

De la idea al concepto en la calidad en los servicios de salud

The step from idea to concept regarding quality in healthcare services

Héctor Robledo-Galván,¹ José Meljem-Moctezuma,² Germán Fajardo-Dolci,³ David Olvera-López¹

RESUMEN

La definición de calidad en la atención a la salud no es un concepto estático ni universal, existen conceptualizaciones que enriquecen el término en función de elementos que se han agregado en el tiempo. Se presentan algunos conceptos de calidad que se han utilizado en la industria y cómo varios de ellos han dado origen a los que se emplean en los servicios de salud. Finalmente se presentan conceptos explícitos de la calidad en la atención a la salud, desde diferentes perspectivas y considerando distintos componentes.

Palabras clave: Calidad de la atención médica, historia de la calidad en los servicios de salud, evolución de la calidad en la atención médica.

ABSTRACT

The definition of quality in healthcare is not a static or universal concept; there are diverse conceptualizations that enrich the term based on the elements added as time goes by. Some of the concepts of quality that have been used in the industry are presented, as well as the way in which some of them have been the origin to the concepts used in healthcare services. Finally, detailed concepts regarding the quality in healthcare are presented from different perspectives and taking into account diverse components.

Key word: Medical assistance quality, history of quality in healthcare services, progress of quality in medical assistance.

No deja de ser interesante que siendo la calidad un término que han identificado diversas culturas en momentos históricos dispersos en la línea del tiempo, es hasta hace relativamente poco -30 tal vez 35 años- que cobra importancia relevante en materia de salud. Por ejemplo, en los tiempos de los reyes y faraones existían los argumentos y parámetros para medir la calidad, prueba

de ello es que en el Código de Hammurabi (1752 a. C.) está señalado que *"Si un albañil construye una casa para un hombre, y su trabajo no es fuerte y la casa se derrumba matando a su dueño, el albañil será condenado a muerte"*.¹ Los fenicios² por su parte, le cortaban la mano a quien hacía un producto defectuoso, aceptaban o rechazaban los productos en función de si cumplía o

¹ Dirección General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud.

² Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud.

³ Subsecretaría de Integración y Desarrollo de la Secretaría de Salud.

Folio 198/12 Artículo recibido: 08-10-2012 Artículo reenviado: 10-10-2012 Artículo aceptado: 05-12-2012

Correspondencia: Dr. Héctor Robledo Galván, Director General de Calidad e Informática de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud. Mitla 250 piso 8, esq. Eje 5 Sur (Eugenia), Col. Vértiz Narvarte, Del. Benito Juárez, C. P. 03020, México D. F. Correo electrónico: hrobledo@conamed.gob.mx.

no con las especificaciones acordadas que incluso, en muchos productos eran de calidad y ponían en vigor las especificaciones gubernamentales. Alrededor del año 1450 a. C., los inspectores egipcios comprobaban las medidas de los bloques de piedra con un pedazo de cordel. Los mayas también usaron este método. Esta cultura, como la mayoría de las civilizaciones antiguas daban gran importancia a la equidad y justicia en los negocios así como a los métodos para resolver las quejas, aún cuando en diversas ocasiones, ello implicara condenar al responsable a la muerte, la tortura o la mutilación.³

La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy en día, ni tampoco se evaluaba con los métodos y herramientas disponibles. La calidad era parte de los acuerdos establecidos en los intercambios comerciales y para cumplir con ella existía el crédito a la palabra; era un compromiso, entre caballeros, entre proveedores y clientes. Si bien se estableció en la época del trabajo artesanal donde se pretendía ofrecer a los compradores siempre la mejor calidad en la mercancía, fue hasta el Siglo XVIII cuando ésta tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy en día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la revolución industrial.⁴

Existía un interés por que el producto que generaba la máquina fuera razonablemente similar y en el mejor de los casos igual en cada mercancía. Pero fue realmente hasta finales del Siglo XIX cuando en los Estados Unidos, Frederick Taylor⁵ suprimió la responsabilidad de cuidar la tarea de calidad de los productos que estaba encomendada a los obreros y supervisada por los capataces y la puso en manos de los ingenieros industriales, quienes estaban más calificados y contaban con el conocimiento para corregir y supervisar más estrechamente el proceso de producción en serie.

