

El hexágono de la calidad

Héctor Gabriel Robledo Galván¹

José Meljem Moctezuma²

Germán Fajardo Dolci³

David Olvera López⁴

LA CALIDAD, NUESTRO PUNTO DE PARTIDA

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 o 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.) se lee 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”⁵. Los fenicios⁶, por su parte, le cortaban la mano a quien hacía un producto defectuoso, aceptaban o rechazaban los productos en función de si cumplía o 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, aun cuando en diversas ocasiones, ello implicara condenar al responsable a la muerte, la tortura o la mutilación⁷.

La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy ni tampoco era evaluada 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

¹ Director General de Calidad e Informática/CONAMED.

² Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

³ Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, SS.

⁴ Director de Calidad, CONAMED.

⁵ *Código de Hammurabi*, México, Cárdenas Editor y Distribuidor; 1992.

⁶ Wagner, Carlos G.), *Historia del mundo Antiguo. Oriente: Los fenicios*, Madrid, Akal, 1989, ISBN 84-7600-332-3.

⁷ Rivera Dorado, Miguel, *El pensamiento religioso de los antiguos mayas*, Madrid, Editorial Trotta, 2006, Col. Paradigmas.

del trabajo artesanal donde se pretendía ofrecer a los compradores siempre la mejor calidad en la mercancía, no fue sino a partir del siglo XVIII cuando ésta tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la Revolución industrial⁸.

Se notaba un interés por que el producto que generaba la máquina fuera razonablemente similar, y en el mejor de los casos, igual en cada ocasión. Pero fue realmente hasta finales del siglo XIX cuando en los Estados Unidos de América, Frederick Taylor⁹ quitó la responsabilidad de cuidar la tarea de calidad de los productos que estaba encomendada a los obreros y supervisada por los capataces, para ponerla en manos de los ingenieros industriales (profesión naciente entonces), quienes estaban más calificados y contaban con el conocimiento para corregir y supervisar más estrechamente el proceso de producción en serie.

Fue a principios del siglo XX cuando los industriales empezaron a ver un mercado mucho más amplio que el de sólo atender a las cúpulas sociales privilegiadas; con la tecnología 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 ese siglo cuando Henry Ford introdujo en la producción de la Ford Motor Company la línea de ensamblaje en movimiento¹⁰.

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 a partir del surgimiento de la competencia entre las empresas de servicios, que se inicia la cultura de la calidad a favor del cliente en este sector. Si revisamos la historia y la evolución de la implementación de la cultura de la calidad en empresas de servicio al cliente, podemos observar que fue la industria turística, en las ramas hotelera y restaurantera las que iniciaron con esto¹¹. 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, a partir de los años sesenta, principalmente en los Estados Unidos de América y con mayor fuerza en la década de los ochenta.

LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

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 doctor Avedis Donabedian fue el pionero que

⁸ <http://www.historiacultural.com/2010/07/las-revoluciones-industriales.html>.

⁹ Coriat, Benjamín, *El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*, México, Siglo XXI Editores, 1991.

¹⁰ Miranda González, Francisco, *Introducción a la Gestión de la Calidad*, México, Ed. Delta Publicaciones.

¹¹ Ruiz Olalla, C., "Gestión de la calidad del servicio". [Acceso: 8-10-2012.] 5campus.com, Control de Gestión, 2001. Disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>.

realmente se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en la Unión Americana; y casi de manera paralela y con el apoyo de él, en México se inicia una corriente encabeza por el doctor Enrique Ruelas Barajas en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en la década de los ochenta¹².

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 algunas personas por fortuna también, de responsabilidad social y de integridad moral¹³.

El concepto de calidad en la atención médica de acuerdo con 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”¹⁴.

Si bien desde la década de los sesenta, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició programas de evaluación por medio 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 se trata de *cumplir con las especificaciones*¹⁵.

Es en 1984 cuando se 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 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 que “[...] 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”¹⁶.

¹² <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001054>.

¹³ Ruelas, B. E. y Zurita, G. B., “Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud”, *Salud Pública de México*, 1993; 35:235-7.

¹⁴ Donabedian, Avedis, *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980; 1:38-40. También, cf. “Quality assurance in our health care system”, *Quality Assurance Utilization*, 1988; 1:37-68.

¹⁵ Muñoz Machado Andrés, *La Gestión de Calidad Total en la Administración Pública*, México, Ed. Díaz de Santos, 2007.

¹⁶ OMS, *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo*. Ginebra, Suiza, OMS; 2009 Enero. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf 27 de junio de 2011.

Sin lugar a dudas, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO, por sus siglas en inglés]) de los Estados Unidos de América, 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*”¹⁷. De manera adicional, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés) 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”¹⁸.

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 estudiado¹⁹. No existe un concepto universal de calidad, sin embargo una de las definiciones más claras y sencillas es: “[...] la capacidad para que un producto (o servicio) consiga el objetivo establecido al más bajo costo posible”. Esta definición de Phil Crosby es la más sencilla y la que, en pocas palabras, engloba un gran contenido (ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos)²⁰.

Hay otras definiciones que deben tenerse presentes, como la de W. E. Deming quien concibe la calidad 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. Feigenbaum²¹ 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 Juran²², sin embargo, sus definiciones son mucho más orientadas a los atributos de los productos, no tanto a los servicios, por ello, para ese autor la calidad significa 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.

¹⁷ Accreditation Standards. *Standards Intents*. JCAHO, Oakbrook Terrace, 2000.

¹⁸ Instituto de Medicina. *Medicare. Una estrategia para el aseguramiento de la calidad. Vol. I*, Washington, D. C. National Academy Press, 1990.

¹⁹ Cf. <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-historica.htm>.

²⁰ Crosby, P., *Quality is free*, Nueva York, McGraw-Hill, 1979.

²¹ Feigenbaum, A. V. *Total Quality Control*, Nueva York, McGraw-Hill, 4ª. ed., 1990.

²² Juran, J. M., *Manual de Control de la Calidad*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana de España, 3ª. ed., 1993.

El doctor Héctor Aguirre Gas ha dedicado su vida al estudio de la calidad de la atención médica en los servicios de salud en México, y 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”²³. 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, considerando que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza.

Otras definiciones que anotamos para no omitirlas son: la del *Diccionario* de la Real Academia Española, que la define 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 (ASQC, por sus siglas en inglés) 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”.

Cuando llevamos la definición de calidad 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. Al partir de la definición de Crosby debemos asegurarnos de 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 Asociaciones, Colegios Médicos, Consejos u otros similares, que a su vez incorporen las mejores prácticas de lo que se constata y publica en el mundo.

No perdamos de vista que el objetivo no es la calidad en sí como elemento discursivo de un proceso administrativo; se trata de 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.

²³ Aguirre Gas, Héctor, *Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Noriega Editores, 3ª. ed., 2002.

Los estudiosos del tema señalan que el concepto de calidad no es una definición estática, permanente o perenne; por el contrario, evoluciona conforme madura y avanza 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.

Existe un consenso en que los dos principales requisitos para llevar a una organización a trabajar con calidad son: *a)* Indicadores y estándares y *b)* un sistema de información adecuado, entendido éste no sólo como la captura y el procesamiento de datos con generación de información de los subordinados para los directivos, como frecuentemente sucede, sino como un sistema de realimentación para el aprendizaje organizacional y toma de decisiones, de tal forma que se disponga de mecanismos de control y seguimiento que aseguren que las correcciones se han llevado a cabo²⁴.

