

Garantía de la calidad en salud

Alfonso Rodríguez-León,⁽¹⁾ Donaciano Lugo-Zapata⁽²⁾

arodriguez@saludtab.gob.mx

Hablar de calidad siempre ha representado un reto, lo indistinto de las concepciones teóricas la hace un abanico de opciones de interpretación y aplicaciones, si aceptamos que la atención a la salud se da en un contexto de interrelación de procesos que hace que los productos tengan diferentes niveles de calidad, lo hace mas complejo, por lo que tener claro como lograrla es un ejercicio lleno de experiencias y aprendizaje que ha generado en diversos países una serie de metodologías para alcanzarla.

En este marco de reflexión debemos recordar que la condición biológica del individuo es diferente para cada uno de ello por lo tanto la necesidad de la atención se moverá en un arco iris de percepciones de la atención que obligue al prestador de servicios de salud a pensar exhaustivamente como lograr la satisfacción de todos y cada uno de ellos.

Múltiples estudios en varios países del mundo occidental han mostrado que el nivel de calidad de la atención recibida por un usuario, dista mucho de la deseada y que la variación en la calidad de la atención ofrecida por diferentes profesionales de salud y hospitales, es inmensa, como respuesta a muchos factores y fenómenos que ocurren en los sistemas de salud.

La Organización Panamericana de la Salud¹ (OPS) menciona que el desarrollo de Programas de Garantía de Calidad es una necesidad en términos de eficiencia y una obligación en términos éticos y morales.

Para Donabedian², existen dos elementos centrales para garantizar la calidad: monitoría y un adecuado sistema de salud.²

Para Ruelas & Reyes³, son cinco los elementos fundamentales que permiten garantizarla: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional.

Existen varios métodos para diseñar los criterios y estándares para garantizar la calidad; tres son los más connotados:

1.- El propuesto por Donabedian⁴, cuyas aportaciones más importantes son la descripción detallada de las características de los criterios, los elementos para evaluarlos y los

procedimientos para su formulación.

2.- El referido por Jackson⁵, propone una serie de atributos divididos en dos categorías, los atributos sustantivos y estructurales y los de implementación y proceso.

3.- El diseñado por Vidal & Reyes⁶, quienes enfatizan la necesidad de que los criterios cumplan con los requisitos de validez, objetividad, sensibilidad y especificidad, dándole un valor y diseñando un sistema de información que asegure la captura, el procesamiento y el análisis de datos, regido por los principios de participación, sistematización, la implantación secuencial, la multiplicación y la simplificación, lo que favorece la comprensión de la estrategia por parte del personal y el apoyo de los niveles directivos.

El Dr. Ruiz de Chávez⁷ menciona en su artículo bases para la evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas, que se ha hecho en México un esfuerzo por evaluar la calidad debido a que la atención a la salud es un problema hoy en día. La búsqueda de la credibilidad en las instituciones de salud ha provocado que se estructuren dentro de ellas; áreas dedicadas exclusivamente a trabajar por la calidad en la atención, un esfuerzo sin lugar a dudas relevante ha sido en este ultimo periodo administrativo donde la subsecretaría de innovación y calidad ha diseñado una estrategia nacional enmarcada en la cruzada nacional por la calidad que ha logrado avances sustantivos en la cultura, medición y mejora continua de la calidad.

A pesar de este esfuerzo conjunto nacional todavía no podemos decir que existe una estrategia definida nacional para garantizar la calidad en la prestación médica, la demandada de mejorarla sigue presente, la percepción de los usuarios sigue dirigida a percibir la atención con tintes de maltrato y con una marcada falta de información entendible y oportuna sobre la atención recibida.

Para alcanzar la garantía de la calidad en salud es importante tener claro el concepto y su ámbito de aplicación por lo que revisaremos de manera objetiva el marco teórico de garantía de calidad, el Dr. Ruelas⁸ menciona que es un término relativamente nuevo y recalca que el esfuerzo por evaluar la

⁽¹⁾ Director de Calidad y Enseñanza en Salud, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

⁽²⁾ Jefe del Departamento de Monitoreo y Evaluación en Calidad, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

calidad no siempre ha conducido a la solución de problemas y subraya que el término empieza a encontrar espacio en la administración en salud como un concepto indispensable en la organización y dirección de estos servicios.

