

Consideraciones sobre el control de la calidad en la atención hospitalaria

Considerations on quality control in the hospital care

Dr. Raúl Cepero Morales; Ing. Freddy Caballería Pérez; Lic. Judith Ojeda de Pedro; Dr. Arturo Olazábal Alfonso

Hospital Provincial Clínico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realiza una revisión sobre los aspectos básicos del control de calidad en instituciones hospitalarias, con la finalidad de que dirigentes y trabajadores de estas entidades profundicen en estos temas. Se resumen los aspectos a tener en cuenta para la elaboración de las políticas de calidad y su sustento teórico.

DeCS: Atención hospitalaria; control de calidad

ABSTRACT

A review on the basic aspects of the quality control in hospital institutions is carried out, with the purpose to that leaders and workers of these entities deepen in these topics. The aspects are summarized to take into account for the elaboration of the quality policies and its theoretical sustenance.

DeCS: Hospital care; quality control

INTRODUCCIÓN

El control de la calidad se desarrolló originalmente en la actividad industrial, sin embargo, la filosofía inherente al mismo es aplicable a las actividades de servicio como es el caso de la atención hospitalaria y rápidamente ha adquirido un desarrollo importante en las mismas.

Nuestro país no está ajeno a este movimiento y se han dado pasos en la implantación del mismo en el sistema de salud, no obstante, aún no se alcanzan los niveles de comprensión necesarios para que esta actividad rinda los frutos deseados. Según la definición dada por Kaoru Ishikawa, considerado el padre de la moderna concepción del control de calidad, el control total de calidad empieza con educación y termina con educación; promoverlo con la participación de todos, requiere dar educación en control de calidad a todo el personal, desde el presidente hasta los operarios. El control de calidad es una revolución conceptual en la administración; por tanto hay que cambiar los procesos de raciocinio de todos los empleados. Para lograrlo es preciso repetir la educación una y otra vez. ¹

El presente trabajo tiene como objetivo presentar los aspectos fundamentales de esta actividad dentro del ámbito hospitalario, como una modesta contribución a la educación del personal de salud.

DESARROLLO

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puede definirse la calidad como el conjunto de características de un bien o servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente.² Este enfoque que pone en primer término la satisfacción del paciente es importante ya que en el ámbito de los sistemas y servicios de salud se suele aceptar que la calidad tiene dos grandes dimensiones que están relacionadas, aunque son diferentes:

1. La calidad técnica, que desde la perspectiva de los prestadores busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones en pro de la salud, así como la atención oportuna, eficaz y segura de los usuarios de los servicios.
2. La calidad percibida por los propios usuarios, que toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que dichas acciones se desarrollan. ³

Y sin descuidar el primer aspecto, es en el segundo donde se requiere mayor énfasis, ya que es donde se concentran las mayores dificultades prácticas en la atención hospitalaria en nuestro medio.

Podríamos resumir los objetivos de este enfoque como sigue: ⁴

1. Prestar asistencia médica acorde con el desarrollo actual de las ciencias médicas.
2. Lograr cuidados afines con las necesidades del paciente y que satisfagan sus expectativas.
3. Garantizar la continuidad de los cuidados.

Para la consecución de los mismos debe tomarse en cuenta que según el modelo conceptual de Donabedian ⁵ son tres los aspectos a tener en cuenta en el control de la calidad:

- Estructura
- Proceso

- Resultados

Hasta hace poco, el énfasis se ponía principalmente en la estructura y en los aspectos de regulación, acreditación, certificación y licenciamiento. Sin embargo, en la actualidad los procesos suscitan mayor interés, sobre todo aquellos que se orientan a garantizar la seguridad de las intervenciones tanto médicas como quirúrgicas y a fomentar la evaluación de las tecnologías, el empleo de intervenciones médicas basadas en pruebas confirmatorias, la atención protocolizada, y el empleo de indicadores intermedios que permitan medir el rendimiento de los servicios.³

En relación con los resultados, la ampliación del concepto de salud hasta incluir el completo bienestar emocional y social de la persona, su estado físico y la inclusión del concepto de calidad de vida entre las prioridades del sistema de salud, así como el que la percepción de los clientes sobre la calidad de los servicios de salud abarca actualmente no solo la mera evaluación del trato recibido en el momento de la asistencia, sino aspectos del proceso de atención tales como la información recibida, la capacidad de elección, el hospedaje, la continuidad de los cuidados entre niveles de atención, y otros, posibilita que la calidad percibida module en buena medida la calidad técnica, tanto en términos de los procesos como de los resultados.⁶

A partir de estos criterios, para hablar de calidad en una institución de salud hay que tener en cuenta que se garanticen los siguientes aspectos:

1. **Accesibilidad:** entendida como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el sistema de salud pública.

