido con el Personal de Sala		SI NO

Observaciones y Recomendaciones: _____

DE LA COMISIÓN EVALUADORA

Con el presente trabajo no creemos haber agotado el tema ni mucho menos, quedamos pendientes de exponer nuevos puntos de vista que aporten algo positivo al quehacer fundamental del equipo de salud: Atención Médica Integral, oportuna, de buena calidad y de costo razonable.