

*Control de calidad
de la atención de salud*

*Control de calidad
de la atención de salud*

2^{da}. Edición

Benito Narey Ramos Domínguez

**Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia
Especialista de II Grado en Administración de Salud
Profesor Consultante**



La Habana, 2011

Catalogación Editorial Ciencias Médicas

Ramos Domínguez, Benito Narey.

Control de la calidad de la atención de salud; 2da edición. -
La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2011.

172 p.; il., tab.

-

-

WA 525

Calidad de la Atención de Salud, Ética Médica, Bioética, Control de Calidad,
Errores Médicos, Eficiencia

Edición: Lic. Lázara Cruz Valdés

Diseño: Yamilé Hernández Rodríguez

Fotografía: Héctor Sanabria Orta

© Benito Narey Ramos Domínguez, 2011

© Sobre la presente edición:

Editorial Ciencias Médicas, 2011

ISBN 978-959-212-625-1

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23 No. 117 e/ N y O, Edificio Soto, 2do. piso. El Vedado,

Ciudad de La Habana, 10400, Cuba

Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfonos: 832 5338, 838 3375

¿En qué se puede mejorar indefinidamente, ilimitadamente? En la calidad de los servicios médicos.*

Fidel Castro Ruz.

*Discurso de inauguración del Hospital "Gustavo Aldereguía Lima". 23 de marzo de 1979.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Julia Pérez Piñeiro
Dr. Miguel Mukodsi Caram
Lic. José María Camarós Fabián
Dr. Julián Pérez Peña

PRÓLOGO DE LA PRIMERA EDICIÓN

A partir de su larga y rica experiencia profesional en los servicios de salud de Cuba, ampliada con su estancia en misiones internacionales, el profesor Benito Narey Ramos Domínguez nos ofrece en este libro, que no es el primero que escribe, una revisión muy abarcadora acerca del control de calidad en los servicios de salud.

El tema es complejo, dado el componente subjetivo que rodea el concepto calidad, en especial entre los usuarios cuando evaluamos su satisfacción y también en igual sentido cuando estudiamos la satisfacción de los trabajadores de la salud. Sin la alta satisfacción de estos últimos no se alcanzará la calidad en los servicios.

El libro refleja, implícitamente, los aspectos que, a mi juicio, son los elementos esenciales de la calidad de los servicios de salud: a) la excelencia profesional (en los aspectos técnicos y, no menos importante, en lo ético de su conducta); b) el empleo eficiente de los recursos, de ahí la necesidad de la evaluación económica; c) la seguridad para los pacientes, el mínimo riesgo en las intervenciones asistenciales; d) el mayor grado de satisfacción para la población y los trabajadores del servicio; y e) la eficacia del servicio, el resultado final que se produce.

De todo esto se trata en el libro, el cual resulta de fácil lectura y comprensión, y donde encontramos, en apretada síntesis, una revisión de todo lo que se avanzó en control de calidad de los servicios de salud en la segunda mitad del siglo xx.

El texto reitera algunos conceptos básicos para el alcance de la mejor calidad en los servicios. Nos recuerda que aún no existe un consenso para la definición de calidad; que la calidad se mide por resultados; y que para medir calidad es necesario conocer las expectativas de las personas que reciben el servicio. También que en los servicios de salud, de acuerdo con nuestras concepciones, las metas no son económicas, sino sociales, por lo que se aspira a optimizar el gasto social con eficiencia y efectividad.

Se advierte al lector que al implantar cualquier método o programa de los descritos en el libro, no se suele lograr en sus inicios hacerlo en forma total, pero que esto no debe causar desaliento. Será necesario insistir con renovado esfuerzo hasta llegar a resultados, que solo la práctica y la repetición del proceso permitirán perfeccionar y alcanzar lo deseado.

Esta obra es una contribución a la ofensiva por la excelencia en que se encuentra nuestro sistema de salud.

Dr.C. Francisco Rojas Ochoa

PREFACIO DE LA PRIMERA EDICIÓN

Hoy día, la mayoría de los autores aceptan que el éxito de cualquier misión o tarea, depende, en gran medida, de poseer las competencias para la correcta aplicación de las concepciones modernas de la ciencia y el arte de administrar y, por supuesto, del desarrollo de valores sociales de acuerdo con la moral imperante.

La ética enseña que la atención de salud debe ser lo más humana posible, de manera que asegure la integridad, la autonomía y la participación activa de las personas mientras reciben estos servicios.