2. **Oportunidad:** la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. **Seguridad:** Que se entiende como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. **Pertinencia:** que representa el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad:** esto es, el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

La implementación práctica de estos requerimientos lleva implícito el cambio de mentalidad tanto de los directivos como de los trabajadores de la salud. Los siguientes pasos son imprescindibles:

- El establecimiento de una política de calidad por la dirección.
- La implantación de procedimientos de calidad para asegurar la correcta planificación, organización y control de sus procesos.
- El seguimiento de indicadores de calidad.
- El establecimiento de objetivos anuales de calidad.
- La realización de encuestas de calidad del servicio.
- La realización de evaluaciones periódicas de los centros para lograr la mejora continua de los mismos.

La política de calidad se concreta con la confección del plan de calidad, este debe impulsar un cambio cultural en el centro que favorezca el liderazgo de los jefes de servicios en la gestión de la calidad e implique a todos los trabajadores. Se intenta que la mejora continua de la calidad y su evaluación sean vistas como una responsabilidad profesional y que formen parte de las actividades habituales, de manera que se incremente progresivamente el nivel de calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos. Una vez alcanzado el cambio, el plan de calidad deberá garantizar que en el hospital esté implantado un sistema para monitorizar, mantener y mejorar la calidad, y que los resultados de la asistencia, medidos desde el punto de vista clínico, de satisfacción y costos, estén dentro de unos estándares de calidad.

El programa de calidad se fundamenta en la consideración de tres pilares esenciales: ⁴

- **Calidad científico-técnica o física**, que hace referencia a la asistencia que el paciente realmente está recibiendo, representa el punto de vista de los profesionales y se establece basándose en evidencias científicas. Sus jueces son pues, los avances técnicos y el juicio profesional.
- **Calidad funcional o interactiva**, que se refiere al componente interpersonal del proceso asistencial (cómo se produce la interacción paciente-profesional). En este caso sus jueces son el propio paciente y su familia.
- **Calidad corporativa**, que se corresponde con la imagen que los pacientes, los profesionales y aún la población general, tienen de ese servicio/hospital. Sus jueces serán el cliente interno y externo.

La perspectiva científico-técnica de la calidad es la más familiar para los profesionales. Estos están habituados a elaborar protocolos, a monitorizar aspectos esenciales de la práctica clínica o a discutir pormenores de la misma en las comisiones clínicas. Su desarrollo exige la elaboración de criterios e indicadores.

La segunda empieza a ser considerada en el ámbito profesional. Es común encontrar mención a la satisfacción de los pacientes en el planteamiento de los objetivos asistenciales. La calidad percibida inició su andadura con la práctica de encuestas de opinión a los pacientes ingresados en los hospitales, en la actualidad se considera más adecuado valorar el diferencial entre las expectativas y las percepciones de los pacientes atendidos, para identificar oportunidades de mejora de la calidad percibida. ⁷

Sin embargo, la calidad corporativa, todavía no aparece contemplada en los programas de calidad asistencial, aunque no se discute que ésta condiciona la valoración de la calidad técnica y funcional, dado que la imagen del servicio colorea todas las percepciones del mismo. ⁸ Cuidar la imagen es importante porque tiene un efecto globalizador para los pacientes y es costoso de modificar.

