

Introducción de la evaluación del grado de desarrollo de los servicios médicos en un hospital cubano. Metodología y resultados

Alfredo Darío Espinosa-Brito^a, Luis Gustavo del Sol-Padrón^a, Frank Carlos Álvarez-Li^b, Juan Francisco Rocha-Hernández^b y Pedro Ovidio Ordúñez-García^a

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

^bUnidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. Cuba.

Correspondencia: Dr. A.D. Espinosa Brito.

Calle 51-A y Avenida 5 de Septiembre.

Cienfuegos, 55 100. Cuba.

Correo electrónico: espinosa@gal.sld.cu

Resumen

Objetivos: Diseñar y aplicar una metodología para evaluar el grado de desarrollo integral de los servicios médicos hospitalarios.

Material y método: Durante los meses de agosto y septiembre de 2004 se planificó y llevó a cabo una investigación en servicios de salud. Después de varias "tormentas de ideas", mediante el método de juicio grupal ponderado, y por aproximaciones sucesivas, se identificaron 10 factores que se consideraron relacionados con el grado de desarrollo de cada servicio. Se confeccionó y aplicó un formulario, aprobado por 10 jueces seleccionados, y cada factor o acápite se calificó de 0 a 10 puntos. Se hicieron 3 evaluaciones independientes: una autoevaluación por el jefe de servicio, una por el subdirector correspondiente y otra por un experto designado. Se obtuvo un promedio de las 3 que se tomó como la definitiva.

Resultados: Se logró diseñar una nueva metodología fundamentada para evaluar integralmente cada servicio médico del hospital. Se aplicó exitosamente y se presentan los resultados parciales y finales de 36 servicios asistenciales. El rango de calificación osciló entre 53,4 y 89,6 puntos, lo que refleja que el método discrimina objetivamente lo que antes se hacía de modo subjetivo. En la división por cuartiles, las puntuaciones observadas fueron: 8 servicios en 89,9-80,6; 18 servicios en 80,6-71,5; 5, en 71,5-62,4, y 5, en 62,4-53,4 puntos.

Conclusiones: La metodología original, diseñada y aplicada en el hospital, constituye una herramienta útil, flexible, barata y fácil de aplicar, permite programar actividades específicas para el mejoramiento continuo de cada servicio, según sus características particulares.

Palabras clave: Evaluación de servicios. Desarrollo de hospitales. Calidad hospitalaria.

Abstract

Objectives: To design and apply a comprehensive methodology for the evaluation of hospital medical departments.

Material and method: During August and September, 2004, research into medical departments was planned and carried out. After several brainstorming sessions and weighting the group's ideas by successive approximations, 10 factors were identified as being related to the level of development of each of the departments. A form was designed, which was approved by 10 selected experts, and each factor was evaluated on a scale of 0-10 points. Three independent evaluations were performed: a self-evaluation by the head of department, a second evaluation by the corresponding deputy director and a third by a designated external expert. The average of the three evaluations was considered as the final or conclusive evaluation.

Results: A new methodology was outlined for a comprehensive evaluation of each medical department in the hospital. This methodology was successfully applied and partial and final results of the 36 medical departments were presented. The range of scores obtained was between 53.4 and 89.6 points, reflecting the methodology's discriminatory power. When the final scores were divided by quartiles, eight departments scored between 89.9 and 80.6 points, 18 departments between 80.6 and 71.55 points, five departments between 71.5 and 62.4 points, and five departments between 62.4 and 53.4 points.

Conclusions: This original methodology, designed and applied in the hospital, is a useful, flexible, cheap and easy-to-apply tool for evaluating the level of development of medical departments. This methodology allows specific activities for the continuous improvement of each department to be planned, according to their particular characteristics.

Key words: Department evaluation. Development of services. Hospital quality.

Introducción

A partir de la publicación, hace más de una década, de las tasas de mortalidad en los hospitales de Estados Unidos, se suscitó una amplia polémica. Desde entonces se puede conocer públicamente el *ranking* de los hospitales norteamericanos mediante este importante indicador¹. En 1998, el National Health Service británico publicó por primera vez, en internet, los indicadores del desempeño hospitalario por centros individuales². Luego, en España se introdujo la tecnolo-

gía de los Top 20 2000, para seleccionar los "mejores hospitales" de ese país³. A todos estos trabajos se les han señalado ventajas y limitaciones.

Sin embargo, no hemos encontrado referencias específicas al desarrollo integral de los servicios médicos, como "células" fundamentales de las instituciones hospitalarias, a no ser la literatura referente a la acreditación (con gran énfasis en los elementos estructurales), tanto asistencial como de áreas docentes, así como la relacionada con el control de calidad de la atención de la salud⁴.