Semánticamente desglosaremos algunos conceptos para entender este concepto.

Garantía: con respecto a la atención de la salud, se basa en proteger a los pacientes contra riesgos o necesidades, siendo estos una obligación ética y legal de los profesionales de la salud de responder por la calidad de lo que hacen.⁹

Garantía de Calidad: es responder por el servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente íntegramente como ser humano contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles.⁹

Ishikawa: escribe que la “garantía de calidad es asegurar la calidad de un producto de modo que el cliente pueda obtenerlo y utilizarlo con plena confianza y satisfacción”.¹⁰

Para llegar a este cometido es necesario:

La planeación, el desarrollo del proceso, la evaluación o auditoria, los resultados y el impacto en la comunidad de usuarios; destaca la importancia del control de la calidad y la describe de la siguiente manera:

Consiste en “desarrollar, diseñar, elaborar y mantener un producto o servicio de calidad que sea el más económico, el más útil y que más satisfaga al cliente”.⁹

¿Qué es la garantía de calidad?

A medida que progresa y evoluciona el campo de garantía de calidad, han surgido diversas definiciones. El Dr. Avedis Donabedian⁴, la define en términos amplios como el “conjunto de arreglos y actividades que tienen por fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención”. Los doctores Ruelas y Frenk¹¹ que han trabajado extensamente en el campo de la garantía de calidad en México la definen como “un proceso sistemático de cubrir la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales de acuerdo con un conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema en particular.

En México, desde 1984, con la introducción del concepto de garantía de calidad, se abre un nuevo horizonte para mejorarla continuamente. Su operacionalización ha ido mucho más allá que la simple evaluación y se ha enfocado a proporcionar herramientas prácticas a los proveedores de los servicios para que estos sepan que deben hacer cada día para lograr la garantía deseada.¹²

Con ese propósito se desarrollaron estrategias para su implantación y desarrollo; basta mencionar como ejemplos el primer programa de garantía de calidad en América Latina

en el Instituto Nacional de Perinatología, de la Secretaría de Salud de México; La implantación de un programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención; y la creación de la primera unidad de estudios sobre la calidad de la atención a la salud en el Instituto Nacional de Salud Pública.³

La estrategia de implantación del programa depende de: el ámbito de acción; la configuración de su estructura (centralizado-descentralizado); el grado de participación (participativo – no participativo); el espectro (integral-específico); el enfoque (problemas-actividades); la obligatoriedad (voluntario-obligatorio); y finalmente, el tipo de procesamiento de datos (manual-automatizado).¹³

La garantía de la calidad tiene elementos importantes a considerar: ¹⁴

- ♦ Se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del Paciente y de la comunidad a la que sirve.
- ♦ Se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- ♦ Utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- ♦ Alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora continua de la calidad.

Avedis Donabedian² desarrolló una propuesta conceptual basada en tres elementos:

- Estructura.
- Proceso.
- Resultado.

Cada uno de estos elementos formó parte de un eje organizador de indicadores, guías prácticas de evaluación y estándares de medición y desempeño.¹⁵

DISCUSION

El reto en la consolidación de la Calidad implica continuidad y perseverancia por lo que alcanzarla no puede ser un proyecto a corto plazo, no termina en la Mejora Continua ni se cristaliza con un Modelo de Gestión.

El contexto en el cual se quiera implementar cualquier metodología para alcanzarla tiene que adecuarse a las características del recurso humano, los objetivos de la organización, los elementos culturales de la misma y los recursos disponibles para usarse, no es una receta de cocina

a aplicar en cualquier tiempo y a cualquier organización si no se ha preparado el contexto para implementarla, la garantía de la calidad significa la integración no tan solo de un método aplicado a una organización sino una propuesta planificada de la mejora continua con resultados evidentes que nos marquen el camino a seguir con indicadores de resultados, de impacto, y un proceso de medición estandarizado con tramos de control definidos en tiempo, forma y resultados.¹⁴

Es fundamental asegurarla a través de un Modelo de garantía de la Calidad que agrupe un conjunto de estrategias que logre los mayores beneficios para la organización y para el usuario.

CONCLUSIÓN

Que hemos hecho a nivel nacional en las organizaciones de salud.