Las particularidades de la atención de salud deben ser comprendidas por los trabajadores del sector. Se debe tener presente que para medir calidad es necesario conocer las expectativas de las personas a quienes brindamos nuestros servicios. Cualquier institución para poder cumplir su misión, debe orientarse hacia la satisfacción de los requisitos de los beneficiarios de sus servicios, llámense estos: pacientes, usuarios o clientes (internos y externos) y, además cumplir con los reglamentos, normas o de sistema mediante la evaluación continua e integral de los resultados y del proceso de atención; para alcanzar la excelencia es necesario transitar por el control de calidad.

Este libro, va dirigido a los profesionales, funcionarios, trabajadores y directivos de los servicios de salud, se resumen las experiencias de varios especialistas consultados, así como los conocimientos acumulados en este campo de 79 autores, en 175 referencias que se exponen en los siete capítulos

Los tres primeros capítulos retoman la ciencia de la administración, la categoría calidad y la función (proceso) del control, que es integral porque aplica el método científico en la identificación de problemas, del análisis causal y la solución de problemas.

En el capítulo 4 se tratan los diferentes métodos y técnicas que se aplican en la evaluación de la calidad; el método estadístico, por su importancia y necesidad, se trata en el capítulo 5; en el capítulo 6 se consideran los indicadores económicos, los costos y la eficiencia, teniendo en cuenta que no hay calidad sin eficiencia y viceversa.

En el capítulo 7 se proponen aspectos importantes que deben ser observados por los administradores o directores y, se recomienda aplicar

el Programa de Mejoría Continua de la Calidad. Por último se sugiere el proceso de solución de problemas como procedimiento más adecuado para el control de calidad y, por considerarse, como una investigación menos compleja.

Me sentiría satisfecho si aquellos autores interesados por el tema me formulan cualquier pregunta, sugerencias o recomendaciones sobre el contenido de este libro.

El autor.

PRÓLOGO DE LA SEGUNDA EDICIÓN

Es un privilegio contribuir a la promoción de la segunda edición de este libro con cuyo autor compartimos siete largos años de carrera universitaria y 50 años de modesto esfuerzo en la construcción del Sistema Nacional de Salud.

Los avances de la Revolución en lo económico, político y social daban la posibilidad para que se generara un movimiento por la calidad de los servicios de salud, el autor ha sido un abanderado de este movimiento desde sus inicios en la Maternidad de Pinar del Río, luchando por la disminución de la mortalidad infantil y materna, el índice de cesáreas por complacencia y el aborto séptico, flagelos heredados por la Revolución, aplicando creativamente el primer programa de calidad aprobado en Cuba en 1962, el cual se publicó con el nombre de Evaluación de las Actividades Científicas del Hospital, que enfatizaba en los aspectos de la Auditoría Médica, aceptado como imprescindible para el control de la calidad en las instituciones de salud.

Desde su posición de Director Nacional de Asistencia Médica coordinó la elaboración del tercer Reglamento General de Hospitales en 1973; a partir de esa fecha participó en la elaboración de los principales documentos relacionados con la calidad en Cuba, como son: el Reglamento de Hospitales en 1980, el Comité Médico Auditor, el Programa de Acreditación de los Hospitales en sus versiones de 1992 y el 2000.

Su último aporte en este tema fue como coordinador del grupo que elaboró el Programa de Perfeccionamiento Continuo de la Calidad Hospitalaria, aprobado por Resolución Ministerial en 2007.

En el prefacio de la segunda edición el autor expresa su insatisfacción con su primer libro, que contaba con 7 capítulos, lo que lo conminó a su perfeccionamiento y lo amplió con 3 nuevos capítulos, que los considera imprescindibles en el control de calidad, y que son: la ética médica y bioética, los círculos de control de la calidad y el error médico, todos realmente de la mayor importancia.

En cuanto a la ética, tema que ha suscitado el mayor intercambio de ideas en todas las épocas históricas, en el libro se expone, especialmente, el comportamiento y responsabilidad, tanto de los profesionales, como de los trabajadores de la salud y, además, el acto médico, el consentimiento informado, el respeto a la integridad y autonomía del paciente, así como la responsabilidad médica e institucional. Se señala

otro aspecto, de la mayor importancia: al tener en cuenta que en este proceso de la atención médica se establecen relaciones entre trabajadores, profesionales, estudiantes y directivos que requieren relaciones humanistas, armoniosas y respetuosas.

