

LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD
THE QUALITY IN THE HEALTH SYSTEMGonzález T, Eucaris E.*; Ortega, Christian[†]

*Doctor en Medicina, Residente de Pediatría. Hospital del Niño

[†]Doctor en Medicina, Especialista en Docencia Superior

Recibido: 15 de diciembre de 2010

Aceptado: 26 de septiembre de 2011

González E, Ortega C. La calidad en el sistema de salud. Rev méd cient. 2010;23(1):40-47.

RESUMEN

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos.

Durante más de 20 años, la necesidad de mantener o aumentar la calidad de la atención de la salud y al mismo tiempo controlar los costos ha originado gran interés y actividad por mejorar la valoración de la calidad y el desempeño. En la actualidad, en Estados Unidos, se gasta más dinero en cuidados de la salud (14% del producto interno bruto) que en la educación y la defensa combinadas.

En la presente revisión, expondremos el concepto de calidad en la atención sanitaria, las dimensiones de la calidad aplicada a los servicios de salud, y la medición de la misma.

Palabras clave: sistemas de salud, control de calidad, satisfacción, eficiencia.

ABSTRACT

The concern for quality in health care is as old as medical practice itself. It is a strategic element underlying the transformation and improvement of modern health systems.

For over 20 years, the need to maintain or increase the quality of health care while controlling costs has led to great interest and activity to improve the assessment of the quality and performance. Today, the United States spends more money on health care (14 % of the gross domestic product) than in education and defense combined.

In this review, we will discuss the concept of quality in health care, the dimensions of quality management applied to health services, and how to measure it.

Keywords: health system, quality control, satisfaction, efficiency.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontramos su origen en *papiros egipcios*, en el *Código de Hammurabi* o en el tratado *La Ley* del propio Hipócrates.

Abraham Flexner, en 1910, en su informe al congreso de Estados Unidos puso al desnudo la pobre calidad de los servicios hospitalarios y de docencia, lo que obligó a mejorar la atención médica, y motivó el comienzo del control de calidad moderno.¹

Durante más de 20 años, la necesidad de mantener o aumentar la calidad de la atención de la salud y al mismo tiempo controlar los costos ha originado gran interés y actividad por mejorar la valoración de la calidad y el desempeño.²

Al comienzo de los años cincuenta la Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAHO, por sus siglas en inglés), al exigir unos estándares a los hospitales, explicitó qué centros tenían la capacidad para "hacerlo bien". En la actualidad la JCAHO considera en su proceso de acreditación, además de la estructura, la gestión de los recursos humanos, la orientación al paciente y la mejora de los procesos.

La Calidad en el Sistema de Salud by Eucaris E. González T., Christian Ortega is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/).

Permissions beyond the scope of this license may be available at www.revistamedicocientifica.org.



En la actualidad, en Estados Unidos, se gasta más dinero en cuidados de la salud (14% del producto interno bruto) que en la educación y la defensa combinadas. Gasta más dinero en cuidados de la salud, que cualquiera otra nación. A pesar de este enorme desembolso de recursos, en Estados Unidos preocupa la calidad global de la atención de la salud.³⁻⁶

Se ha estimado que sólo 55% de los estadounidenses reciben la atención adecuada para unas condiciones determinadas. También existe evidencia que existe una desigualdad en los servicios de salud basado en diferencias raciales, geográficas y estados socioeconómicos.⁷⁻¹⁰

Un sistema de salud del siglo XXI debe proporcionar bajos costos, mayor eficiencia, y un mejor acceso a la atención. El gobierno también juega un papel crucial. Debe establecer reglas y proporcionar el apoyo para que trabaje un sistema de salud reformado, y renovado.¹¹

Las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la mejora continua, que pretende identificar oportunidades de mejora utilizando como herramientas fundamentalmente el rediseño o reingeniería de procesos y la orientación al paciente, garantizando la continuidad de los niveles asistenciales. Para ello, las decisiones clínicas se basarán en la evidencia científica en la medida de lo posible y la calidad formará parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles de la organización sanitaria.

CONCEPTO DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

La calidad es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. El estudio de la calidad en la asistencia sanitaria supone abordajes diversos dado que entraña, tradicionalmente, significados distintos para los profesionales, los pacientes y los gerentes.

Los profesionales aportan una perspectiva individual de la calidad a su práctica clínica, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. El trabajo de los profesionales sanitarios que atienden los problemas de salud de la población no deja de ser una actividad del sector servicios, aunque con ciertas peculiaridades propias del mismo. A los profesionales les cuesta reconocerse como prestadores de servicios con una orientación centrada en el paciente.¹²

Los pacientes aportan también una perspectiva individual, al plantear, como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios.