Todo lo referido anteriormente ha sucedido principalmente en países muy desarrollados en los últimos años, con el pretexto de dar respuesta a la creciente presión de los ciudadanos-usuarios de conocer la calidad de los servicios que reciben. Pero este asunto tiene también otras lecturas, entre las que se encuentran: aspectos comerciales, los intereses de los financistas y de las aseguradoras, el creciente coste de la asistencia médica, las pugnas entre el sector privado y el sector público^{4,5}, las organizaciones de revisión de la utilización de servicios (*utilization review organizations*)⁶, todos elementos muy distantes del contexto sociosanitario cubano.

El Sistema Nacional de Salud de Cuba –estatal y público– garantiza una asistencia gratuita, accesible y equitativa a toda la población, y sus unidades asistenciales –con énfasis en los hospitales– están involucradas en un proceso continuo de perfeccionamiento de los servicios que brindan⁷⁻⁹.

La conceptualización del hospital como un sistema, en el que cada parte está muy interrelacionada con las demás, y recordando la frase de que “la cadena es tan fuerte como su eslabón más débil”, presupone la gran interrelación que existe entre sus servicios médicos. A pesar de estar conscientes de esta realidad, nos propusimos evaluar el grado de desarrollo alcanzado por los servicios médicos, vistos cada uno de ellos como entidades “aisladas” del resto. El propósito de esta presentación es divulgar el procedimiento metodológico seguido –y su fundamentación–, para la evaluación del grado de desarrollo integral de los servicios médicos hospitalarios, a partir de cuyos resultados se pudiera proyectar una serie de actividades para mejorar el desarrollo de cada servicio, de acuerdo con su situación, las brechas y las potencialidades que se identifiquen.

Material y método

El escenario es el Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, Cuba. Se trata de un hospital general y universitario que tiene todas las especialidades médicas, excepto cirugía cardiovascular y trasplantología, para atender una población de 400.000 habitantes de la provincia de Cienfuegos, que se ubica en el centro-sur de Cuba. La institución contaba al cierre del año 2005 con una plantilla de 2.400 trabajadores agrupados en 36 servicios médicos y técnicos de apoyo a la asistencia médica.

Se trata de un estudio descriptivo, que se planificó y en el que se llevó a cabo una investigación en servicios de salud, mediante métodos cualitativos y cuantitativos, durante agosto y septiembre de 2004. Al no contar con instrumentos estandarizados para los fines propuestos, tuvimos que asumir la confección de un instrumento (formulario) que se adecuara a nuestras realidades.

Después de varias “tormentas de ideas” coordinadas por los autores de este trabajo, con participación de 10 especialistas seleccionados entre los más calificados del hospital, y mediante aproximaciones sucesivas, a través del método de juicio grupal ponderado, se identificaron 10 factores que se consideraron relacionados con el grado de desarrollo de los servicios hospitalarios. Estos fueron: historia, clima, especia-

listas, líderes, valores, docencia, ciencia, trabajo, recursos y satisfacción.

Se elaboró un instrumento evaluativo original, donde se incluyeron los 10 factores que se consideraron probablemente relacionados con el grado de desarrollo de cada servicio. A partir de esos factores, se confeccionó un formulario y a cada acápite se le dio una puntuación entre 0 y 10 puntos. El formulario, así diseñado, se sometió al criterio de 10 jueces, seleccionados como expertos, también entre especialistas prestigiosos y con experiencia suficiente de trabajo en el centro que, de hecho, se convirtieron en colaboradores del trabajo, al participar activamente en los pasos posteriores, y así se obtuvo la versión final del instrumento, que posteriormente se aplicó en cada servicio (anexo 1).

Se explicó detalladamente el propósito del estudio y su metodología a los colaboradores seleccionados, los subdirectores y los jefes de los servicios analizados.

Los jefes de cada servicio proporcionaron los datos necesarios para completar la información correspondiente en varios acápites del formulario elaborado, sobre todo, los índices e indicadores relacionados con las características de los especialistas y profesores. Se pidió a cada subdirector que, igualmente, evaluara cada uno de sus servicios a ciegas (sin conocer los resultados de las autoevaluaciones) y, por otra parte, los expertos valoraron servicios con los que tuvieran relaciones de trabajo y/o conocimientos sobre la labor que desempeñan. De este modo, se hicieron tres evaluaciones independientes en cada caso: una autoevaluación por el servicio, una por el subdirector correspondiente y otra por el experto designado.

Para el análisis estadístico se introdujo toda la información obtenida en una base de datos automatizada que se diseñó para el estudio. Se promediaron las calificaciones otorgadas en cada acápite por el servicio correspondiente, el subdirector y el experto, y se obtuvo una calificación total por cada acápite (sobre 10 puntos cada uno) y una final, general (sobre 100 puntos) para cada servicio. Se agruparon los resultados generales de cada servicio en cuartiles. Se presentan los resultados por servicios en forma de gráficos de barras (una para cada aspecto estudiado y para cada una de las evaluaciones realizadas), para su mejor comprensión.