Los círculos del control de calidad (CCC) surgieron en Japón en 1962; se reconoce que su iniciador lo fue el japonés Kaoro Ishikawa, que los justificó de forma simple, pero impactante, explicando que el control de calidad es demasiado importante para confiárselo a un servicio especializado y, por tanto, se convierte en asunto de todos los trabajadores que, en su conjunto, son los que conocen los problemas de calidad y como encontrar su solución.

En el libro se explica que los CCC, prácticamente, se utilizan en todo el mundo y en Japón son cientos de miles de círculos con millones de trabajadores. En el libro se explican, además, sus requisitos, funciones y organización.

Por último, deseo hacer un comentario sobre el capítulo del error médico que para algunos es un término ominoso y realmente es todo lo contrario, porque hoy día se reconoce que el “error” es humano. Este tema se ha abordado por diferentes científicos en el mundo, e incluso por científicos cubanos como Francisco Lancís, Daniel Alonso y otros. Hoy día el error médico es el problema de calidad de mayor importancia.

Recomendamos la publicación, lectura y consulta de este libro que constituye una valiosa herramienta para trabajar en función de la mejoría continua de la calidad, en la atención de salud.

Dr. Juan Manuel Diego Cabelo

Profesor de Mérito

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

PREFACIO DE LA SEGUNDA EDICIÓN

Desde que se publicó la primera versión de este libro, *Control de calidad de la atención de salud*, quede insatisfecho, teniendo en cuenta que por cuestiones de tiempo no incluía varios temas necesarios en el campo de la calidad.

Por tanto, en esta segunda versión corregida y ampliada, se incluyen además de los siete capítulos de la primera edición, otros tres que son: Ética médica y bioética; Círculos de control de calidad y Error médico, temas imprescindibles en el control de calidad de la atención de salud.

La ética médica es el segundo tema necesario que enseña que la atención de salud debe ser de la forma más humana posible, de manera que asegure la participación activa de las personas mientras reciben estos servicios; es decir, respetar la integridad y autonomía del paciente, y cumplir con el consentimiento informado para una adecuada relación médico paciente, cumpliendo así la *Lex Artis*.

Los círculos de control de calidad (CCC) para los japoneses, con una larga experiencia de más de 50 años en el estudio de la calidad, son imprescindibles para hacer un adecuado control y mejoría de la calidad, teniendo en cuenta que los profesionales y trabajadores conocen bien los problemas y sus causas y, por tanto, su solución. Afirman que sin los círculos no se alcanza la calidad.

El tema del error médico es hoy día de gran interés teniendo en cuenta que son responsables entre 87 y 90 % de los eventos adversos que se producen en el proceso de atención médica, según el reconocido científico norteamericano Lucían Leape.

Fidel Castro, en el discurso de inauguración del Hospital "Gustavo Aldereguía" de Cienfuegos el 23 de marzo de 1979, comentó que un error en cualquier sector es lamentable, pero en la atención médica debe prevenirse siempre. Y para esto se requiere estudiar el error médico para conocer los factores causales que lo originan.

En el capítulo 10, y último, se hacen conclusiones y se proponen recomendaciones de aspectos importantes que deben ser observados en el control de calidad, se propone aplicar el programa Mejoramiento Continuo de la Calidad y los pasos para su puesta en marcha. Por último, se recomienda aplicar el proceso de solución de problemas como el procedimiento más adecuado para dar solución a los problemas de

calidad, que se considera como una investigación menos compleja y de fácil aplicación.

Las particularidades de la atención de salud deben ser comprendidas por los directivos y trabajadores del sector; además, tener presente que para medir calidad es necesario conocer las expectativas de los individuos a quienes se les brindan los servicios. Cualquier institución para cumplir su misión debe orientarse hacia la satisfacción de los requisitos de los beneficiarios de sus servicios; llámense estos pacientes, usuarios o clientes (externos o internos) y, además, cumplir los reglamentos, normas y procedimientos institucionales o del sistema, mediante la evaluación continua e integral de los resultados y del proceso de atención.

Me sentiría muy satisfecho, si aquellos lectores interesados en el tema me formularan cualquier pregunta o me hicieran sugerencias o recomendaciones sobre el contenido de este libro.

El autor.