Mientras, tanto la administración como las organizaciones sanitarias son más proclives a la perspectiva comunitaria, exigiendo en la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico, que sean satisfactorios para los pacientes y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad.

En resumen, la calidad de los servicios de salud es el resultado de las políticas de salud, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, y de la adecuada interacción entre ambos.

Una de las aportaciones más sustanciosa al estudio de la calidad asistencial se debe a Avedis Donabedian, quien recogiendo ese carácter multifactorial, identifica una serie de elementos que facilitan su análisis:¹³

- componente técnico, como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza;

- componente interpersonal, expresión de la importancia, históricamente consensuada, de la relación paciente-profesional de salud;
- componente correspondiente al entorno, como expresión de la importancia que tiene para la asistencia el marco en el cual ésta se desarrolla, lo que se ha denominado "las amenidades".

DIMENSIONES DE LA CALIDAD APLICADA A LOS SERVICIOS DE SALUD

Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del paciente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades. Un problema de calidad puede tener más de una dimensión, y éstas proporcionan un marco útil al equipo de salud para analizar y definir sus problemas y calcular la medida en la que cumplen con sus propias normas de programa. A continuación se detallan cada una de ellas.

1. Competencia profesional¹⁴

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Por ejemplo, para que haya competencia profesional en los servicios prestados por los trabajadores de salud de un pueblo, esa persona tiene que tener la capacidad y los conocimientos necesarios para realizar las tareas, lo que debe hacer en forma uniforme y precisa (desempeño real). La competencia profesional se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta

dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como paraclínicos.

Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia administrativa profesional exige idoneidad en supervisión, capacitación y solución de problemas. La experiencia que precisa el personal de apoyo depende de cada descripción del puesto, aunque las técnicas de relación interpersonal con el paciente y las comunidades son de particular importancia. Por ejemplo, la forma como una recepcionista responde a las solicitudes de información es un aspecto de la competencia profesional en ese puesto, mientras que la persona encargada de la farmacia tiene que poseer competencia en logística y control del inventario.

La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante. La falta de competencia profesional puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

2. Acceso a los servicios¹⁴

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística.

- El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al paciente recibir atención.

- El económico se refiere a la accesibilidad de los productos y servicios ofrecidos a los pacientes.
- El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales.
- El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles pacientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios son ejemplos de cómo la organización de estos últimos puede crear barreras para el uso de los mismos. En una sociedad en la que las personas no pueden viajar con facilidad al centro de salud, la carencia de servicios en la comunidad o visitas domiciliarias de rutina puede crear un problema de acceso.
- El acceso lingüístico implica que los servicios se presentan en un idioma que permita a los pacientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud.

3. Eficacia¹⁴

La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia de las normas de prestación de servicios y las de orientación clínica. La evaluación de la eficacia debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿produce los resultados deseados? ¿es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? La eficacia es una dimensión importante de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden como aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales.

4. Satisfacción del paciente.¹⁴

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y pacientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración.

No se puede construir excelencia en la calidad de la atención en las instituciones de salud, sino garantizamos satisfacción. No hay imagen de excelencia ni funcionamiento excelente al margen de la consideración de la satisfacción como un indicador y como un instituyente esencial. Pero como casi siempre sucede, los fenómenos de los que hablamos no pertenecen por entero al mundo de lo tangible, de lo directamente observable y cuantificable. Como fenómeno esencialmente humano, la satisfacción así como la excelencia se resiste a un mero tratamiento estadístico. Y esto no es casual. La satisfacción es la resultante de un proceso que se inicia en el sujeto concreto y real, y culmina en él mismo, estamos haciendo referencia a un fenómeno esencialmente subjetivo desde su naturaleza hasta la propia medición e interpretación de su presencia o no. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

5. Eficiencia¹⁴

La eficiencia de los servicios de salud es una dimensión importante de la calidad dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y a la

comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas se minimice o se elimine. La atención deficiente, además de ocasionar riesgos innecesarios e incomodidades al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla. Dos maneras de mejorar la calidad serían eliminar el derroche y evitar los errores al mismo tiempo que se reducen los costos. Sin embargo, sería engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales. Algunas mejoras cuestan dinero. Por medio de un análisis de eficiencia los directivos del programa de salud pueden determinar la manera más eficaz en función del costo de utilizar recursos adicionales.