Se ha fomentado la auto evaluación.
 Se ha fortalecido la cultura de calidad.
 Se han diseñado líneas de investigación operativa.
 Se ha organizado la participación ciudadana.
 Existe un instrumento Nacional para validar la estructura de las unidades médicas (Acreditación).
 Existe un instrumento Nacional para certificar las unidades médicas.
 Existe un Modelo de Gestión de la Calidad para fines de evaluación.

Que falta por hacer para garantizar la calidad en las organizaciones de salud.

Procesos de evaluación.
 Diseño de servicios.
 Satisfacción del prestador de servicios.
 Gestión de Recursos.
 Mecanismos de control.
 Estandarización de procesos administrativos.

La resistencia es casi inevitable cuando se trata de establecer un programa de garantía de calidad.
 Algunos gerentes y miembros del personal tienen temor a las críticas, la pérdida de poder y el cambio en sí, incluso cambios saludables pueden crear incomodidad, incertidumbre y conflicto.

Las estrategias tienen que adaptarse para satisfacer las necesidades de cada organización.¹⁴

Primer lugar: Es esencial la participación del personal a todos los niveles.

Segundo lugar: Apoyo de facilitadores externos o expertos

para manejar el cambio.

Tercer lugar: Los administradores deben hacer un esfuerzo especial para comunicarse con el personal durante la época de cambio.

El éxito de un esfuerzo para obtener la garantía de calidad en cualquier unidad de salud depende del compromiso del personal que ha colaborado en las actividades relacionadas con la calidad y en la participación eficaz entre gerentes, personal y asesores externos.

Debe basarse en los conocimientos y en la creatividad de sus directivos y sus proveedores de salud, así como en los pacientes y las comunidades que sirven.

REFERENCIAS

1. Paganini JM. Quality and efficiency of hospital care. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1993. (Tomado de la Calidad y Reforma del sector salud, Ross AG, Zeballos JL, Infante A. Rev. Panam Salud Pública 8, 2000).
2. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica, México, Instituto Nacional de Salud Pública. 1990;10:12
3. Ruelas-Barajas E, Reyes- Zapata H, Zurita-Garza B, Vidal-Pineda LM, Karchemer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de la atención medica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Pública Mex 1990;32: 207-220.
4. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y la garantía de calidad. Rev. Salud Pública de México, 1990; 32 (2) 114.
5. Jackson, M. M., 1992. Setting standars. In: Assesing Quality Health Care. Perspectives for Clinicians (R. P. Wenzel, ed.), pp. 65-85. Baltimore: Williams & Wilkins.
6. Vidal, P. L. M. & Reyes, Z. H., 1993. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Salud Pública de México, 35:326-331.
7. Ruiz ChM, Martínez NG, Calvo RJM, Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. Salud Pública Mex. 1990; 32:156-169.
8. RUELAS, B. E. & Zurita, G B., 1993. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. Salud Pública de México, 35:235-237.
9. Ruelas BE. Sobre la garantía de la calidad: Conceptos, acciones y reflexiones.
10. Ishikawa, K., 1993. Actividades de los círculos de calidad. ¿Qué es el Control Total de Calidad?, Colombia: Ed. Norma.
11. Ruelas, Enrique y Frenk, Julio, "Framework for the Análisis of Quality in Transition: The Case of Mexico," Australian Clinical Review, 9, 1989, pp. 9-16.
12. Ruelas – Barajas E, Vidal – Pineda LM. Unidad de Garantía de Calidad. Estratégica para asegurar niveles óptimos en la

calidad de la atención médica. Salud Pública Mex. 1990; 32:225-231.

13. Ruelas, Enrique y Frenk, Julio, "Framework for the Analysis of Quality in Transition: The Case of Mexico," Australian Clinical Review, 9, 1989, pp. 9-16.

14. Diprete Brown L. Garantía de la Calidad de la Atención de Salud en los Países en desarrollo 2ª edición. USAID, Pág. 10

15. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y la garantía de calidad. Rev. Salud Pública de México, 1990; 32 (2) 114

**XVI CONGRESO INTERACTIVO NACIONAL DE PEDIATRÍA DE LA SOCIEDAD DE MÉDICOS MILITARES PEDIATRAS Y
IV JORNADAS DE INVESTIGACIÓN EN PEDIATRÍA DEL COLEGIO DE PEDIATRAS DEL ESTADO DE TABASCO A.C.**

La historia de la pediatría organizada en México se funde con la historia de la pediatría militar, el fundador de La Sociedad de Médicos Militares Pediatras, Dr. Jesús Lozoya Solís, fue también el primer presidente de La Asociación Nacional de Pediatría de México, ahora Confederación Nacional de Pediatría de México A.C. (CONAPEME), organismo de carácter nacional, que se creó formalmente el 11 de octubre de 1975 y que reúne a más de 14000 pediatras en toda la república mexicana.