CONTENIDO

Capítulo 1. Administración y el control de calidad/ 1

- Introducción/ 1
- Surgimiento y evolución de la ciencia de administración/ 2
- Escuelas de administración/ 3
 - Escuela de la administración científica/ 3
 - Escuela de la teoría clásica de la organización/ 4
 - Escuela conductista o de las relaciones humanas/ 6
 - Escuela de la ciencia de administración/ 8
- Enfoques y avances de la administración/ 9
 - Enfoque en sistema / 9
 - Enfoque de contingencias o situacional / 10
 - Compromiso dinámico / 11
 - Administración funcional e interfuncional/ 12
 - Reingeniería/ 12
 - Marketing/ 13
 - Planificación estratégica/ 14
 - Otras concepciones de la administración/ 15
- Conclusiones / 18
- Bibliografía/ 19

Capítulo 2. Ética médica y bioética/ 21

- Introducción/ 21
- Surgimiento y evolución de la ética/ 22
- Ética institucional/ 24
- Acto y responsabilidad médica / 25
 - Relación médico-paciente/ 26
 - Lex Artis/ 31
 - Historia clínica/ 31
 - Consentimiento informado/ 32
- Bioética/ 33
 - Principios fundamentales de la bioética/ 34
- Cuestiones de interés para la bioética/ 36
 - Principales regulaciones aprobadas por organismos internacionales sobre bioética/ 36
 - Declaración internacional sobre bioética y derechos humanos, UNESCO/ 37
- Conclusiones/ 37
- Bibliografía/ 38

Capítulo 3. Calidad de la atención médica/ 39

Introducción/ 39

Evolución del concepto de calidad/ 40

Antecedentes en Cuba/ 42

¿Qué debe entenderse por calidad? Definiciones/ 43

Calidad y cantidad/ 43

Definiciones de calidad/ 44

¿Cómo denominar a los que reciben servicios de salud?/ 48

¿Quién decide la calidad? El próximo paso de Ishikawa/ 49

¿Cómo se mide la calidad de la atención médica?/ 50

Resumen/ 52

Bibliografía/ 53

Capítulo 4. Control de calidad moderno/ 55

Introducción/ 55

Definición del control de calidad/ 56

¿Cuánto cuesta el control? El costo de la mala calidad/ 57

Programas para el control de calidad/ 59

Control de calidad/ 59

Mejoramiento continuo de la calidad/ 59

Control total de calidad/ 62

Garantía de la calidad/ 64

Organización Internacional de Normas/ 65

¿Cómo administrar el control de calidad?/ 66

Administración del control de calidad/ 68

Proceso de solución de problemas/ 69

Variables y dimensiones para el control de calidad/ 70

Variables del proceso y de resultados/ 72

Conclusiones/ 74

Bibliografía/ 74

Capítulo 5. Métodos del control de calidad/ 76

Introducción/ 76

Método científico / 77

Control de calidad/ 77

Métodos del control/ 78

Métodos de control de calidad de la atención médica / 78

Auditoría médica/ 82

Conclusiones/ 85

Bibliografía/ 86

Capítulo 6. Círculos de control de calidad y otros métodos de trabajo de grupos/ 87

- Introducción/ 87
- Círculos de control de calidad/ 88
 - Definición/ 89
 - Organización/ 90
- Círculos de control de calidad en Cuba/ 90
 - Factores que se han tener en cuenta y cómo superarlos/ 92
- Otros métodos de grupo/ 92
 - Técnicas para generar ideas/ 93
 - Técnicas para reflejar y planear acciones/ 96
- Conclusiones/ 100
- Bibliografía/ 100

Capítulo 7. Método estadístico y control de calidad moderno/ 102

- Introducción/ 102
- Variabilidad estadística, magnitud y naturaleza/ 103
 - Magnitud de la variabilidad/ 104
 - Naturaleza de la variabilidad/ 104
- Diagnóstico, evaluación y capacidad del proceso/ 105
 - Diagnóstico/ 105
 - Evaluación/ 106
 - Capacidad/ 107
- Siete herramientas de Ishikawa/ 107
 - Aplicación de las siete herramientas o técnicas de Ishikawa / 108
 - Estudio de los resultados como producto del proceso/ 119
 - Conclusiones/ 121
- Bibliografía/ 123