El avance en la prestación de servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos, así como los criterios para medir la calidad en la forma y en el fondo, deben ajustarse a normas 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 optimizar todos los estándares de evaluación de la atención hasta equipararse con 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. Sin 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.

Por último, 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 debe 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 desaparezcan.

Con el modelo que se describe a continuación, pretendemos incluir de manera agrupada y por temas, los elementos fundamentales que intervienen en la calidad de la atención médica, desde aquellos aspectos que pudieran considerarse básicos, hasta los que están en el contexto de la percepción. Todos los componentes deben formar parte de un riguroso proceso de evaluación permanente. Cualquiera de los componentes de este *hexágono de la calidad* puede cambiar en

²⁴ Ruelas Barajas, Enrique, "Hacia una estrategia de garantía de calidad de los conceptos a las acciones", *Salud Pública de México*, 1992; 34:29-45.

cuestión de días, o siendo estrictos, incluso en horas. Es por ello que no basta con tener en óptimas condiciones la unidad de atención a la salud en todas las vertientes del hexágono en un momento determinado; deben estar en condiciones óptimas de manera permanente.

EL HEXÁGONO DE LA CALIDAD

Una forma de integrar todos los elementos que participan en la calidad de la atención, como consecuencia del proceso, en la seguridad del paciente, es a partir de lo que aquí proponemos en el modelo que denominamos el **hexágono de la calidad**, donde en seis macrocomponentes se agrupan los elementos que favorecen o perjudican la actuación con calidad en la atención a la salud. Con la falta de cualquiera de estos elementos, la calidad es incompleta o parcial (véase figura 1).

Si revisamos con cuidado los seis componentes, podemos encontrar elementos asociados al modelo del doctor Donabedian en el que la estructura se concentra sobre todo en la dimensión 4 y los procesos están distribuidos en los otros cinco componentes, de modo que esta interacción da como producto dos vertientes de resultados: los de la perspectiva de la atención médico-quirúrgica y la percepción de la calidad recibida por el paciente y su familia.

Resulta imperante identificar que el modelo hexagonal no es estático, debe ser visto e interpretado como un modelo dinámico de interacción permanente, donde es la gestión la que le da unión, rumbo y sentido a las partes; y los valores los que le dan cimentación, solidez y valor agregado a la misión organizacional.

FIGURA 1.



Si bien la primera vertiente está relacionada directamente con el proceso médico (se incluye la atención científica del proceso para recuperar la salud), la segunda está asociada con la satisfacción del paciente y sus familiares, en muchos de los casos, con independencia de la calidad técnica recibida. Homologar los procesos en la atención médica, conlleva visualizar la calidad como un sistema que permite gestionar múltiples actividades, tales como administrar los diversos recursos e infraestructura necesarias.

1. Dimensión Técnica (Para algunos autores, la dimensión primordial de la calidad.)

Esta es la dimensión sustantiva en cuanto al acto o actividad eminentemente médica. Es en esta dimensión donde se ubica la calidad en el proceso de atención médica al enfermo, desde el diagnóstico que parte desde el interrogatorio, la elaboración de la historia clínica, la exploración correcta, la solicitud de los exámenes de laboratorio y gabinete, hasta la definición de un adecuado y óptimo esquema de tratamiento. Cada una de estas etapas está sujeta a variabilidad, la cual depende de la formación, la capacidad y la capacitación del equipo de salud: los médicos, las enfermeras y los técnicos que participan en el proceso.

Todavía en el siglo xx se hablaba de diferentes escuelas de diagnóstico y tratamiento y el estudiante de Medicina se podía inclinar por una o por otra. Si algún médico ostentaba su afiliación a la escuela francesa y otro más a la estadounidense, ambos eran respetados por igual; la fama o prestigio de cada uno dependía del éxito que tuviera en el tratamiento de sus pacientes. El éxito se transmitía de boca en boca y era la forma como se identificaba quiénes eran más acertados en su proceder.

A medida que la Medicina avanza a hombros de gigantes en las últimas décadas, es cada vez más homogénea la forma como se procede en todo el mundo, tanto para la etapa del diagnóstico como para la del tratamiento. En otras palabras, las diferentes escuelas y corrientes de pensamiento que distinguían a las instituciones o a los países de cómo se abordaban los casos y cómo se atendían, se está terminando. Cada vez es más similar —por no decir que idéntica— la forma como se conducen los médicos de todo el mundo para atender a un paciente; ello significa que se está avanzando a pasos enormes hacia la estandarización de la calidad en todo el mundo, en cuanto a los procesos y procedimientos médicos, de diagnóstico y tratamiento.

Hoy día es inaceptable que exista variabilidad en la forma de diagnosticar o tratar a un enfermo. La diferenciación, particularmente en el tratamiento, se atribuye a las singularidades de cada paciente (edad, padecimientos asociados, genética, raza, entre otros factores). En el mismo país, en principio debiera ser mucho más homogéneo, tanto los procesos como los procedimientos, pero aún se encuentran diferencias por regiones o incluso por instituciones. Esto no tiene sentido, la evidencia de la mejor práctica médica es la que debe prevalecer y todas las instituciones deberían, al menos en principio, actuar en consecuencia.

No es aceptable que para un mismo diagnóstico, un médico de la institución “A” solicite de rutina sólo un par de radiografías, mientras que otro médico de la institución “B” requiera, también de rutina, una tomografía axial computarizada. La pregunta es, para realizar adecuadamente el diagnóstico, qué estudios de apoyo son indispensables y cuáles se requerirían sólo por excepción. Es lógico que exista variabilidad en los estudios que se solicitan de laboratorio y gabinete en los casos de excepción, pero no en “los de rutina”. El colmo es cuando en la misma institución, por falta de procedimientos estandarizados, cada médico solicita estudios diferentes para pacientes con diagnósticos similares.

Para el caso de los tratamientos, ocurre lo mismo. No debe haber diferentes tratamientos para un mismo padecimiento, cuando en términos generales, los pacientes se encuentran en condiciones también similares. Hay que tener presente que el axioma de “Existen enfermos, no enfermedades” puede ser el pretexto para pretender justificar la variación en la terapéutica.

La atención médica no debe ser vista como la libertad de cátedra, no puede someterse a corrientes de pensamiento parciales o a lo enseñado en algunas escuelas con planes de estudio no actualizados, porque así como el paciente puede encontrarse a médicos egresados de las mejores universidades del mundo, donde se realiza investigación permanente, generación continua de conocimiento, actualización constante y adopción de las mejores prácticas; así también el paciente puede caer en manos de médicos egresados de escuelas con programas obsoletos, enseñanzas caducas y métodos de diagnóstico y terapéuticos rebasados.

El riesgo para la seguridad del paciente en ambos escenarios es muy distinto; con médicos que van a la vanguardia, en el estado del arte es muy probable que se obtengan mejores resultados como producto de la aplicación de las mejores prácticas; identificadas, publicadas y adoptadas en las instituciones innovadoras y punta de lanza del conocimiento, en comparación con aquellas rezagadas en esta materia.

Por principio, el análisis y la evaluación de la prestación de servicios de salud debe darse a partir de los conocimientos vigentes disponibles, sobre la *lex artis* médica, entendida ésta como “ley el arte” o regla de actuación de la profesión que sea, que en nuestro caso es la Medicina. En línea jurisprudencial, se podría encontrar la definición de:

[...] criterio valorativo de la corrección del acto médico concreto ejecutado por el profesional de la Medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del actor y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos —estado o intervención del enfermo— de sus familiares o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Estas últimas circunstancias ambientales llevarían a hablar de una “*lex artis ad hoc*”, o específica de cada caso concreto²⁵.