Los procedimientos de calidad, o sea la confección de protocolos detallados tanto para los procesos de atención a los pacientes, como para las funciones de aseguramiento logístico, así como la verificación de su cumplimiento, constituyen un factor fundamental para garantizar la calidad de la atención brindada por la institución. Se impone actualmente el empleo de las vías críticas. Las vías críticas son planes asistenciales que se aplican a enfermos con una determinada patología, y que presentan un curso clínico predecible. También se denominan mapas de cuidados o gestión de casos clínicos. La forma de presentación más común que adoptan las vías

clínicas es la de una matriz temporal, en el eje de las abscisas se coloca el tiempo en divisiones por días o incluso horas y la ubicación del enfermo, en el eje de las ordenadas se distribuyen todas las acciones e intervenciones cuidadosamente distribuidas (evaluaciones, determinaciones de laboratorio, tratamientos médicos y cuidados de enfermería, dieta, información y apoyo al enfermo y/o familiar, criterios de ingreso o de alta, etc.).⁹⁻¹²

Los indicadores de calidad pueden ser de tres tipos: centinela, basados en índices e indicador trazador. Un indicador centinela mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable. Un indicador basado en índice mide un suceso de la asistencia que requiere posterior valoración sólo si el índice de sucesos muestra una tendencia significativa en el tiempo, si excede umbrales predeterminados o si evidencia diferencias significativas al compararse con otros servicios y/o instituciones. Un buen *trazador* debe ser una categoría o condición diagnóstica típica de una determinada especialidad médica o de una institución, y que refleje de forma fiable la globalidad de la asistencia; es una enfermedad de diagnóstico frecuente en la que las deficiencias en la asistencia pueden ser comunes y susceptibles de ser evitadas, y en las que se puede lograr el máximo beneficio al corregir las deficiencias. Los indicadores se diferencian también por los distintos sucesos que miden estructura, proceso y resultado.¹³⁻¹⁵

Tanto la realización de encuestas como la evaluación periódica son imprescindibles para el perfeccionamiento y ajuste de los planes de calidad.

La gestión de calidad ha sido normalizada con la familia de las ISO 9000 del año 2000, que regulan los aspectos a tener en cuenta en esta actividad, estas normas constituyen una guía de gran valor para la implantación de los sistemas de gestión de calidad y regulan las condiciones que deben reunir para su certificación, con esto se logra garantizar la uniformidad y además se le confiere un aval a las organizaciones, una vez certificadas, que se está tornando imprescindible para el reconocimiento del trabajo de las mismas.¹⁶

Hasta aquí se han tratado de resumir los aspectos fundamentales para lograr un adecuado control de calidad en las instituciones hospitalarias, así como estimular a todos los involucrados para que profundicen en el tema e interioricen la necesidad de su aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sasaki N, Hutchins D. The Japanese Approach to Product Quality: It's Applicability to the West Pergamon Press Ltd. 1984
2. García Rosique PM, Herrera Hernández N, Ibarrola Pedroso W, Galloso Cueto G. Calidad de los servicios médicos especializados (I Parte). Rev Med Electrón 2007; 29(1):3.
3. Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2000; 8(1-2):6.
4. Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención. Bogotá, 2003[1]
<http://www.gerenciasalud.com/art284.htm>
5. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor. Michigan: Health Administration Press; 1985.

6. García RE. El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Rev Méd Chile 2001;129(7): 825-26.
7. Mira JJ, Buil JA, Rodríguez J, Aranaz J. Calidad percibida del cuidado hospitalario. Gaceta Sanitaria 1997; 11: 176-89.
8. Jiménez RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Rev Cubana Salud Púb 2004; 29(3):12.
9. Baeza R. El concepto de la gestión de calidad total (TQM). En: Baeza R. Educación superior del siglo XXI: modelos para una gestión de calidad. Santiago. Editorial Universidad del Mar; 1999p.p. 41-82.
10. Saura J, Saturno P. Protocolos clínicos ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su deiseño y elaboración. Atención Primaria 1996; 18: 91-6.
11. Contreras MA. Calidad en atención médica. Chile: Univ Bio-Bio; 2001.
12. García J. Las vías críticas: un método para la mejora de la calidad en el hospital. Curso UIMP. Alicante. En prensa. 1998.
13. Antoñanzas A, Magallón R. Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En: Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P. Calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Du Pont Pharma: 1997.
14. JCAHO. Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial 1991; 6: 65-74.
15. Vuori HV. El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología. Barcelona: Masson; 1988.
16. Manrique Bacca JI. Sistema obligatorio de garantía de la calidad y responsabilidad médica. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en: <http://www.medicolegal.com.co/ediciones/12000/actmedleg2.htm>

Recibido: 4 de marzo de 2008.

Aceptado: 28 de mayo de 2008.

Dr. Raúl Cepero Morales. Especialista de I Grado en Reumatología. Hospital Provincial Clínico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.