Capítulo 8. Error médico y la seguridad del paciente/ 124

- Introducción/ 124
- Antecedentes del error médico/ 124
- Error médico y falta médica/ 126
 - Iatrogenia versus evento adverso/ 127
 - Taxonomía o clasificación del error médico/ 127
 - Epidemiología del error médico/ 128
- ¿Cómo enfrentar el problema del error médico para mejorar la seguridad del paciente?/ 132
 - Repercusiones financieras/ 134
 - ¿Cómo se recomienda actuar?/ 134
- Conclusiones/ 136
- Bibliografía/ 138

Capítulo 9. Economía y eficiencia en la atención de salud/ 140

Introducción/ 140

Economía y el proceso salud-enfermedad/ 141

Farmacoepidemiología y farmacovigilancia/ 142

Evaluación económica. Eficiencia económica/ 143

Métodos para la evaluación económica/ 144

 Métodos parciales de evaluación económica/ 145

 Métodos completos de evaluación económica/ 145

Factores que determinan los costos y la eficiencia económica/ 146

 Utilización de las capacidades instaladas/ 146

 Equipos y recursos materiales que no son utilizados/ 148

 Sistemas de control de los recursos humanos y materiales disponibles/ 148

 Control del presupuesto financiero/ 149

Sistemas de costos ¿cómo se determinan los costos en salud? / 149

 ¿Qué importancia tiene el sistema de costos?/ 150

 Metodología del sistema de costos/ 150

 ¿Qué es un centro de costos?/ 150

 ¿Cómo se clasifican los centros de costos?/ 151

 ¿Qué es el costo unitario?/ 151

 ¿Cómo se determinan los costos directos, indirectos y totales?/ 151

 ¿Cuál es la base de distribución?/ 152

 Condiciones para aplicar el sistema de costos/ 153

Resumen/ 153

Bibliografía/ 154

Capítulo 10. Conclusiones y recomendaciones/ 156

Introducción/ 156

 Conclusiones generales/ 156

Recomendaciones/ 157

 ¿Qué debe hacer la administración en el control de calidad?/ 157

 Programa de perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios/ 157

 ¿Cómo aplicar el proceso de solución de problemas?/ 161

 Problema/ 163

 Observación: priorizar los problemas / 164

 Análisis causal: determinar causas o factores causales/ 166

 Acción: eliminar las causas/ 167

 Verificación: comprobación de la eficacia de las acciones/ 168

 Normación: eliminar las causas del problema/ 169

 Conclusiones: revisar el proceso y planificar el trabajo futuro/ 170

Bibliografía/ 172

Administración y el control de calidad

Introducción

En la actualidad la mayoría de los autores aceptan que el éxito de cualquier misión o tarea depende, en gran medida, de la correcta aplicación de las concepciones modernas de la ciencia y el arte de administrar. Según Henry Fayol, la administración es una ciencia universal.

La administración como ciencia surgió a finales del siglo XIX con F. Taylor y otros autores, aunque se reconoce que el verdadero científico y creador lo fue el francés Henry Fayol que en 1912 la definió como ciencia universal, estableció sus reglas y principios, y la estructuró en cinco funciones, las que en estos momentos se les denomina procesos administrativos, las cuales nombró como: planeamiento, organización, coordinación, autoridad y control.

Lamentablemente diferentes autores la redujeron a cuatro, al fundir la tercera con la cuarta función, y darle el nombre de “dirección” (*management* para los autores norteamericanos) y cuarta el de “control”.

Para referirse a las funciones o procesos de la administración se han venido utilizando otros conceptos como el de gerencia, gestión, mando y otros. Esto ha generado cierta confusión que hasta el presente no se ha arribado a un consenso.

Quizás hubiese sido mejor dejar las cinco funciones o procesos y poner la autoridad como la primera o principal; segunda la planificación, dejar como la tercera la coordinación o ejecución y por último el control.

El control para autores norteamericanos puede ser aplicado como control administrativo que se hace día a día y muy importante para mejorar la calidad o como control de calidad en el que se debe aplicar el método científico o proceso de solución de problemas.

El concepto de *gestión* se emplea en España como la acción y efecto de administrar. El más utilizado en Brasil es la gerencia y consideran al gerente general y funcional de la empresa mercantil como responsable de la aplicación del proceso administrativo. En Cuba se han utilizado para los servicios de salud, preferentemente, los términos de, dirección y ejecución.

Lo más importante es considerar que difícilmente se podrán alcanzar metas y objetivos por un sistema o institución si no se aplican, de manera adecuada, las concepciones modernas de la administración, la cual es una ciencia universal y por supuesto también el proceso administrativo que aún sigue vigente.