A principios del siglo XX, los industriales empezaron a ver un mercado mucho más amplio, que el sólo atender a las cúpulas sociales privilegiadas; con la tecnológica disponible y el abaratamiento de costos de producción, se pudo ofertar a un número mayor de personas productos diversos que atendían múltiples necesidades. Fue en este siglo cuando Henry Ford introdujo en la producción de la *Ford Motor Company* la línea de ensamblaje en movimiento.⁶

Como podemos observar, hasta mediados del siglo pasado, la calidad era un tema eminentemente industrial y asociado a la competencia de bienes de consumo, lo que obligó a los empresarios a ofrecer mejores productos para ganar el mercado y mantenerse operando.

Fue hasta el surgimiento de la competencia entre las empresas de servicios, que inicia la cultura de la calidad al cliente en este sector. Si revisamos la historia y la evolución de la implementación de la cultura de la calidad en em-

presas de servicio al cliente, podemos observar que fue la industria turística, particularmente en las ramas hotelera y restaurantera las que la iniciaron.⁷ Si somos rigurosos en la revisión de los tiempos en los que, de manera intensa, se generó el interés por este tema en el sector servicios, podemos identificar que fue en el último tercio del siglo pasado, es decir a partir de los 60's, principalmente en los Estados Unidos y con mayor fuerza en los años 80's.

El impulso de la teoría de la calidad en los servicios de salud empezó poco después de su inicio en los Estados Unidos y algunos países de Europa. Para muchos estudiosos del tema, el Dr. Avedis Donabedian fue el pionero que realmente se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en estados Unidos y casi de manera paralela y con el apoyo de él, en México se inicia una corriente encabezada por el Dr. Enrique Ruelas Barajas en el Instituto Nacional de Salud Pública en la década de los 80's.⁸

En la última década del Siglo XX se suscitó un crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención médica en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos afortunadamente también, de responsabilidad social y de integridad moral.⁹

El concepto de calidad en la atención médica de acuerdo a la definición de Avedis Donabedian es: "el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes".¹⁰

Si bien desde la década de los sesentas el Instituto Mexicano del Seguro Social inició programas de evaluación a través de su sistema de auditorías, no fue propiamente el enfoque actual de calidad; sólo se verificaba que la institución cumpliera con la normatividad establecida para sus procesos. Siendo objetivos, una de las definiciones de calidad –la de Crosby– es justamente la que establece que *es cumplir con las especificaciones*.¹¹

Es en 1984, cuando inicia formalmente la investigación sobre calidad en el Centro de Investigaciones en Salud Pública con un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología para la atención perinatal en México.

Un evento que impulsó más el desarrollo de la investigación y de la educación superior en esta materia fue la creación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en 1987. Los estudios sobre calidad de la atención que ya se venían desarrollando, mantienen continuidad y se incorporan nuevos proyectos. A la fecha, es una de las instituciones con mayor número de investigaciones y publicaciones en calidad de la atención a la salud.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la calidad como “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”.¹²

Sin lugar a dudas, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, JCAHCO) de los Estados Unidos, es una institución del más alto prestigio en la materia y definen la calidad de la atención de una forma muy simple: “Hacer las cosas correctas y hacerlas bien”.¹³ De manera adicional el Instituto de Medicina (IOM) de los Estados Unidos, define la calidad de la atención como: “grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”.¹⁴

Actualmente no es concebible pensar en salud sin asociar de manera simultánea, el término de calidad. La pregunta natural es... ¿qué es calidad en los servicios de salud? A lo largo de la historia el término calidad ha sufrido numerosos cambios que acompañan los conceptos y los momentos históricos en los que se ha estudiado.¹⁵ No existe un concepto universal de calidad, sin embargo una de las definiciones más claras y sencillas es la que describe que es la capacidad para que un producto (o servicio) consiga el objetivo establecido al más bajo costo posible. Esta es la definición de calidad de Phil Crosby; es la más sencilla y que en pocas palabras engloba un gran contenido (ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos).¹⁶