²⁵ Disponible en: <http://medicinavderecho.blogspot.mx/2011/01/lex-artis.html>.

Un tema particular lo ocupa el cuidado y tratamiento paliativo en la calidad de la atención que se debe brindar a los pacientes que padecen una enfermedad grave o potencialmente mortal y en no pocos casos, en etapa terminal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas²⁶.

2. Dimensión interpersonal

Es el trato humano, amable, digno y respetuoso, lo que se conoce como calidad percibida por el paciente y sus familiares. Este componente es el primer paso que debe cuidar el equipo de salud para atender a los pacientes. Desde que ingresan a la unidad, desde que cruzan la puerta, ahí debe empezar el trato humano, digno, amable. En muchas ocasiones, el primer contacto del paciente al ingresar a la unidad es con un policía o vigilante que empieza con el primer interrogatorio... “¿A dónde va?, ¿con quién va?, ¿qué se le ofrece?...; ¿es derechohabiente o no?”. Poco le falta para iniciar la historia clínica. En el menos malo de los escenarios, el guardia dirige al paciente al módulo de informes para que de ahí sea canalizado al servicio que corresponde. (Debe reconocerse también que hay policías que disponen de una silla de ruedas para cuando llega un paciente que la requiere, se la ofrece y a veces ayuda al familiar a sentarlo.)

El segundo contacto humano —dependiendo el tamaño y características de la unidad— es la trabajadora social, la enfermera o directamente el médico. Salvo en situaciones de urgencia, en general se puede empezar la interacción, ya sea con el paciente o con su familiar; ganándonos la confianza, mostrándole auténtico interés por el caso, mostrando en todo momento atención a la preocupación por lo que les aqueja, por mínimo que sea el problema. El trato amable, cortés, atento desde que inicia la relación médico paciente es fundamental para tranquilizar al paciente o a su familiar. Eso es iniciar con calidad el servicio (esto se requiere más en el sector público, ya que en el privado, el trato amable es una característica muy común).

Es muy importante que el trato amable no sea sólo al paciente, en muchos casos es con el familiar con quien se interactúa y debe tenerse presente que puede encontrarse alterado, preocupado, desesperado, etc., por lo que la comunicación puede sufrir distorsiones, interrupciones o suspensiones abruptas. La actitud de servicio por parte del equipo de salud no puede depender del estado de ánimo del día o del momento, debe ser una constante. Esto debe estar descrito con detalle en los protocolos de atención y trato al paciente desde que entra por primera vez hasta que concluye el proceso. La actitud del personal no debe ser una expectativa del director de la Unidad, esperando que sea la

²⁶ González Barón, Manuel, *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte al enfermo de cáncer*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2007, ISBN 978-84-9835-131-6.

naturaleza y vocación del trabajador lo que detone los buenos resultados. Se requiere, además de un buen reclutamiento y selección del trabajador, cursos de inducción y capacitación, adecuados y suficientes que formen parte del programa de mejora continua de la institución.

Es necesario observar que la dimensión interpersonal tiene a su vez tres componentes básicos: el trato propiamente al paciente y en su caso al familiar, el que este trato amable y cortés sea durante todo el tiempo, desde que cruza la puerta de entrada hasta que sale y no sólo en momentos esporádicos que se dan en aquellos servicios donde la amabilidad depende del personal en turno; y por último, el trato al egresar de la unidad, el proceso de alta en cualesquiera de las condiciones posibles (curación, estabilización o muerte) debe ser con eficiencia, calidez y respeto.

No falta quien considere que la dimensión interpersonal es un proceso adjetivo, ya que si se salva la vida del paciente o si médicamente se cumple con todo el deber ser, entonces se podría considerar equivocadamente que la atención fue de la máxima calidad, y no es así. Se debe hacer todo por ofrecer la mejor atención médica diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación, y en su caso, paliativa; pero el trato amable y cortés al paciente y sus familiares no puede ni debe ser omitido o soslayado. Este trato es el que tiene relación con la percepción. Se puede ofrecer la mejor atención técnica pero el paciente puede percibir que se le dio muy mala atención; y viceversa, se le puede brindar una atención regular o mala, desde el punto de vista técnico, y el paciente o sus familiares pueden manifestar haber recibido el mejor trato.

El doctor Germán Fajardo Dolci incluye un elemento esencial para la evaluación de la calidad que se otorga en los servicios de salud y es la expectativa de los pacientes y sus familiares respecto a lo que esperan de una atención²⁷. Esto nos hace considerar que, a diferencia de lo que se requiere para medir la calidad en un producto, en los servicios las expectativas cuentan mucho porque la percepción del cliente o usuario puede ser distinta y a veces diametralmente opuesta a lo que considera el prestador de servicios. Esto es aplicable a la evaluación de la calidad en toda la industria del servicio; la hotelera, restaurantera, turística u otra.

En las encuestas que se han aplicado a los pacientes, la respuesta favorable o no en cuanto al nivel de satisfacción, no necesariamente está en función de los protocolos técnicos que se hayan seguido al pie de la letra; dependen más del trato y la comunicación que estableció el médico con el paciente.

Sin duda estamos hablando de dos universos de percepción de la calidad, la que considera el médico y su equipo de salud así como los directivos, que se otorga de acuerdo con los parámetros y estándares nacionales e internacionales establecidos; y otra es la calidad que percibe y califica el paciente de acuerdo con sus experiencias y expectativas, las cuales están en función de su marco de referencia, de su nivel cultural, social y académico, de juicios o prejuicios, de mitos y rumores, etcétera.

²⁷ Fajardo Dolci, Germán, "Calidad de la atención, Ética Médica y Medicina Defensiva", *Revista CONAMED*; 2008; 13:3-4.

A consecuencia de lo anterior, Fajardo señala que la calidad debe entenderse como: “Otorgar al paciente atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”²⁸.

3. *Dimensión Política*

La calidad de la atención requiere de leyes, reglamentos, lineamientos y toda aquella normatividad que induzca y en su caso, obligue a un cumplimiento lo más fidedigno posible, de aquello que se ha establecido como las mejores prácticas. Si para un procedimiento de diagnóstico o tratamiento se ha logrado llegar a un consenso, entonces debe implementarse en la institución y dársele seguimiento. Con monitoreo y evaluación se verifica el control al respecto y se identifican los posibles sesgos.

Desde luego, para los casos de excepción habrá un protocolo correspondiente. No es suficiente con el hecho de contar con la buena voluntad, disposición o interés de quienes participan en la atención médica, porque ello puede estar sujeto a variaciones de temporalidad, de liderazgos o de compromisos efímeros. Se requiere establecer un marco normativo que impida que sea cuestión de voluntades temporales o de convicciones pasajeras. La obligatoriedad del cumplimiento es un paso que favorece el cumplimiento de los procesos establecidos de las mejores prácticas en todos los aspectos. Es difícil obligar al servidor público a que presente una atención cálida, amable y cordial con el paciente y su familiar, pero sí se puede evaluar si acaso el personal lo está haciendo o no. Desde luego que hay un enorme componente subjetivo en el proceso, pero debe avanzarse en esta línea de trabajo.