Fundamentación y trascendencia del método: cuando analizamos los factores que se consideraron en nuestro estudio como que han influido en el desarrollo alcanzado por cada uno de los servicios del hospital, consideramos que se pueden resumir en 6 grupos, rememorando “otras” determinantes muy afines a nosotros –las del estado de salud de la población^{10,11}: modo de vida, condiciones de vida, estilos de vida, medio ambiente, factores biogénéticos y organización de los servicios. (Estas ideas fueron elaboradas por el autor principal, pero consensuadas y matizadas con las opiniones del resto de los autores y colaboradores.)

– Modo de vida: entendido como el contexto general de la sociedad, el Sistema Nacional de Salud. El desarrollo y el prestigio de las especialidades médicas en Cuba –como sucede en prácticamente todos los países– ha sido heterogéneo a lo largo del tiempo y, por supuesto, se mantiene en los mo-

mentos actuales, cada una con su historia y realidad. Esto se expresa de maneras muy diversas: prestigio nacional e internacional, cohesión de los especialistas, intercambios, celebración de congresos y eventos científicos, publicaciones, textos, etc., en fin, la “vida interna” de cada especialidad. “Nadie puede dar lo que no tiene.” Hay grupos nacionales o sociedades científicas que se han interesado menos por conocer el estado en que se desenvuelven los servicios de sus especialidades en las diversas instituciones del país. Otros, todo lo contrario, son ejemplo de un intercambio fructífero y sistemático (fig. 1).

– Condiciones de vida: el desarrollo actual de un servicio médico depende mucho del desarrollo evolutivo alcanzado por el hospital como un todo y, sobre todo, por cada uno de los servicios en particular (“los grupos”), de la consolidación (o no) de una “escuela”, de un colectivo, de una línea y de haber visto hacer bien (o no) las cosas. Hay formas de trabajo, costumbres, valores y enfoques (buenos y malos) que se adquieren casi por “ósmosis” en los servicios. El espíritu colectivo, la solidaridad entre los miembros de un servicio, el sentido de pertenencia y el humanismo de la profesión vivido con naturalidad son elementos a tener siempre muy en cuenta, difíciles de cuantificar, pero cuya existencia tanto se agradece y se debía estimular. Esto no se aprende en los libros, revistas, computadoras o vídeos. Sencillamente, se vive¹²⁻¹⁴.

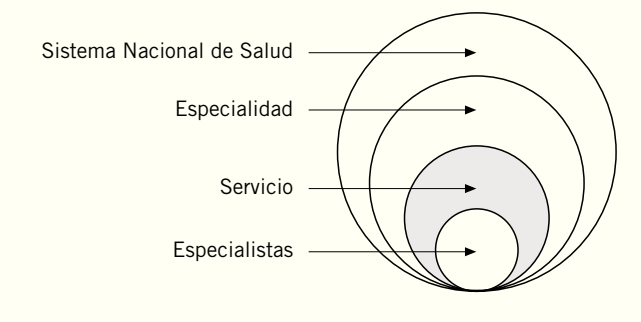
– Estilos de vida: las características personales, en el sentido más amplio, de los especialistas (“los individuos”) que componen los servicios, incluido cómo iniciaron la carrera y la residencia, su formación integral, índice académico, motivaciones, expectativas, sus estilos de trabajo, calificación técnica, categoría docente, etc., constituyen otros aspectos muy importantes, en fin, su situación actual y la potencialidad futura. La calidad de las personas es determinante en cualquier obra humana. El desarrollo de un servicio hospitalario no es la excepción⁴. Es muy difícil alcanzar buenos resultados en un servicio cuando se ha admitido como residentes en la especialidad (por diferentes causas, incluso necesidades asistenciales perentorias u otras) a candidatos que no reúnen todos los requisitos integrales, lo que es más complicado cuando son especialidades típicamente de hospitales, donde necesariamente tendrán que trabajar cuando finalicen

su capacitación. La idoneidad es un aspecto clave en el proceso de selección de los futuros profesionales y especialistas. Los errores, en este momento crucial, se pagan en años. Hay especialidades en las que los médicos no alcanzan su pleno desarrollo hasta 10 años o más de práctica profesional fructífera y continuada, aun tratando de acelerar el “proceso de maduración”. Además, se ha dicho que: “en medicina, los conocimientos están en la literatura médica (en libros, revistas, vídeos, computadoras, etc.) y pueden aprenderse en ausencia del paciente y sin el auxilio de maestros. Pero las habilidades sólo se pueden aprender y perfeccionar trabajando acuciosamente con los enfermos y únicamente pueden transmitirse de persona a persona”¹³⁻¹⁵. En algunas especialidades surgen otros interrogantes más trascendentes: ¿dónde están los maestros? ¿Es lo mismo maestro que consultante? ¿Mantiene actualidad la relación maestro-aprendiz?¹⁶. Si es así, ¿está claro cómo lograrla o perfeccionarla?