La administración se considera como una ciencia, teniendo en cuenta que tiene un objeto de estudio que son los sistemas sociales, únicos autogobernados y que, además, tiene sus principios, categorías, métodos y recursos, que la conforman como tal.

Más adelante en este capítulo se retoma el enfoque en sistemas y otros avances de la administración de forma simplificada.

Por su importancia y debido a las discrepancias con la terminología del proceso administrativo, en este libro se consideran como tal cuatro funciones o procesos y se acepta la propuesta de Freeman, Gilbert y Stoner, y otros autores que la exponen de la forma siguiente: planificación, organización, dirección (otros le llaman gerencia o gestión) y el control como control de calidad.

Para algunos autores el control puede aplicarse de forma operacional como tarea diaria a la que le llaman control administrativo, el cual también es muy importante, pues lo realzan los directivos o responsables para detectar dificultades y fallos de los procesos, y brindan las orientaciones para su solución y, por esto, se dice que actúan de forma preventiva.

El control de calidad se considera como una investigación científica y se expone en el capítulo 4.

Surgimiento y evolución de la ciencia de administración

El hecho que el hombre exista como parte de un colectivo lleva al ser humano a la necesidad vital de relacionarse en la creación de pequeñas y grandes obras, como las pirámides de Egipto, que son inconcebibles sin una conducción, lo cual quiere decir que siempre existió de alguna forma la administración.

La administración ha sido el resultado de un proceso iniciado en los albores de la humanidad y evolucionado en diferentes épocas y etapas: en China, Egipto, Roma, la época feudal, en Francia con Montesquieu, sin olvidar las religiones.

Es interesante la referencia del episodio relatado en el libro *Éxodo* de la *Biblia*, hace aproximadamente 3 000 años, cuando el suegro de Moisés, Jetro, lo visita en el desierto y le aconseja que en la comunicación con el pueblo lo primero es educarlos y enseñarles el camino, y que para juzgar los asuntos y no desfallecer él y todos los demás por el tiempo invertido en esos menesteres, debía escoger a hombres de virtud como jefes o jueces “sobre mil, sobre ciento, sobre cincuenta, y sobre diez”, quienes juzgarían los asuntos pequeños, llevando a él solo los importantes. Esto se considera el antecedente más remoto de la técnica de delegación de autoridad en la administración (Levítico) (Díaz, 1988).

Históricamente en el seno de las sociedades los hombres sintieron la necesidad vital de relacionarse, pero esas relaciones eran inconcebibles sin alguien que las dirigiera, teniendo en cuenta la interdependencia de las múltiples organizaciones religiosas, y las industrias.

Pero las teorías y escuelas de la administración como ciencia realmente surgen en el siglo XIX como una necesidad después del surgimiento del capitalismo en el siglo XVII y el advenimiento de la Revolución Industrial a fines del siglo XVIII.

Escuelas de administración

La primera escuela aparece a fines del siglo XIX con Taylor y otros científicos. A partir de 1900 fueron surgiendo otras escuelas y concepciones teóricas que se desarrollaron posteriormente, aunque muchas de las nuevas ideas no sustituyeron completamente a las anteriores. Existen enfoques recientes que intentan integrar concepciones y otros factores involucrados en una situación administrativa determinada.

Se deben conocer, además, otras teorías que surgen constantemente, lo cual brinda una información muy valiosa para poder comprender mejor, no solo la ciencia de administración, sino especialmente el proceso del control de calidad.

Estas escuelas se han agrupado en diferentes clasificaciones, una de las últimas propuestas por los autores Stoner, Gilbert y Freeman, en 1996, que las agrupan en cuatro, según aparece en el libro *Administración*, que son las siguientes:

1. Escuela de la administración científica.
2. Escuela de la teoría clásica de la organización.
3. Escuela conductista o de las relaciones humanas.
4. Escuela de la ciencia de administración.

Escuela de la administración científica

La principal figura de esta escuela es su fundador, el norteamericano Frederick Winslow Taylor (1856-1915) y se incluyen otros científicos como Henry L. Gantt (1861-1919), Frank B. (1924-1868) y Lillian M. Gilbert (1878-1972).

Taylor dirigió sus estudios al trabajo por cronometraje en la línea de producción. Estableció normas para la cantidad de trabajo que se ha de realizar y sugirió que se pagara extra a los obreros más productivos con un sistema de tasas diferenciadas.