Entre los instrumentos básicos para comprometer a las instituciones a trabajar con calidad, e implementar las medidas correspondientes, destacan el Plan Nacional de Desarrollo (PND) en lo general y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) en lo particular, donde se suscriben los compromisos y las metas por alcanzar en los años del gobierno en turno. Para el caso de este último, se deben incluir con detalle cada uno de los proyectos a desarrollar en el tema de la salud. Entre éstos se encuentran los relacionados con la atención médica y es en ellos donde se deben especificar los indicadores y las metas a cumplir. Por ejemplo: Las metas de reducción de la mortalidad materna e infantil, así como la disminución de las infecciones nosocomiales, no se pueden alcanzar si no se implementan acciones en materia de calidad y seguridad del paciente.

Las metas de cobertura o de profesionalización de la atención no se pueden lograr si no se atienden los compromisos con interés y oportunidad. Es importante destacar que la mayoría de los indicadores son de ámbito internacional, es decir, se calculan exactamente con los mismos parámetros en todo el mundo para hacer las cifras comparables y medir los avances con los mismos instru-

²⁸ <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114c.pdf>.

mentos. Esto permite establecer metas comunes en beneficio de las poblaciones de regiones o incluso continentes.

Necesitamos más y mejores políticas públicas en salud, de manera general, y en atención con calidad, de manera particular, para atender el rezago en la materia. Con políticas de salud pertinentes, sensatas y factibles, podremos avanzar en ofrecer a la población mejores servicios de salud. Es preciso identificar que cada vez son más las dependencias involucradas en los procesos que se llevan a cabo en las instituciones públicas y de servicio; y ello debe estar totalmente alineado con políticas públicas en esta materia. La homologación de la calidad de la atención y el cuidado a la salud, demanda un esfuerzo integral de muchos actores y de varias dependencias, tales como la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), la de Comunicaciones y Transportes (SCT), la de Educación Pública (SEP), por mencionar las más importantes.

En este enfoque multidisciplinario e interinstitucional destaca el papel que desempeña la SEP, en específico refiriéndonos a la educación de los niños en el cuidado de la salud. Se requiere continuar promoviendo en la educación básica la importancia de vacunarse, de lavarse las manos antes de consumir los alimentos, de hervir el agua antes de tomarla, de las características de la alimentación saludable, beber o utilizar agua potable, entre otras actividades. No puede existir calidad de la atención cuando el usuario desconoce la importancia de hacer uso de los servicios de Medicina preventiva y de las medidas básicas de higiene y cuidado de la salud.

Se requiere seguir avanzando con pasos firmes en la generación de políticas públicas en materia de desarrollo social que transformen las propuestas de salud. Hoy se dispone de atención médica en la comunidad más aislada de la sierra; sin embargo, el reto de la calidad de los servicios en cada rincón del país, aún está presente, es decir que falta mucho por avanzar todavía en materia de oferta de servicios.

Es imposible hablar de calidad en la atención médica, cuando se vive sin agua potable o luz eléctrica; no puede haber calidad en el cuidado a la salud ahí donde no se realice un manejo adecuado de los residuos orgánicos e inorgánicos, de excretas o de residuos peligrosos biológico-infecciosos, por citar sólo algunos de los elementos básicos de infraestructura. El estudio de los determinantes de la salud es fundamental para avanzar en el impulso de la calidad de los servicios. Se requiere identificar con precisión dónde se debe incidir para modificar la historia natural de las enfermedades endémicas de cada comunidad.

Se requiere abordar el tema de calidad en los servicios de salud de manera multidisciplinaria y con el enfoque de complejidad no lineal. Es preciso estudiar y conocer con mayor detalle las condiciones de vida de las diversas comunidades en cada una de las regiones del territorio nacional, con particular énfasis en las más marginadas y de difícil acceso. Ello permitirá ser más pertinente y asertivo en la generación de políticas públicas y sus consecuentes programas de trabajo. Ante tal heterogeneidad, es muy difícil la homologación plena o absoluta. A mayor similitud en el grado de desarrollo por municipios,

entidades y regiones, habrá mayor semejanza también en los indicadores de calidad que se hayan establecido.

Hoy día se puede afirmar que se tiene razonablemente claro cómo está cada región del país. Con el trabajo emprendido por las distintas instituciones que recaban y brindan información, se puede integrar un diagnóstico actualizado de las diferentes características sociodemográficas y económicas de cada municipio del país. Diagnósticos de salud hay suficientes, lo que faltan son políticas públicas que le den respuesta social al resultado de esos diagnósticos.

Unificar los servicios de salud para compartir infraestructura y hacer más eficiente el servicio, particularmente en las comunidades donde se cuenta con pocas unidades de atención médica, permitirá ofrecerle a la población, de manera inmediata, servicios de atención y cuidado de la salud.

Al analizar las acciones gubernamentales encaminadas a brindar atención médica a la población, observamos programas paralelos que directa o indirectamente intervienen en la mejora de la calidad, tales como: combate a la corrupción, transparencia, rendición de cuentas y participación ciudadana, entre otros.

No menos importante es la vinculación con instituciones y organismos del ámbito internacional donde se establezcan compromisos, acuerdos de cooperación, convenios, etc., que beneficien a ambas partes. En ocasiones serán intercambios de información, pero en otras serán apoyos de diversa índole y envergadura, que pueden incluir recursos materiales, físicos, financieros o tecnológicos creados ex profeso para acciones específicas. Uno de los mayores beneficios de estos intercambios es la capacitación y actualización de los recursos humanos, desde los médicos generales y especialistas, hasta las enfermeras y los técnicos de laboratorio y gabinete. La interacción internacional es una fortaleza que debe impulsarse de manera intensiva en las siguientes décadas para un mejor desempeño en las unidades de atención a la salud.

Los acuerdos y convenios con OPS, OMS y otros organismos internacionales son muy comunes para desarrollar proyectos de interés mutuo y de gran beneficio para la población, sin restarle importancia a la participación de organismos como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otros de perfil financiero. Fomentar la vinculación con estas y otras instituciones contribuye a mejorar el trabajo en las propias, buscando el beneficio de los usuarios de los servicios.

4. Dimensión estructural

La calidad está fincada en la infraestructura humana, física, material, financiera y tecnológica. Hay quienes establecen jerarquía u orden de importancia a los recursos. Consideramos que hacerlo es un ejercicio estéril pues con la ausencia de cualquiera de los cinco recursos, la organización trabaja de manera incompleta y con fallas previsibles. Acá ya no estamos hablando de calidad sino de administración y operación con riesgos. En la medida en que resulten

insuficientes cualquiera de los recursos, la calidad irá en picada y los riesgos en aumento. Si bien disponer de los recursos necesarios e indispensables en tiempo y forma, para muchos pensadores parecería una quimera, para fines de calidad es una obligación. Cuando se negocian los recursos de los que se puede prescindir, se negocia en qué área operativa se puede disminuir la calidad e incrementar los riesgos. A mayor cumplimiento de los estándares de calidad, mayor la certeza de que se trabajará con calidad, y viceversa.

Todos los componentes estructurales son importantes y cada uno en su justa dimensión. Así como no podemos prescindir de un estetoscopio en un consultorio médico, tampoco del fondo revolvente en caja o de la luz en el inmueble. A continuación se hace una descripción concreta de cada uno de los recursos que integran esta dimensión, no sin antes señalar que el recurso del tiempo intencionalmente no ha sido considerado en este trabajo.

El recurso humano, denominado también capital humano, está conformado tanto por los integrantes del equipo de salud como son los médicos, enfermeras y técnicos que participan en el acto médico, como por los participantes del equipo de apoyo, donde se incluye a los directivos y administrativos. No debe soslayarse la participación de estos últimos, ya que sin el soporte de apoyo en las unidades de salud de la recepcionista, el camillero, las trabajadoras sociales y el cuerpo directivo, la operación de la unidad no sería factible.