– Medio ambiente: estimamos que en este aspecto influye mucho el ambiente hospitalario y del servicio, el macroclima y el microclima laboral, es decir, la voluntad de las autoridades de promover institucionalmente el desarrollo de cada servicio, de propiciar la superación, de apoyar en los puntos vulnerables, de evaluar el progreso y de estimular con incentivos a los mejores, con todos y para todos. Este ambiente no se vive (o no se respira) de igual manera, en el día a día, en cada colectivo y en cada servicio y, además, éstos no lo asumen de manera homogénea, por lo que se consideró como otro elemento a tener en cuenta en el grado de desarrollo que cada servicio alcanza en un momento determinado.

– Factores biogenéticos: de nuevo se refiere a la composición de los servicios, según las personas, por ejemplo, según grupos de edad. Hay servicios que no tienen claros sus relevos, o que un grupo significativo de sus integrantes ha envejecido sin haber logrado un desarrollo profesional importante y que no califican para verdaderos consultantes en el futuro^{16,17}. Sin que sea discriminatorio, ni mucho menos, pueden influir también el sexo y las discapacidades laborales, sobre todo en algunas especialidades. La “genética” de los servicios tiene que ver con la herencia que traen de los últimos 47 años. Por otra parte, hay servicios que en el pasado fueron prestigiosos y que han perdido a un grupo de especialistas muy calificados en relativamente pocos años, por diversas causas. Hay servicios que tienen especialistas cuya potencialidad para superar su competencia y desempeño, cuando se valoran objetivamente, no es mucha¹⁷. Pero, atención, esta situación no está reñida con que haya un grupo no pequeño de compañeros que tienen una larga historia de trabajo abnegado, constante, hábiles en las destrezas de sus especialidades, que no cometen errores, que conocen sus limitaciones y que son muy bien reconocidos por sus pacientes y colegas, pero que no saben (ni les interesa) escribir un artículo científico o participar en una mesa redonda de un congreso nacional de su especialidad y menos hacer una tesis de maestría, pero que muchos de nosotros quisiéramos que atendieran a nuestra familia o que les informaran un examen complementario en caso de estar enfermos. Esos profesionales son muy importantes en las labores asistenciales básicas de sus servicios.

Figura 1. Relaciones entre el Sistema Nacional de Salud, la especialidad, el servicio y los especialistas.



– Organización de los servicios: la estructura, los recursos humanos y materiales, incluidos la tecnología, los equipos de todos tipo, reactivos, medicamentos, etc., son también importantes. La posibilidad de interconsultar casos con especialistas de niveles similares o superiores, enviar a centros de referencia a pacientes para atenderse o personal para capacitarse o a intercambios son también reflejo del desarrollo y las relaciones alcanzados por los servicios. Asimismo, es importante la calidad de los planes de trabajo y sus protagonistas (asistenciales –desde la guardia hasta la sala, el quirófano o las consultas–, docentes, de investigación y responsabilidades administrativas) y su desarrollo, donde el trabajo se distribuya según su calificación, el aprovechamiento máximo de las condiciones de cada especialista para cada tarea, la autonomía deseable que el servicio debe tener y los buenos resultados estables (sin ser estáticos), combinados con soluciones innovativas que respondan a los cambios dinámicos del contexto hospitalario en todos los sentidos. En todo esto, es trascendente el liderazgo integral del jefe de servicio, sus sustitutos y sus “reservas”, con autoridad legal y de prestigio combinadas, entre sus subordinados y el resto del hospital. Finalmente, el estado político-moral de cada servicio, como expresión sintetizada, se manifiesta, entre otros aspectos, en: la satisfacción de pacientes y familiares (incluida la falta de quejas), el prestigio ante otros servicios, trabajadores (especialmente su personal de enfermería y sus técnicos) y estudiantes, organizaciones políticas y sindicales, el reconocimiento del nivel nacional de la especialidad, publicaciones, premios obtenidos en docencia, investigaciones y participación en eventos científicos. Con una visión integrada, partimos también de la asunción que existen estrechas relaciones entre el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, la especialidad, el servicio y los especialistas (fig. 1). En este trabajo, el objeto de nuestro estudio fue, según ya hemos visto, el servicio.