Esta escuela surgió por la necesidad de aumentar la productividad de los trabajadores y su método exigía que estos cumplieran las normas técnicas y laborales de los especialistas. La *calidad* dependía de la inspección y consideraba que los trabajadores se limitaban a seguir las órdenes.

Taylor hizo caso omiso al factor humano, trataba a los empleados como máquinas, lo cual creó resentimiento y desinterés en el trabajo, al dejar de ser este una fuente de satisfacciones.

Esos métodos aumentaron la productividad, pero muchos patrones explotaron a sus trabajadores, lo que provocó protestas y no pocas luchas de los trabajadores.

Gantt trabajó con Taylor, pero más tarde reanalizó el sistema de incentivos planteado por él y presentó otras ideas como la estimulación económica, no solo a los trabajadores, sino también a los supervisores, quienes de esta manera se ocupaban mejor de los primeros.

Gantt fue el iniciador de las gráficas para calendarizar la producción que aún son empleadas y sentó las bases de dos instrumentos: el método de la ruta crítica y el diagrama de Gantt para ayudar a planificar y controlar organizaciones complejas. Este último se utiliza en la actualidad para establecer los pasos en el proceso de solución de problemas como plan de ejecución o de trabajo.

En cuanto a los esposos Gilbert, se ocuparon del estudio sobre la fatiga y el movimiento de los obreros, y se concentraron en cómo mejorar el bienestar del trabajador, considerando que el objetivo de la administración científica era ayudarlos a desarrollar todo su potencial humano.

Escuela de la teoría clásica de la organización

Se incluyen en ella a Henri Fayol (1841-1925), Max Weber (1864-1920) y Chester I. Barnard (1861-1961).

Henry Fayol fue considerado su fundador por haber sido el primero en estudiar el comportamiento de la práctica administrativa por ciertos patrones que pueden ser identificados y analizados, y se concentró en los fundamentos de la organización total. Los principios generales y las funciones clásicas de la administración de Fayol son aún concepciones vigentes.

A Henri Fayol se le considera el verdadero científico o padre de la *administración* como ciencia. Entre sus trabajos está su publicación en Francia, 1916, de *Administración industrial y general* que se tradujo mucho después y fue publicado en los EE.UU. en 1929.

Se compara con la teoría de Taylor que se caracterizaba por las tareas que realizaba el obrero, mientras que Fayol daba más énfasis a la estructura y principios que toda organización debe tener para el logro de la eficiencia.

Fayol planteó que, si la administración quiere lograr sus objetivos, debe cumplir las funciones de: prever, organizar, coordinar, autoridad y el control. Este proceso de cinco objetivos fue modificado posteriormente por cuatro funciones, procesos o subprocesos.

Fueron muchos los aportes de Fayol en el campo de la administración, por ejemplo, establecer que la administración es una actividad común a todas las organizaciones e incluso a toda actividad humana, es decir, la universalidad de la administración.

Otro aspecto de gran interés es que la administración está regida por reglas, requisitos y principios que justifica su existencia. Los 14 principios que propuso Fayol son los siguientes:

1. División del trabajo.
2. Autoridad y responsabilidad.
3. Disciplina.
4. Unidad de mando.
5. Unidad de dirección.
6. Subordinación del interés general al individual.
7. Remuneración.
8. Centralización.
9. Jerarquía de autoridad.
10. Orden.
11. Equidad.
12. Estabilidad.
13. Iniciativa.
14. Espíritu de grupo.

Posteriormente estos principios fueron modificados por otros autores y se aplicaron en este medio resumidos en 7 principios generales que son los siguientes:

1. Racionalidad económica.
2. Carácter limitado del alcance de la dirección.
3. Correspondencia entre autoridad, medios y responsabilidad.
4. Indelegabilidad de la responsabilidad.
5. Introducción continua de las técnicas más avanzadas.
6. Distinción entre funciones ejecutivas, de asesoramiento y de servicio.
7. Unidad entre la dirección y la información.

Por su parte, Max Weber (1864-1920) definió la autoridad como un instrumento necesario, legal y tradicional de las organizaciones. Participó en el culto a la burocracia, pues la consideraba como el instrumento de organización funcional que permitía la formación del carácter objetivo de la instancia de poder, la autoridad del Estado u otras organizaciones. Sus concepciones fueron criticadas por diferentes autores.