La dimensión estructural en esta materia propone contar con todos los recursos necesarios, por unidad y turno, para cubrir de manera óptima el servicio. El improvisar por la ausencia de personal con la intervención de colaboradores a quienes se les puede pedir que suplan la ausencia del personal médico especializado, resuelve parcialmente un problema coyuntural pero debemos asumir que se incurre en un riesgo, tal es el caso cuando se le solicita a un pediatra que cubra el servicio de nefrología o a un anestesiólogo el servicio de Medicina Interna, u otros casos análogos.

La capacitación y actualización permanente es un componente fundamental para trabajar con calidad; de nada sirve contar con los especialistas más destacados en el área médica si no conocen y, por ello, no saben operar el nuevo equipo diagnóstico o de tratamiento que recientemente adquirió la Unidad. La capacitación y actualización periódica debe ser una política irrenunciable para todo el personal, incluidos técnicos, administrativos y directivos.

Destacamos en la dimensión técnica la importancia de proceder con las mejores prácticas, establecidas por las líneas vanguardistas de cada especialidad; la única forma de mantenerse en el estado del arte de los procesos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos es mediante la capacitación y actualización continuas. Es ineludible que debe medirse y evaluarse el efecto que tienen los planes y programas de estudio en la formación, capacitación y actualización del equipo de salud. Una estrategia implantada desde hace varias décadas es la aplicación de procesos de certificación por parte de los Colegios médicos, las Asociaciones, los Consejos y las Academias de las diferentes ramas de la Medicina. La certificación forma parte de un proceso de evaluación que debe estar

orientado a la identificación de áreas de oportunidad y mejora, y no tanto a la búsqueda de las deficiencias o carencias con fines persecutorios.

Para homologar la calidad de la atención se debe seguir avanzando en la consolidación de los procesos de certificación periódica, seria, profesional, del personal de la salud. Médicos, enfermeras y técnicos deben mantenerse actualizados y capacitados en su quehacer cotidiano, y la mejor forma de avalarlo es la certificación por parte de organismos con prestigio, tanto nacionales como extranjeros, particularmente en sus funciones organizacionales de tal manera que se cuente con personal en la frontera del conocimiento dentro de su ámbito de competencia.

Si bien destaca el papel desempeñado por el personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de servicios de salud, también cobra particular énfasis el rol que ocupa el personal directivo, sobre todo el director de la Unidad, cuando es una clínica u hospital con servicios especializados o capacidad de resolución considerable.

De lo que estamos hablando es de *gerencia*, la cualidad que debe caracterizar al directivo de las organizaciones de salud. La calidad se implementa y se mantiene en organizaciones lideradas por gerentes con visión clara de rumbo, con alto desempeño y cuyo perfil esté orientado a resultados, al alcance de metas y al trabajo en equipo, entre otros. En la corriente de la Nueva Administración Pública (NAP) así como en el Neoinstitucionalismo, se destaca de manera relevante la función que debe ejecutarse en esta materia.

La actualización y capacitación permanente del equipo de salud debe ser una política consolidada de calidad para los servicios de salud. La formación y renovación asertiva de los recursos humanos en salud, constituye una estrategia que debe seguirse fortaleciendo en todo nuestro Sistema de Salud. Sólo con personal formado adecuadamente y preparado para desempeñar con vocación, conocimiento y espíritu de servicio, se podrá ofrecer una verdadera y pronta atención médica de calidad y calidez.

Los recursos físicos, la infraestructura. Se refiere a las instalaciones físicas, al inmueble donde se otorgan los servicios de salud, desde un consultorio o centro de salud hasta un hospital de alta especialidad. La unidad debe contar con instalaciones cómodas, seguras, funcionales, limpias, adecuadas al tipo de servicio que se ofrece.

No es raro ver hospitales construidos hace pocas décadas que no cuentan con espacios de espera y baños para los familiares, así mismo para descansar o para dormir, recordemos que muchos de los enfermos que acuden a los hospitales públicos, ya sea del Distrito Federal o de las capitales estatales, proceden de distintos estados de la República y no cuentan con recursos para pagar un lugar donde pernoctar, quedándose en la sala de espera, en los pasillos o en ocasiones, hasta en los jardines o parques colindantes.

Muchas de las unidades médicas no cuentan con rampas para sillas de ruedas o parecen laberintos que obligan a poner decenas de letreros para orientar a los pacientes y sus familiares. La planeación de las Unidades es cada vez más

multidisciplinaria, por lo que no sólo interviene la visión y experiencia del equipo médico, también participan arquitectos, ingenieros, paisajistas, diseñadores, dándole un concepto de modernidad, funcionalidad y belleza acordes a los conceptos diseñísticos del siglo XXI. Hoy resulta inaceptable pensar que se planearía un hospital con la ubicación de los servicios en los extremos, obligando a los camilleros a un traslado a través de pasillos largos y fríos a pacientes que muchas veces están cubiertos sólo con una ligera sábana.

Es primordial considerar en las instalaciones lo que se conoce como “amenidades”, que para muchos podrían parecer secundarias o incluso irrelevantes, sin embargo, para hablar de calidad se debe contar con servicios de apoyo complementarios (y suplementarios) como: televisión en salas de espera y de ser posible en los cuartos de hospitalización; un sillón sofá o un sofá cama para los familiares; pequeños espacios de distracción y descanso.

No está por demás subrayar la importancia de contar con instalaciones limpias, ventiladas, agradables a los sentidos; con colores relajantes y aromas agradables, poco ruidosas y de ser posible, con música ambiental de fondo, con baños equipados y en buen estado, con habitaciones dignas y decorosas; servicios de alimentación higiénicos y seguros, hospitalización con rampas o elevadores acordes al tamaño de la institución²⁹, entre otros.

Recursos tecnológicos. Un componente ineludible de la calidad en la atención a la salud es la tecnología de soporte. Si analizamos un consultorio médico, la tecnología es básica; pero requiere cuando menos de: estetoscopio, baumanómetro, otoscopio, oftalmoscopio y faringoscopio, así como una báscula, un negatoscopio y un botiquín de primeros auxilios con todo lo necesario³⁰. En caso de que el consultorio sea de alguna especialidad, entonces deberá contar además con el equipo específico que requiera. Para el equipamiento, la Secretaría de Salud federal (SS) ha publicado ya suficientes Normas Oficiales Mexicanas (las llamadas “NOM”) y guías de equipamiento que le permiten a cualquier médico identificar lo que debe tener³¹.

Si la unidad es una clínica, centro de salud, hospital o Centro Médico, debe disponer de la tecnología adecuada para el diagnóstico y en su caso, tratamiento establecido. Por ello, la definición de Crosby es la más aplicable a los servicios de salud: la calidad se evalúa conforme a lo establecido, a lo comprometido. No se espera que un consultorio de primer nivel de atención o un centro de salud comunitario tengan un tomógrafo porque no está establecido que lo que deban tener pues lo que se va hacer en esas unidades son procedimientos diagnósticos de otra índole (más sencillos). En cambio, no es aceptable que tal tecnología esté ausente en un hospital de alta especialidad.

²⁹ SS, *Innovaciones en Gestión Hospitalaria, el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*, México, SS, 2006, pp. 106-9.

³⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, publicada en *DOF*, 17 de abril de 2000, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

³¹ Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), *Serie: Tecnologías en Salud, Vol. 2, Modelos y Guías de Equipamiento Médico*, México, CENETEC, 2007.

Sin duda, el avance de las telecomunicaciones y la informática en general permitirá rápidamente recuperar tiempos y resarcir rezagos. La telemedicina será la herramienta del siglo XXI para acortar brechas en materia de atención y cuidado de la salud.

Con las nuevas tecnologías y los avances del conocimiento médico, se puede avanzar en busca de modelos interactivos e interoperativos, donde se optimicen recursos y se multipliquen resultados. Se requiere avanzar en un modelo de atención a la salud acorde a las necesidades del México del siglo XXI, donde la tecnología permite posibilidades infinitas de comunicación y soporte al cuidado de la salud.

Para avanzar en el impulso de la calidad, la telemedicina representa una estrategia valiosa e imprescindible ya que con ella se puede consultar a expertos que estén en diferentes unidades hospitalarias en todo el país, evitando en muchos casos el desplazamiento del paciente y los costos que ello implica.

Se darán pasos agigantados en la homologación de la calidad cuando por vía telefónica se le envíen de manera automática a todos los pacientes que dispongan de un teléfono celular, el recordatorio de la toma de sus medicamentos, de la realización de exámenes o de las citas de control con su médico.

Una estrategia del Gobierno Federal que pronto será una herramienta de valor incalculable en los servicios de salud, es el impulso a la *interoperabilidad* de los sistemas de información. Con esta estrategia se podrán compartir archivos de texto o de imagen entre diferentes unidades de servicios de atención a la salud para ser más eficientes en los procesos de diagnóstico y tratamiento de los usuarios³².

Los sistemas de información robustos son herramientas que deben incorporarse lo antes posible en la gerencia de los servicios de salud. Con estos sistemas podremos identificar con oportunidad cuándo disminuye el abasto de cada medicamento, o insumos para la operación de la Unidad. Identificaremos los costos de la atención con mucho mayor precisión; los expedientes de cada uno de los pacientes podrán movilizarse en la red informática y ser vistos o utilizados desde cualquier parte del mundo, entre otras ventajas³³.

Los sistemas de seguridad informática están avanzando a ritmo vertiginoso, por lo que se podrá compartir por la Web la información de todos los pacientes que así se requiera, con la seguridad de que no se hará mal uso de la información confidencial.

Tan importante es la adquisición de la tecnología como el mantenimiento de la misma. La calidad requiere y exige el estado óptimo de operación de los recursos tecnológicos y el surtimiento adecuado y oportuno de los insumos necesarios para que operen.

Una pregunta básica hoy día es saber si las unidades hospitalarias por medio de sus órganos rectores, dispondrán de equipos adquiridos o en arrenda-

³² <http://www.ignaciopara.com/la-interoperabilidad-de-los-sistemas-de-salud/>

³³ *Innovaciones en Gestión Hospitalaria, op. cit.*, pp. 129-55.

miento, ya que este último es un modelo que permite actualizar con frecuencia los equipos tecnológicos que evolucionan con sorprendente rapidez.

Recursos Materiales. Entendidos como aquellos que se utilizan para la operación cotidiana de la Unidad en todos sus aspectos. Desde luego, se requiere desde gasas, alcohol, algodón y abatelenguas para un consultorio, hasta reactivos, placas y otros consumibles e insumos para los equipos de diagnóstico y tratamiento. Otros insumos para la operación además de los sustantivos, son los de apoyo a la operación administrativa tales como material de limpieza, tóner, papelería básica, agua, luz, teléfono, etc. No puede haber calidad de atención en un lugar donde se vaya la luz constantemente o donde falte el agua, por mencionar dos prioridades. Se puede trabajar con una pared despintada, pero no en un quirófano sucio o que no haya sido sanitizado con los químicos indicados tras una cirugía.

Es fundamental que los recursos materiales estén en tiempo y forma y no demoren días, semanas o a veces meses en ser restituidos, pues los procesos se afectan de manera considerable.

Cada vez más debemos sentirnos ofendidos y avergonzados frente a la población civil cuando hay que decirles que deben acudir a la unidad más cercana a realizarse los estudios de laboratorio o gabinete porque en la propia no hay reactivos, el aparato está descompuesto o el técnico no se presentó a trabajar.

Sin duda, todos son aspectos importantes, pero los medicamentos tienen particular relevancia por ser el vehículo mayormente requerido para la curación de buena parte de las enfermedades de los pacientes que acuden a las unidades de salud. La gerencia de los medicamentos debe tener un giro en esta década ya que no es raro identificar la ineficiencia para su disposición y entrega a los pacientes. El contar con ellos por medio de estrategias operativas eficientes debe ser el reto en este rubro, ya sea haciéndolo más eficiente en la administración propia, o subrogando el servicio a un tercero. (En la literatura de gerencia hospitalaria se sugiere, como ejemplo, separar la administración de la farmacia interna de las unidades, de la farmacia de consulta externa.)

Recursos Financieros. Al igual que los recursos materiales, los recursos financieros son indispensables para la calidad en la operación de cualquier organización. Damos por hecho que no es necesario extenderse en la explicación de que una institución sin pago de los gastos básicos no puede funcionar. En las instituciones públicas, los sueldos y salarios son parte de estos costos fijos, así también el agua, la luz, el teléfono, la conexión a internet y demás. Debe tenerse presente también la importancia de contar con un fondo revolvente para atender imprevistos, de acuerdo a la normatividad vigente.

La transparencia y rendición de cuentas, sumada a los sistemas de control y seguimiento de ingresos propios y ejercicio de presupuesto, son políticas ineludibles e incuestionables. La automatización de los procesos, en particular para el seguimiento minucioso del ejercicio del gasto, resulta básico hoy día. Debe haber total vinculación con las instancias fiscalizadoras, externas e internas, para evitar desvío de recursos.

La suficiencia presupuestal es básica para poder cumplir con el programa de trabajo. La adecuada e inteligente elaboración de la propuesta es fundamental para la correspondiente asignación de recursos. No es raro escuchar que se pidió un monto determinado y sobre ese se autorizó la mitad o dos terceras partes. Está claro que si el presupuesto está bien hecho y bien fundamentado, pero no es autorizado por las razones existentes (siempre de sobra), entonces no podemos hablar de calidad en todos los procesos; seguramente habrá deficiencias en algunos rubros.

5. Dimensión de Desarrollo Organizacional

No hay peor enemigo de la calidad que la soberbia. El no querer ver los errores, el no aceptar las fallas, el negar las equivocaciones. La soberbia es la mejor forma de mantener y perpetuar los errores. Cuando el responsable de un proceso no admite que la falla es del equipo humano (ya sea del médico, enfermera, técnico, trabajadora social o personal administrativo), del sistema de información, de las instrucciones dadas, de los sistemas de control administrativo, de la falta de supervisión, etc.; el error puede repetirse una y otra vez, ocasionando frecuentemente consecuencias cada vez más graves y de mayor repercusión en el desempeño institucional.

Es fundamental para que haya calidad que las organizaciones identifiquen adecuadamente y con oportunidad las incidencias y reincidencias de lo que está aconteciendo. Tan importante y necesario es identificar los errores, los desaciertos, las equivocaciones, las fallas, las omisiones de cualquier índole, como los aciertos y las experiencias de éxito, las innovaciones que favorecieron la operación institucional generando éxitos específicos o generalizados, temporales o permanentes. El concepto es que las organizaciones deben aprender de lo que acontece en el día a día, de los aciertos y errores para tomar medidas de prevención y corrección en un caso, o de implementación y multiplicación en el otro caso. La organización, entendida no sólo como los directivos que conducen la gerencia y toman decisiones en un constante devenir; sino todos los actores que forman parte de la institución.