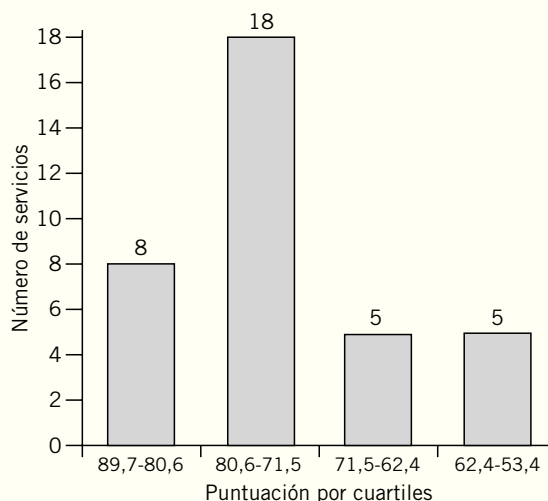
Resultados

Se evaluaron 36 servicios en total. Ellos fueron: alergia, anatomía patológica, anestesiología, angiología, cardiología, centro provincial de emergencias médicas, cirugía general, cirugía reconstructiva y quemados, coloproctología, cuidados intensivos, cuidados intermedios, dermatología, endocrinología, gastroenterología, geriatría, ginecoobstetricia, hematología, imagenología, laboratorio clínico, maxilofacial, medicina interna, medicina legal, microbiología, nefrología, neonatología, neurocirugía, neurología, oftalmología, oncología, otorrinolaringología, ortopedia, oxigenación hiperbárica, psicología, psiquiatría, rehabilitación y urología.

La puntuación final de los servicios osciló entre 53,4, la más baja, y 89,4, la más alta. En la división por cuartiles, se obtuvieron las siguientes puntuaciones generales: 8 servicios entre 89,9 y 80,6; 18 servicios entre 80,6 y 71,5; 5, entre 71,5 y 62,4, y 5, entre 62,4 y 53,4 (fig. 2).

Se entregaron a cada servicio los resultados en forma gráfica de las evaluaciones realizadas, de las cuales se anejan dos como ejemplos, las de menor y mayor puntuaciones (figs. 3 y 4).

Figura 2. Evaluación de los servicios médicos según desarrollo general estimado (número de servicios por cuartiles). Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, 2004.



Discusión

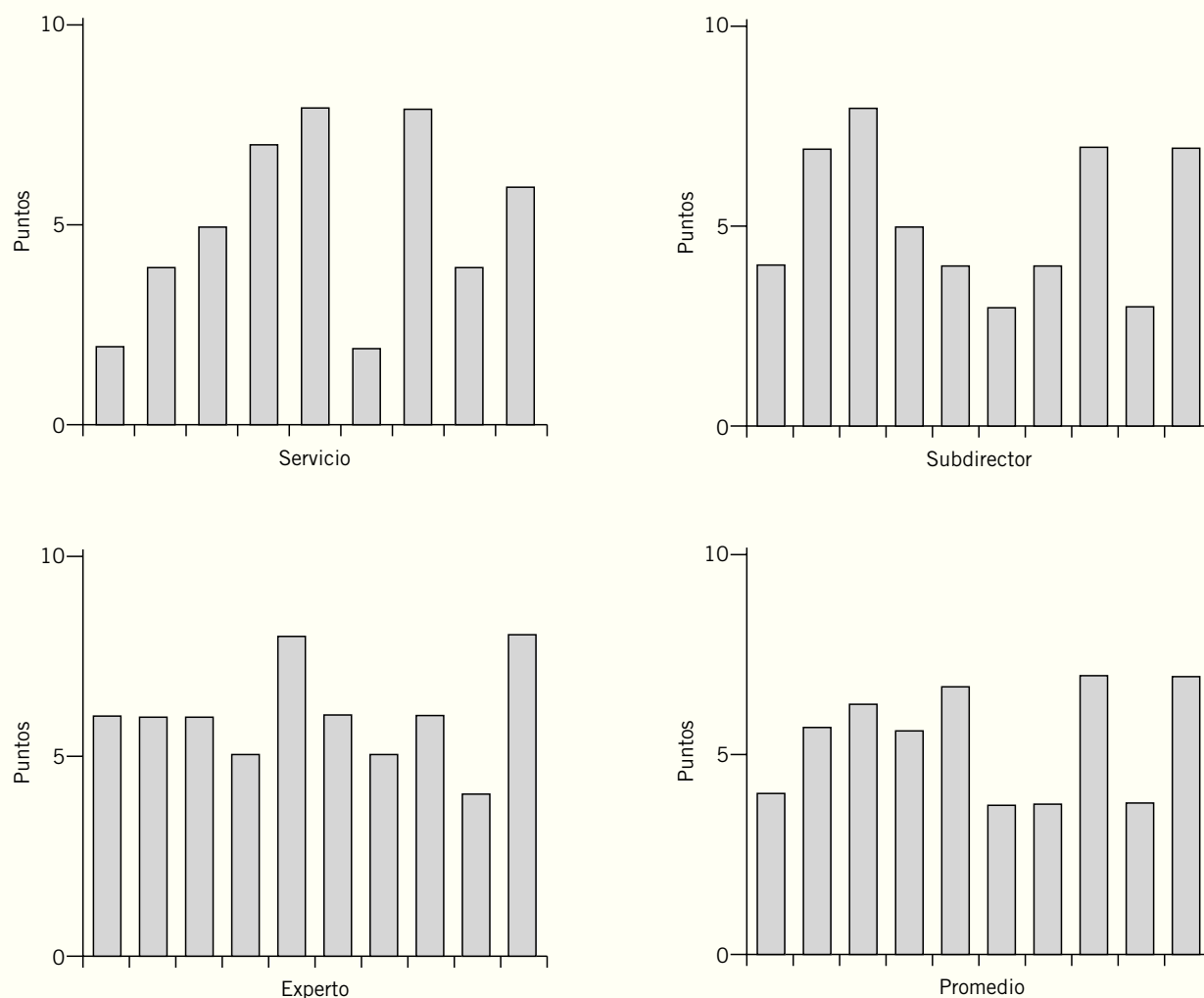
La evaluación siempre tiene un componente subjetivo. De ahí la necesidad de contar con instrumentos auxiliares, que permitan evidenciar lo más claramente posible las diferencias que se puedan producir entre elementos similares, en el caso que nos ocupa, los servicios médicos hospitalarios de nuestro centro.