Hay otras definiciones que deben tenerse presentes; la de W. E. Deming que la define en términos breves como *el grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente*. Como puede observarse, es menos idónea para aplicar a los servicios de salud. La definición de Feigenbaum,¹⁷ señala que *todas las características del producto y servicio provenientes de Mercadeo, Ingeniería Manufactura y Mantenimiento que estén relacionadas directamente con las necesidades del cliente, son consideradas calidad*.

Un experto contemporáneo en materia de calidad es Joseph Jurán¹⁸ sin embargo, sus definiciones son mucho más orientadas a los atributos de los productos, no tanto a los servicios, por ello, para Jurán la calidad es que el bien esté en forma para su uso, desde el punto de vista estructural y sensorial; orientado en el tiempo, con base en parámetros de calidad de diseño, calidad de cumplimiento, de habilidad, seguridad del producto y servicio en el campo. Debe satisfacer las necesidades del cliente,

es decir, la calidad es aptitud para el uso.

Otra definición que anotamos, simplemente para no omitirla, es la de la Real academia Española que define la calidad como la *Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie*. Por su parte la Sociedad Americana para el Control de Calidad (A.S.Q.C.) define la calidad como el *“Conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”*.

El Dr Germán Fajardo Dolci define la calidad partiendo de lo que el paciente espera de una adecuada atención médica, conformando el concepto como “Recibir atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos que permita satisfacer las necesidades de salud y las expectativas a un costo razonable”.¹⁹

El Dr. Héctor Aguirre Gas ha vinculado el término, de manera destacada a las expectativas de los pacientes, por ello, su definición de calidad en la atención a la salud es: “otorgar atención médica al paciente, con a) oportunidad, b) competencia profesional, c) seguridad y d) respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus i) necesidades de salud y sus ii) expectativas”.²⁰ Se puede identificar que este concepto incluye cuatro elementos del proceso (a,b,c,d) y dos de los resultados (i,ii); la estructura no se menciona en la definición pues se considera que es responsabilidad primaria de la institución, teniendo en cuenta que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza.

Cuando la definición de calidad la llevamos a la atención médica, es decir, al terreno de la salud, entonces debemos elegir el concepto que mejor se aplique al servicio de atención a la salud. Partamos de la definición de Crosby: *debemos asegurarnos que cada paciente reciba lo establecido para su correcta atención, incluyendo los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para lo que motivó su consulta médica o internamiento; sin menoscabo de optimizar los costos de atención*.

En este orden de ideas: ¿cómo podemos identificar qué es lo establecido para la correcta atención? La respuesta debe ser muy concreta; *lo establecido en la atención médica se refiere a aplicar o instrumentar las mejores prácticas, universalmente aceptadas por los gremios de especialistas reconocidos por sus órganos colegiados e instituciones académicas de prestigio, tanto para el diagnóstico y tratamiento como para la rehabilitación de un paciente con un padecimiento específico*. Es decir, que cada paciente que ingrese a un consultorio u hospital, se incorpore a un protocolo de atención médica avalado por las autoridades, en apego a lo establecido por las Academias, Asociaciones, Colegios Médicos, Con-

sejos, etc. que a su vez incorporan las mejores prácticas de lo que se constata y publica en el mundo.

No perdamos de vista que el objetivo no es la calidad per se como elemento discursivo de un proceso administrativo; es lograr el mejor resultado en la recuperación de la salud con el menor riesgo posible de complicaciones o efectos iatrogénicos, con la mejor relación costo-beneficio y la mayor satisfacción del paciente.

Conclusiones

Los estudiosos del tema señalan que el concepto de calidad no es una definición estática, permanente o perene, por el contrario, evoluciona conforme maduran y avanzan por un lado la atención médica y por otro los conceptos de calidad que se aplican a las diferentes organizaciones.