La Sociedad Mexicana de Médicos Militares Pediatras "Dr. Jesús Lozoya Solís" A.C., Cada efectúa un congreso de pediatría donde se comparten experiencias con colegas nacionales e internacionales. En el 2006 el congreso se efectuó en la ciudad de Villahermosa, Tabasco.

Para tal efecto, La coordinación del evento quedó a cargo de un comité conjunto, de la Sociedad Mexicana de Médicos Militares Pediatras y El Colegio de Pediatras del Estado de Tabasco, realizado un magno evento común, el XVI congreso Nacional de Médicos Militares Pediatras y las IV Jornadas de Investigación del Colegio de Pediatras del Estado de Tabasco, ambos en un mismo foro.

Estos esfuerzos se vieron coronados con la participación de 3 profesores extranjeros, el Dr. Waldemar A. Carlo de la Universidad de Birmingham, Alabama de los EEUU, Dr. José Luís Díaz Rosello del Centro Latinoamericano de Atención Perinatal de la OPS-OMS, en Uruguay y el Dr. Anastasio Salazar Bañuelos de la Universidad de Calgary, Canadá; 13 nacionales y 8 ponentes locales, todos ellos líderes de opinión en sus respectivas áreas. Se registraron 400 asistentes, la mayoría son importantes pediatras de todo el país, muchos de ellos profesores eméritos reconocidos de la pediatría en México.

Es necesario destacar que gran parte del éxito se debió al decidido apoyo de nuestras autoridades del Gobierno del Estado, de las autoridades militares de la 30ª Z.M, de la Secretaría de Salud del Estado y de la Jurisdicción Sanitaria del Centro; sin omitir el apoyo de la industria farmacéutica.

Fuente: Colegio de Pediatras de Tabasco, A.C.

Durante el desarrollo del evento se impartió por primera vez en el sureste el curso STABLE para estabilización y transporte del recién nacido, a 30 pediatras de la región. Además el curso de ventilación neonatal en el cual se otorgaron 30 becas a las diferentes instituciones de salud del Estado y un curso transcursos de radiología pediátrica que fue gratuito para todos los asistentes, todos ellos impartidos por instructores nacionales expertos en la materia.

En las jornadas de investigación se aceptaron solo los trabajos que reunieron todos los requisitos de la convocatoria y obtuvo el primer lugar el residente de 3er año de cirugía pediátrica Luís Fernando Kieffer Escobar, del Hospital Central Militar, México; el segundo lugar la Doctora María Nery Quiles Molina, de Guadalajara, Jalisco y el tercer lugar para el médico interno de pregrado Marco Antonio Zavala González del HGZ 2 IMSS, Cárdenas, Tabasco.

Durante la ceremonia de inauguración, en presencia del C. Gobernador Constitucional del Estado de Tabasco Lic. Manuel Andrade Díaz y la Secretaria de Salud Dra. Hilda Santos Padrón se entregaron reconocimientos a dos distinguidos pediatras, el General de Brigada retirado MC Luís Limón Limón y al Maestro en Ciencias. Ernesto Jiménez Balderas, ambos recibiendo además la medalla al mérito de la Confederación Nacional De Pediatría.

Finalmente y como resultado del acercamiento de las diferentes instituciones pediátricas que convivieron en este evento el Dr. Waldemar A Carlo invitó al Colegio De Pediatras del Estado de Tabasco para seleccionar a un pediatra neonatólogo que labore en una institución pública de salud y que atienda población marginada para recibir entrenamiento avanzado en el manejo de neonatos de bajo peso al nacer (menos de 1500 g) en la universidad de Alabama; y quedó abierta la posibilidad de intercambio de conocimientos en materia de trasplante pediátrico en la Universidad de Calgary, Canadá. El Dr. Díaz Rosello por su parte ofreció el apoyo de la OPS-OMS como asesor en trabajos de investigación sobre morbilidad y mortalidad neonatal en nuestro Estado.