Cuantificar lo cualitativo es una tendencia que el positivismo ha introducido en las investigaciones que evalúan los servicios de salud. Aunque siempre es un riesgo, asumimos que los beneficios de este estudio son mayores que las imprecisiones que se puedan derivar de él. Hay una frase en epidemiología que dice: “Cuando no hay datos sobre algo, los que se tenga son mejores que ninguno”. De aquí la necesidad de seguir perfeccionando constantemente los métodos de evaluación de nuestros servicios y la perenne inconformidad con lo que hacemos, para hacerlo mejor cada vez¹⁷.

El hecho de haber incluido a los jefes de los servicios, a un grupo de especialistas de cada servicio, los subdirectores y especialistas seleccionados como expertos posibilitó en nuestro caso que muchos profesionales se involucraran activamente en la investigación y que se incluyeran criterios muy atinados de diversas personas, resultado que consideramos como un valor añadido muy apreciable. La participación activa multidisciplinaria e interdisciplinaria de todos es importante cuando promovemos el desarrollo de cualquier actividad humana, también en los servicios médicos.

Como resultado concreto final, obtuvimos una línea de base con la evaluación general de cada servicio, que antes no teníamos ni hemos encontrado descrita de esta forma en la literatura revisada. Al haber identificado de una manera homo-

Figura 3. Autoevaluación, evaluaciones del subdirector y del experto y promedio del servicio médico con menor puntuación* general de las evaluaciones. 2004.