Las organizaciones que aprenden, sobresalen de las demás pues reducen riesgos y errores y multiplican éxitos, de manera que la sociedad a la que pertenecen divulga estos hechos y los promueve. Este aprendizaje en el sector privado resulta imprescindible para sobrevivir en un mercado de libre competencia; en el sector público, la atención al cliente distingue en la iniciativa privada a las buenas de las malas empresas, y ello puede significar su permanencia o desaparición del mercado. Este enfoque es reciente y está descrito en los textos de la nueva administración pública. En el sector público, si las organizaciones no aprenden de sus aciertos y errores, y ello significa repetir las equivocaciones una y otra vez, no afecta la permanencia de la institución pues no se puede desaparecer. Los directivos justifican una y otra vez el porqué se hacen mal las cosas (o por qué no se hacen); y con la respectiva documenta-

ción que ampara el procedimiento administrativo, quedan exculpados de toda responsabilidad. El afectado es el usuario denominado “derechohabiente” en las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM...).

Sólo con la cultura de la mejora continua se pueden modificar inercias y rezagos, comportamientos históricos que forman parte de usos y costumbres institucionales, difíciles de cambiar. Se requiere además de la voluntad, una enorme energía para romper rumbos y rutinas obsoletas o caducas. Se requiere estar alerta para identificar áreas de oportunidad y mejora, de otra forma, pasarán frente a los directivos o tomadores de decisiones las mejores opciones para optimizar procesos y lograr mejores resultados.

Así como la certificación es una estrategia óptima para evaluar la actualización, capacitación y competencias diversas de los recursos humanos, así también diferentes tipos de capacitación son indispensables para evaluar que se estén llevando a cabo las mejores prácticas en el quehacer institucional. Las certificaciones ISO son un ejemplo³⁴, entre otros, de lo que pueden y deben hacer las instituciones para estandarizar sus procesos y garantizar al usuario la similitud (y de ser posible, la exactitud) de un proceso. A diferencia de una industria donde se fabrican piezas para motores y se requiere la repetición exacta para mantener los costos de fabricación y la calidad del producto estándar, en los servicios de salud hay de manera natural una variabilidad de diferente dimensión por las características individuales de cada paciente; es decir, hablamos de procesos complejos, lo que obliga a considerar situaciones propias de cada caso. Esto último no limita ni descarta la posibilidad de uso de las normas ISO correspondientes.

Otro tipo de certificaciones más específicas para las unidades de salud entran justamente en esta dimensión, como la certificación de la Joint Commission (JCAHO) o la del Consejo de Salubridad General, ejemplos de prestigio internacional y nacional, respectivamente.

6. Dimensión de Eficiencia: costo/beneficio

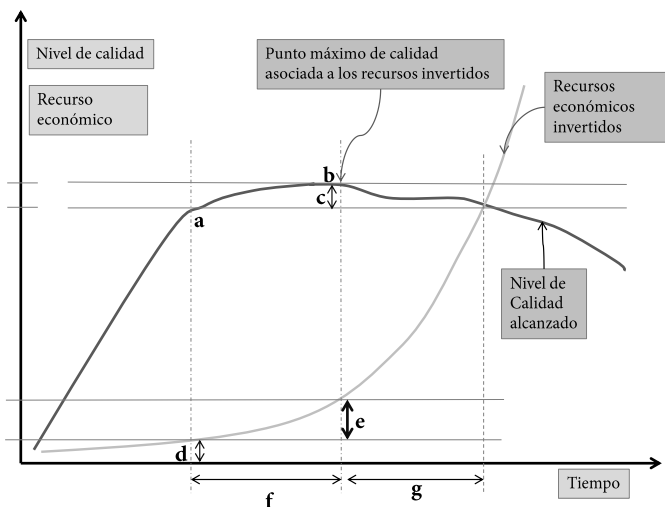
Ofrecer atención a la salud de la mejor calidad, no debe interpretarse como destinar los mayores y más costosos recursos al paciente. Donabedian señala cinco combinaciones posibles donde se asocia el beneficio obtenido con la calidad. La primera combinación es atención excesiva (y por lo tanto, más costosa) y no necesariamente de mayor calidad (por ejemplo, pedir estudios de tomografía para una contractura muscular o el tratamiento con antibióticos de última generación para atender una gripe); y sin embargo, no produce daño. El segundo escenario es cuando la atención es excesiva y además produce daño

³⁴ ISO es un conjunto de normas sobre calidad y gestión continua de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés). Se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios. Las normas recogen tanto el contenido mínimo como las guías y herramientas específicas de implantación, además de los métodos de auditoría. Cf. http://es.wikipedia.org/wiki/Normas_ISO_9000.

(totalmente aberrante, que se da por ejemplo cuando se interna a un paciente ambulatorio y contrae una infección intrahospitalaria). El tercer escenario es cuando los recursos son insuficientes, por lo que la atención a la salud es parcial; por ejemplo, estudios de laboratorio o gabinete incompletos, ya sea porque no hubo recursos para pagarlos o porque los equipos estaban descompuestos o no se disponía de los reactivos. La cuarta posibilidad es cuando la atención es ineficiente y el costo de atención no corresponde a los beneficios esperados, lo que significa desperdicio. Esto se da cuando se le aplica un antibiótico de última generación a un paciente, y no se identificó que las bacterias de ese paciente ya habían generado resistencia inmunológica. Por lo tanto, la quinta opción es la de mayor calidad, cuando lo que se le indica al paciente, ya sea para los estudios de diagnóstico como para el tratamiento, es lo óptimo de acuerdo a lo indicado por las mejores prácticas, señalado en la primera dimensión. Existe calidad cuando a los beneficios se les resta la suma de los riesgos más los costos (ver figura 2).

La calidad no necesariamente aumenta cuando se invierten más y más recursos, hay un límite donde no es posible aumentar la calidad y se corre el riesgo de demeritar el trabajo y mermarla. Si a un paciente se le invierte dinero para realizar un exceso de estudios de laboratorio, de gabinete, es muy probable que no se modifiquen las cifras en plazos cortos y se corre el riesgo de radiar innecesariamente o de lastimar al paciente al obtener muestras excesivas de sangre u otros fluidos. La eficiencia en el máximo de calidad significa alcanzar los logros a un costo razonable, sin omitir pero sin excederse. La calidad debe ser medida en función de los resultados obtenidos sobre los esperados.

FIGURA 2.
CURVA DE RELACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD
CON EL RECURSO INVERTIDO Y EL TIEMPO.



El incremento de recursos asignados a la atención de un paciente es directamente proporcional a los beneficios recibidos y a la calidad del proceso, y sin embargo llega un momento en que no se gana más calidad e incluso, paradójicamente, se inicia un deterioro progresivo de la misma. Así mismo, los recursos económicos son incrementales y después del punto de resultado óptimo, no generan mayor valor ni beneficio al paciente. No debe soslayarse que finalmente alguien paga este exceso de recursos, ya sea el paciente, la aseguradora o la institución de la que es derechohabiente. En este sentido, las auditorías médicas están permitiendo identificar estas situaciones en las unidades para su prevención y corrección.