6. Continuidad

La continuidad implica que el paciente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el paciente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda. A veces, la continuidad se logra asegurándose de que los pacientes visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros médicos bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente y pueda basarse y complementar el diagnóstico y tratamiento de prestadores anteriores. La continuidad es una dimensión muy importante de los servicios de calidad para la atención de salud y su carencia puede comprometer la eficacia, reducir

la calidad de satisfacción del paciente y disminuir la eficiencia de la atención.

7. Seguridad

La seguridad, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos. Una de las causas a tener en cuenta en los resultados o calidad de la atención de salud, está relacionada precisamente con el error médico, que es el que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se pone de manifiesto una infracción o imprudencia, como la negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional.

El error médico debe constituir una preocupación de los profesionales de salud y en primer lugar de los directivos, funcionarios o responsables de la institución, deben ser conocidos y analizados científicamente en reuniones médicas, con libertad y profundidad necesarias con el fin de evitar su repetición. Pero lo más importante, no es partir de un evento adverso o daño ya producido, sino de la vigilancia y el control de calidad permanente.¹⁵⁻¹⁸

8. Comodidades

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del paciente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro.

MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), calidad en salud es el “conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario”. Este concepto, expresa que la calidad de un servicio se valora subjetivamente: si no se satisfacen las necesidades y expectativas del paciente, entonces no hay calidad, a pesar que lo técnico haya sido alcanzado plenamente.¹⁹

La calidad de atención se basa en ofrecer un servicio o producto de acuerdo a los requerimientos del paciente más allá de los que éste puede o espera. Es satisfacer las necesidades del paciente de manera consciente en todos los aspectos. La calidad implica constancia de propósito y consistencia y adecuación de las necesidades del paciente, incluyendo la oportunidad y el costo de servicio. No solamente hay que satisfacer las expectativas del paciente, sino que hay que darle más de lo esperado. Hay que cumplir plenamente con sus necesidades.

La valoración de calidad de los servicios de salud es más difícil por:

- La variabilidad de los productos o servicios en los hospitales y clínicas resulta de una exigencia técnica de adaptación a las necesidades de cada individuo (cada enfermo es un caso y no una enfermedad) y no hay cómo estandarizar el conjunto de las actividades clínicas, en la medida en que ellas están sujetas al juicio del médico, el cual interpreta la necesidad del paciente en condiciones concretas.
- La producción de servicios de salud es ejecutada por un grupo sumamente heterogéneo con niveles de instrucción muy distintos entre sí.

SISTEMA DE INDICADORES PARA EL MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

En este mundo de objetividades y subjetividades, en este mundo de dolor y bienestar que son sin duda las instituciones de salud, aspirar a lo excelente no

es sólo un propósito, sino un derecho de todos los hombres que actuamos en este campo de trabajo.²⁰

Un sistema ampliamente aceptado para valorar la calidad de la atención de la salud se basa en medir ciertos indicadores de estructura, procesos y resultados. La estructura incluye recursos, equipo y personas que brindan la asistencia de la salud. Se llama proceso al método mediante el cual se ejecuta un procedimiento o un curso de acción. Los resultados incluyen complicaciones, efectos adversos y resultados a corto plazo de las intervenciones, lo mismo que el estado de salud del paciente y la calidad de vida relacionada con la salud después del tratamiento, que refleja la eficacia de la intervención.

En Bogotá, en el 2004 Ardón propuso un sistema de doce indicadores para el monitoreo de la atención, que son:²¹

1. oportunidad en cirugías programadas.
2. oportunidad de la atención de consulta con médico general en los prestadores de Servicios de Salud (IPS).
3. oportunidad de la atención de consulta especializada programada en las Instituciones IPS.
4. satisfacción global de los pacientes con los servicios recibidos en la IPS.
5. calidad de los registros de la historia clínica para los eventos en los que el paciente es internado en la institución.
6. mortalidad perinatal.
7. tasa de mortalidad materna.
8. infecciones intrahospitalarias.
9. infecciones nosocomiales por procedimientos quirúrgicos.
10. oportunidad de la atención en consulta de urgencias en las IPS.
11. reingreso de pacientes atendidos en urgencias, dentro de las 48 horas siguientes al egreso del servicio.
12. tasa de mortalidad hospitalaria.