*Promedio general, 53,4 puntos

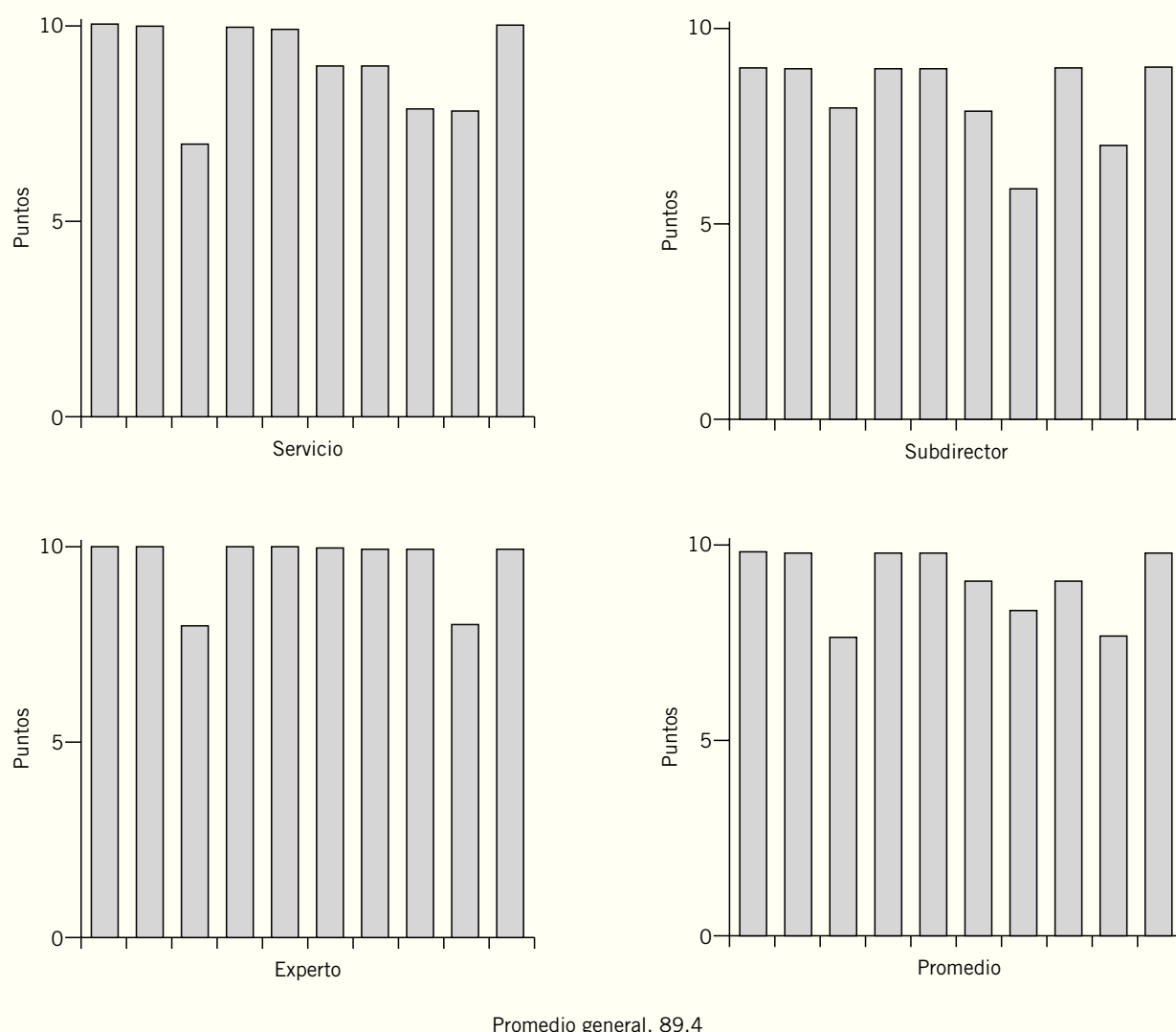
Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. El orden de la barras de izquierda a derecha se corresponde con los factores de evaluación que se presentan en el anexo 1.

génea las fortalezas y las debilidades en cada colectivo, se han puesto en evidencia las necesidades no sólo de recursos, docentes y organizativas en cada caso, sino también culturales, espirituales, históricas y psicológicas, que habitualmente no se tienen en cuenta en los indicadores o elementos convencionales de la evaluación de los servicios. Toda esta información ha servido para la elaboración de nuevos planes de acción, con el propósito de solucionar las dificultades encontradas, así como estimular y divulgar los logros alcanzados y darles seguimiento en el tiempo, en busca de la excelencia de cada uno y de la institución como un todo.

Como conclusión cabe mencionar que la metodología diseñada, y aplicada en nuestro hospital desde septiembre de

2004, ha constituido una herramienta útil, flexible, barata y fácil de aplicar, que identifica de una manera homogénea las fortalezas y las debilidades en cada colectivo, y facilita programar actividades específicas en cada uno de ellos, según sus características propias. Adicionalmente, la inclusión en la investigación de los jefes de los servicios, los subdirectores médicos y un grupo de especialistas de cada servicio –algunos de ellos seleccionados como expertos– posibilitó que muchos profesionales intercambiaran criterios muy atinados sobre el desarrollo de los servicios médicos del hospital en un ambiente favorable, al involucrarse activamente en nuestra investigación, resultado que consideramos como un valor añadido muy apreciable.

Figura 4. Autoevaluación, evaluaciones del subdirector y del experto y promedio general del servicio médico con mayor puntuación. 2004.



Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. El orden de la barras de izquierda a derecha se corresponde con los factores de evaluación que se presentan en el anexo 1.

Agradecimientos

Este estudio se ha realizado gracias a la colaboración de los siguientes profesionales: Dr. Ángel J. Romero Cabrera, Dr. Moisés Santos Peña, Dr. José Luis Bernal Muñoz, Dr. Jorge Barleta del Castillo, Dr. Roberto Pérez González, Dr. Arturo Pérez de Villamil Álvarez, Dr. Osmel Chávez Troya, Dr. Marcos Iraola Ferrer, Dra. Evangelina Dávila Cabo de Villa y Lic. Marianela Fonseca Fernández.