Obsérvese que en el punto “a” se alcanza un nivel de calidad muy alto, a un costo razonable “d”; en este momento se es muy eficiente; luego, consumiendo el tiempo “f” se alcanza el mayor nivel de calidad posible (según los parámetros de medición de cada organización) en el punto “b”; sin embargo, debe considerarse que el recurso económico “e” se incrementó un poco más de lo que se incrementó el nivel de calidad “c”. A partir de ese momento, empiezan a mermar los niveles de calidad pues se comienzan a registrar mayores gastos, tan sólo por el tiempo que consume el proceso “g”, y los riesgos que ello implica, en especial en las unidades hospitalarias.

Los costos de la atención empiezan a subir exponencialmente y no se obtiene más calidad en ningún momento. La identificación adecuada y oportuna de proceder con la calidad óptima al costo óptimo es una responsabilidad ineludible, para con el paciente y con la institución, por parte del equipo de salud.

Hay que contemplar también algunos elementos fundamentales de la dimensión de eficiencia, donde se considera el costo/beneficio de las decisiones. Un primer componente para el análisis es la edad del paciente. Cuánto debemos invertir como familia, como sociedad, como Estado para preservar la salud o la vida de un paciente. Si bien estas interrogantes pertenecen al terreno de la ética médica y la deontología médica, no deja de ser un tema de calidad y gerencia que a todos compromete. Dos ejemplos: La familia que está vendiendo todos los bienes materiales del abuelo por los gastos de un servicio de terapia intensiva. Al final, el paciente falleció y la familia se quedó en bancarota, no sólo por haber vendido o hipotecado la o las propiedades de la familia, sino porque además pidieron préstamos diversos para solventar los gastos. Otro ejemplo, la familia que vende todos sus bienes patrimoniales para atender al paciente que tiene un cáncer con metástasis a hueso y con sobrevida probable de seis meses a un año. Es decir que el diagnóstico y pronóstico son otras variables que participan en estas decisiones.

Cuando el tratamiento puede ser optativo en cuanto a medicamentos, tipos de prótesis o material de las mismas (nacionales o importadas), esperando resultados, razonablemente iguales, la decisión puede obedecer a criterios distintos a la calidad de la atención en el sentido estricto. Un ejemplo común es cuando se le ofrece al paciente elegir entre dos o tres hospitales para realizar una cirugía privada; esto bajo la suposición de que las distintas opciones

son confiables y cuentan con la misma seguridad en las áreas cruciales de la Unidad (quirófano, sala de recuperación, piso de hospitalización, laboratorio o gabinete). La diferencia está en las amenidades; un hospital tiene restaurante, cafetería, librería, salón para cuidar niños, estacionamiento con *valet parking*, cuartos con pantallas de televisión de última generación y cama para algún familiar, baños con azulejo importado y *kit* de aseo personal, etc.; mientras que las otras opciones no cuentan con todos o algunos de estos servicios. Ello no debe influir el resultado del proceso médico, pero hacen sentir muy bien tanto al paciente como a los familiares o acompañantes.

La relación costo/beneficio también se identifica en la tecnología utilizada para realizar los estudios diversos o para los procedimientos de tratamiento o rehabilitación. Mientras más moderna y con mayor avance en sus dispositivos sea, es más precisa, más rápida, más eficiente, y por lo mismo, más onerosa.

Con lo anterior, podemos afirmar que la calidad es igual a los beneficios que obtiene el paciente menos la suma de los riesgos más los costos:

$$\text{CALIDAD} = \text{BENEFICIOS} - [\text{RIESGOS} + \text{COSTOS}]$$

Por último están las decisiones que entran en el terreno de la ética y la deontología. Cuando el paciente vive por la tecnología, como es el caso de la respiración asistida, se puede sobrevivir por días, semanas o más plazos, con un deterioro constante y una calidad de vida cuestionable por diferentes estudios del tema. La muerte asistida es una situación que debe tenerse presente, de acuerdo a la legislación local y a los familiares; sin embargo, los costos deberán formar parte de esta decisión.

CONSIDERACIONES FINALES

- La calidad de la atención médica debe medirse por los resultados. Los resultados se miden con indicadores y éstos son universales. Las preguntas deben ser: ¿cuántos pacientes se curan o se mueren más o menos que antes?; ¿cuáles son los cambios en las tasas de sobrevida y en la no interferencia con la calidad de vida?; ¿cuántos pacientes presentan menos reacciones alérgicas a los medicamentos?; ¿cuántas caídas de camillas menos se han suscitado por mes, semestre o año? ¿Se han incrementado o no las infecciones nosocomiales, por institución o por servicio?; ¿las iatrogenias han aumentado o disminuido?
- De nada sirve tener razonablemente clasificadas las dimensiones donde se pueden identificar los factores que influyen o determinan los niveles de calidad que se ofrecen en las unidades, si antes no se evalúan los efectos a favor o en contra que van correlacionados.
- De poco sirve tener muy sólidamente armada una o varias dimensiones, cuando las otras están débiles o incompletas. Se requiere la intervención en todas dimensiones, con el cuidado y esmero necesarios para atender y cumplir lo que cada variable exige.

- Las dimensiones son simplemente una forma de clasificar por temas los conceptos que deben considerarse para que los factores que determinan la calidad estén presentes en el protocolo o *check list* de cada equipo de salud.
- Existen otras formas de clasificar los factores de la calidad; todas son válidas pues el objetivo es el mismo: que estén cubiertos los elementos señalados en cada una de las agrupaciones.
- No basta con que se cubra todo en un momento determinado y luego se pierda el control y cumplimiento del rubro en cuestión. El factor de permanencia en el tiempo es vital para hablar de calidad; la temporalidad es sólo un espejismo de calidades efímeras que pueden ser incluso demagógicas para ciertos fines.
- La calidad es cuestión de actitud y método, de recursos y resultados. Debemos seguir trabajando por buscar más elementos que se incorporen a los modelos de calidad sin que la hagan más costosa (como se describe en la dimensión de Eficiencia: Costo/efectividad).
- La mejora continua es la mejor estrategia para estar siempre en búsqueda de áreas de oportunidad para hacer mejor las cosas y superar las metas establecidas, tal como se describió en la dimensión de desarrollo organizacional.
- La calidad no es un proceso en sí mismo, es la integración funcional y dirigida de todos los recursos hacia un fin común.
- El recurso más importante y por mucho el más valioso, es el humano, bien llamado, *capital humano*. Éste debe seleccionarse en forma adecuada a los fines que se persiguen, capacitarse, actualizarse, motivarse e impulsarse dentro de la organización para que crezca junto con ella. Todos son importantes, desde los médicos especialistas de gran prestigio internacional, hasta los trabajadores de puestos más sencillos que cumplen con sus funciones para disponer de una organización digna y adecuada para prestar el servicio encomendado.
- La participación convencida y decidida de todos los integrantes del equipo de salud frente a los pacientes, con un trato cálido, humano, respetuoso y digno, tanto para él como para los familiares, es el punto de partida. A ello debe sumarse el uso adecuado, responsable y óptimo de los recursos (tecnológicos, materiales y financieros) para buscar un fin común: la atención del paciente; ya sea para recuperar su salud o para brindarle una rehabilitación adecuada o la paliación necesaria.
- La calidad es la antesala de la seguridad; no puede haber seguridad para el paciente en instituciones sin calidad. La seguridad del paciente es consecuencia de una buena calidad en la Unidad.
- Finalmente, cabe resaltar que la calidad y seguridad del paciente se deben medir durante todo el proceso y en particular, con el resultado final de lo alcanzado en la atención al paciente.