ACREDITACIÓN

La acreditación es un proceso objetivo, voluntario e independiente de monitoreo de la calidad de la atención de salud, que utiliza estándares que representan el mayor consenso posible sobre lo que se considera calidad, y en el que el ente acreditador goza de la mayor credibilidad dentro del sector salud, sus decisiones carecen de sesgo para favorecer a un grupo de profesionales. La acreditación se refiere a instituciones y es un proceso de pares, en tanto lo referente a los profesionales son la certificación y recertificación y están dirigidas únicamente a mejorar la calidad de la atención de salud. De manera complementaria a los requisitos que buscan defender al paciente, el fin de la acreditación es el mejoramiento de las instituciones con un beneficio directo hacia el paciente, por lo que se acredita el cumplimiento de estándares elevados pero alcanzables de calidad.

La acreditación en salud es un proceso poderoso para conocer el estado de la gestión y calidad institucional y por ende para la generación de mejoramiento en la atención en salud. La acreditación es también, uno de los más efectivos sistemas de evaluación sistemática del desempeño de la atención de salud. Este proceso mezcla el ejercicio de autoevaluación de las instituciones con una evaluación externa por evaluadores pares.

CONCLUSIÓN

Calidad es un concepto usado muy a menudo, controversial, y pocas veces claro. Es peligroso y totalmente especulativo suponer que los médicos saben lo que la calidad de atención representa para sus pacientes. No nos atrevemos siquiera a aproximarnos, pero lo que sí podemos estar seguros, es que calidad de atención no es solamente satisfacer las expectativas del paciente, siempre debemos ir más allá, darle más de lo esperado, cumplir plenamente sus expectativas.

REFERENCIAS

1. Ramos Domínguez B. Calidad de la Atención de Salud: Error Médico y Seguridad del Paciente. *Rev Cubana Salud Pública* 2005;31(3):239-44
2. Gambone J, Reiter R, Gluck P. Valoración de la calidad, mejoría del desempeño y seguridad del paciente. In: Berek J. Editor. *Ginecología de Novak*. 13 ed. México: McGraw-Hill; 2002. p. 17.
3. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001. p. 23-38.
4. Schroeder S. We can do better-Improving the health of the American people. *N Engl J Med* 2007;357:1221-8.
5. Levit K, Smith C, Cowan C, Sensenig A, Catlin A. Health spending rebound continues in 2002. *Health Aff (Millwood)* 2004; 23(1):147-59.
6. Reinhardt UE, Hussey PS, Anderson GF. U.S. health spending in an international context. *Health Aff (Millwood)* 2004;23(3): 10-25.
7. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348: 2635-45.
8. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, eds. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2003.
9. Isaacs SL, Schroeder SA. Class — the ignored determinant of the nation's health. *N Engl J Med* 2004;351:1137-42.
10. Chandra A, Skinner J. Geography and racial health disparities. NBER working paper no. W9513. Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research, February 2003.
11. Frist W. Health Care in the 21st Century. *N Engl J Med*. 2005;352:267-72.
12. Retamal González Antonio, Monge Jodra Vicente. Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos centros de salud de la provincia de Cuenca. *Rev. Esp. Salud Pública* [periódico en

- la Internet]. 2000 Jun [citado 2008 Jun 24] ; 74(3).
1. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo>.
 13. Donabedian, A. "The seven pillars of quality." Arch Patrol Med. 1990; 114: 1-18.
 14. DiPrete Brown L, Miller Franco L, Rafeh N, Hatzell T. Quality Assurance of Health Care In Developing Countries. Quality Assurance Methodology Refinement Series. Report available from Center for Human Services, 7200 Wisconsin Avenue, Suite 600, Bethesda, MD 20814, US. p. 3-7.
 15. IOM. Growing consensus about Medical Error, chapter 1. To Err is Human Report. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999. Disponible en: <http://books.nap.edu/catalog/9728>.
 16. Di Catalo V. Errores médicos más comunes. Infocomercial.Com. California 1998-2002. Disponible en: <http://infocomercial.com>.
 17. Ramos Domínguez B. Calidad de la atención de salud. Error médico y seguridad. Rev Cubana Salud Pública 2005; 31(3): 238-44.
 18. Blanco A. Errores cometidos por residentes de Medicina Interna en la entrevista médica bajo observación directa. Rev Cubana Med Milit 2002;31(2):104-9.
 19. Passos, R. Perspectivas de la gestión de la calidad total en los servicios de salud. Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud: 1997.
 20. Zas Ros B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Psicología científica. 2002. [Citado el 7 de marzo de 2009]. Disponible: <http://www.psicologiacientifica.com>
 21. Ardón Centeno N, Rubio Silva Z, Navarro P, Daza de Caballero R, Ariza Olarte C. Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud. Rev Gerencia y políticas en salud. 2004; 6: 107-115.