Bibliografía

1. Solucient Top Hospitals. 100 Top Hospitals Study Results and Information Products, 2006 [citado Mar 2006]. Disponible en: <http://www.100tophospitals.com/reports/intro.asp>
2. Neil DA, Clarke S, Oakley JG. Public reporting of individual surgeon performance information: United Kingdom developments and Australian issues. *Med J Australia*. 2004;181: 266-8.
3. García-Eroles L, Illa C, Arias A, Casas M. Los Top 20 2000: objetivos, ventajas y limitaciones. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:107-16.
4. Ramos BN. Control de calidad de la atención de salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2004.
5. Fernández JA. Los componentes de la práctica clínica. *Arch Ateneo Juan César García*. 2000;1:5-9.
6. Patiño JF. Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud [Editorial]. *Revista Medicina (Colombia)*. 2001;23:169-78.

7. Cuba. Constitución de la República. La Habana: Editora Política; 2005.
8. Cuba. Ley de la Salud Pública. Ley N.º 41, 13 de julio de 1983.
9. De la Torre E, López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas F. Salud para todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública, 2004
10. Espinosa AD, Ordúñez PO. Nuevas reflexiones sobre los determinantes de la epidemia de neuropatía en Cuba. En: Colectivo de autores. XVIII Concurso Nacional Premio Anual de la Salud. Trabajos galardonados, año 1994. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 1995. p. 9-114.
11. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy. 2002;60:201-18.
12. González, R. Humanismo, espiritualidad y ética en la atención a la salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2005.
13. Ornia M. La enseñanza de valores en la Universidad Médica. Mesa redonda: La Universidad Médica ante los retos del siglo
- xxi. VIII Congreso Nacional de Medicina Interna, Taller Iberoamericano: El internista en la formación de los profesionales de la salud y Seminario Internacional: La atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles. La Habana; noviembre, 2002.
14. Rodríguez L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos; 1999.
15. Espinosa AD. La formación social del médico. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(4) [citado Mar 2006]. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showindex&id_revista=79
16. Godlee F. Where are the leaders? BMJ. 2005;331(7508):0 (9 July), doi:10.1136/bmj.331.7508.0-g.
17. Álvarez FC, Ordúñez PO, Espinosa AD. Introducción de la evaluación del desempeño individual en un hospital cubano. Metodología y resultados. Rev Calidad Asistencial. 2006;21: 102-10.

Anexo 1. Formulario sobre el grado de desarrollo integral de los servicios médicos

Nota: esta información es confidencial

Servicio:	Fecha de evaluación:	Evaluador:
Factores		Calificación (puntos) 0-10
1. Historia, prestigio. "Escuela" propia, aportes reales, cargos en sociedades científicas nacionales o internacionales, sede de congresos o jornadas nacionales o internacionales, reconocimientos, figuras relevantes, líneas de trabajo definidas con resultados, opiniones internas y externas		
2. Clima en la especialidad. Cohesión, ambiente de superación y mejoría continua, intercambios externos fructíferos, controles y visitas de niveles jerárquicos superiores con buenos resultados		
3. Especialistas. Categorización de los especialistas, índice académico promedio de los especialistas en el pregrado, promedio del examen de la especialidad de los especialistas, especialistas con proyectos y/o experiencia y/o colaboración internacional, índice de envejecimiento (porcentaje de especialistas de 50 años o mayores), índice de juventud (porcentaje de especialistas de 40 años o menores), especialistas con limitaciones, "vacíos o huecos" generacionales, déficit cuantitativo-cualitativo de especialistas y personal paramédico		
4. Líderes. Idoneidad de jefe de servicio, jefe docente, presidente de la sociedad científica, sustitutos y reservas; organización del trabajo, métodos de dirección		
5. Valores. Ética, espíritu colectivo, solidaridad, sentido de pertenencia, compromiso, humanismo, superación, innovación, actitud positiva ante el cambio, capacidad de aprendizaje, autoestima, servicio, disciplina, liderazgo		
6. Docencia. Docentes por categorías, número y porcentaje de profesores titulares y de profesores auxiliares, potenciales profesores auxiliares o titulares, profesores consultantes, acreditación de pregrado y posgrado, alumnos ayudantes, residencia, cantidad y calidad de cursos impartidos y recibidos		
7. Producción científico-técnica. Guías de buenas prácticas, publicaciones periódicas, textos, participación en congresos o eventos científicos nacionales e internacionales, filial de la Sociedad Cubana, premios en el Concurso Premio Anual de la Salud de Cuba, premios en congresos y eventos científicos nacionales e internacionales, doctores en ciencias, máster, potenciales doctores en ciencias y máster		
8. Resultados del trabajo. Demostración de conocimientos, indicadores de desempeño, indicadores clave de calidad y cantidad, indicadores de proceso e indicadores de resultados		
9. Recursos materiales. Disponibilidad de equipamiento, instrumental, reactivos, medicamentos, etc., tanto en cantidad como en calidad y prestaciones		
10. Satisfacción de la población. Reconocimientos de la comunidad, prestigio en la comunidad, quejas y felicitaciones recibidas de la población en un período determinado		