La calidad en todos los contextos y en salud no es la excepción debe ser instrumentada y evaluada cada vez más con estándares internacionales. Los criterios e indicadores deben responder a las expectativas de los organismos internacionales en el concierto de las naciones.

Un tema prioritario en la agenda de la calidad, es la homologación de la misma en todos los servicios y unidades. La homologación de los procesos y procedimientos de la prestación del servicio médico, no deben ser sólo un concepto, un enunciado o un compromiso demagógico; debe ser una realidad en todo el territorio nacional.

Es inaplazable ofrecer la mayor similitud posible de calidad en la atención a la salud en los distintos municipios y en las diferentes comunidades. Es una realidad que ello no es posible en el corto plazo y que debemos trabajar para que en las próximas décadas, las brechas existentes se acorten y las diferencias se disminuyan.

El avance en la prestación de servicios preventivos, curativos, rehabilitatorios y paliativos así como los criterios para medir la calidad en la forma y en el fondo deben ser internacionales.

No es suficiente con los estándares propios que en algún momento de la historia de la medicina permitieron juzgar la buena o mala atención. Es impostergable subir todos los estándares de evaluación de la atención a lo que se reporta en el mundo, al menos en países con el mismo nivel de desarrollo que nosotros y que presenten las más altas calificaciones.

La calidad y la seguridad en la atención a la salud de los pacientes es un binomio que muestra resultados a la par. Si no hay calidad no puede haber seguridad, la calidad establece los elementos necesarios para disminuir los riesgos en la operación diaria de las unidades de atención médica y por ende, de lo que el paciente recibe en el proceso.

REFERENCIAS

1. Código de Hammurabi. México: Cárdenas; 1992.
2. Wagner CG. Historia del mundo Antiguo: Oriente: Los fenicios. México: Akal; 1989. ISBN 84-7600-332-3.
3. Rivera DM. El pensamiento religioso de los antiguos mayas. Colección: Paradigmas. Madrid: Trotta; 2006.
4. Revolución Industrial. [acceso 10-10-2012] Disponible en: <http://www.historiacultural.com/2010/07/las-revoluciones-industriales.html>.
5. Coriat B. El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa. México: Siglo XXI; 1991.
6. Miranda-González F. Introducción a la Gestión de la Calidad, México: Delta Publicaciones; s/f. p. 5.
7. Ruiz-Olalla, C. Gestión de la calidad del servicio. [2005; acceso 10-10-2012] Disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>.
8. Ruelas BE, Vidal LM. Unidad de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. Salud Pública Méx. 1990;32(2):225-231.
9. Ruelas BE, Zurita GB. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. Salud Pública Méx, 1993; 35: 235-237.
10. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Vol. I. Ann Arbor, Mich (US): Health Administration Press; 1980. P. 38-40.
11. Muñoz MA. La Gestión de Calidad Total en la Administración Pública. México: Díaz de Santos; 2007.
12. OMS. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo, Enero de 2009. [acceso 10-10-2012] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
13. Accreditation Standards. Standards Intent. Oakbrook Terrace: JCAHO; 2000.
14. Instituto de Medicina. Medicare. Una estrategia para el aseguramiento de la calidad. Volumen I. Washington D. C: National Academy Press; 1990.
15. O'Reilly CG. Definiciones de calidad. Evolución histórica y actualidad. [16-03-2010; acceso 10-10-2012] Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-historica.htm>.
16. Crosby P. Quality is free. USA: Mc Graw Hill; 1979.
17. Feigenbaum AV. Total Quality Control. 4ª ed. USA: Mc Graw Hill; 1990.
18. Juran JM. Manual de Control de la Calidad. 4ª ed. España: Mc Graw Hill-Interamericana; 1993.
19. Fajardo-Dolci G. Calidad de la atención. Ética médica y medicina defensiva. Rev CONAMED 2008;13(4):3-4.
20. Aguirre-Gas H. Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. 3ª ed. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social-Noriega Editores; 2002. 387 p.