En cuanto a Chester Barnard (1886-1961), su principal tesis era que una empresa podría subsistir, eficientemente, si sus metas estaban en consonancia con las necesidades de los trabajadores, lo que permitía relaciones estables para las dos partes; de esta manera se adelantó a las concepciones que surgieron posteriormente.

Este autor fue incluido también, según otra clasificación, como perteneciente a la *escuela de los sistemas sociales*, conocida, además, como escuela conductista, bajo el argumento de que sus concepciones se correspondían con la influencia de los factores sociales y psicológicos sobre la productividad de los trabajadores.

Escuela conductista o de las relaciones humanas

El surgimiento de esta escuela fue en los años 40 del siglo xx, debido a que la teoría clásica no alcanzaba la eficiencia y armonía esperadas, por lo que se comenzó a emplear el concepto relaciones humanas o factor humano de la administración, para alcanzar una mejor eficacia de los trabajadores con la aplicación de la sociología y la psicología.

También llamada de las relaciones interpersonales, esta escuela investigó la influencia de los factores psicológicos y sociales sobre la productividad de los obreros y de sus conclusiones fundamentales se estableció que la actuación del hombre dentro de la organización no se determina aisladamente, sino sobre la base de sus relaciones con aquellas personas con las cuales está vinculado socialmente.

Todo lo anterior fue motivado por las experiencias obtenidas mediante investigaciones entre 1924 y 1933, que se conocen como “los experimentos de Hawthorne”, de la Western Electric cerca de Chicago y realizado por científicos de la Universidad de Harvard.

El estudio se hizo para conocer la relación entre algunas mejoras en las condiciones de trabajo, como la cantidad de iluminación y relacionarlos con la productividad en grupos pilotos y de control, cuyos resultados fueron insatisfactorios.

Participaron en esos estudios Elton Mayo (1880-1949), Abraham Maslow y otros, los que llegaron a la conclusión de que los trabajadores se desempeñarían óptimamente, si la administración se preocupaba por su bienestar y los supervisores les prestaban atención especial, lo que se conoció como “el efecto Hawthorne”.

Posteriormente, otros científicos, entre ellos Douglas Mc Gregor, aplicaron con más rigurosidad las ciencias sociales y los métodos más sofisticados, razón por la cual se les llamó “científicos de la conducta”, de aquí el nombre de escuela conductista (Fig. 1.1).

Hay que tener en cuenta que las motivaciones pueden ser diferentes entre las personas y, por ende, se plantea que lo más realista es el hecho de que no existen dos individuos iguales, razón por la cual la motivación debe estar acorde con las necesidades de cada cual. Algunos autores han simplificado lo propuesto por Maslow y enfocan las necesidades 1 y 2 como inferiores; el resto de las necesidades se consideran superiores por ser las más importantes.

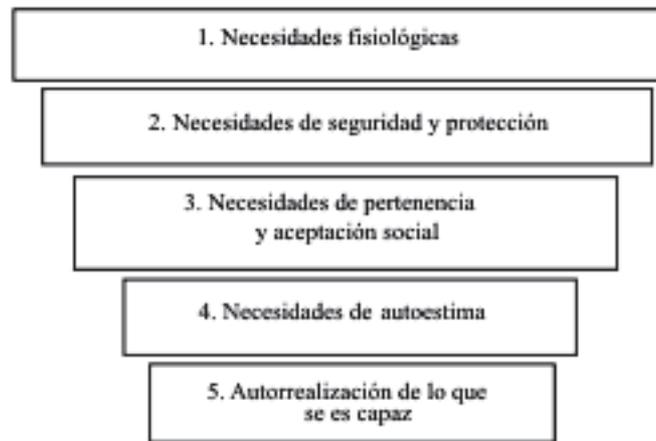


Fig. 1.1.Jerarquía de necesidades individuales innatas según Maslow.

Douglas Mc Gregor (1906-1964), perteneciente a esta escuela, es conocido por su libro *El aspecto subjetivo de la administración* y por sus teorías X y Y. La teoría X considera que “el humano siente un rechazo intrínseco hacia el trabajo y lo evita siempre que pueda” y la teoría Y establece que “el desarrollo del esfuerzo físico y mental en el trabajo es tan natural como el juego o el descanso” y, por tanto, la motivación es diferente en uno u otro caso; a este grupo también perteneció Foss, que modificó algunos de sus aspectos teóricos y defendió que los gerentes debían desempeñar un papel más amplio en cada una de las funciones o procesos de la empresa.

Más reciente, dentro de esta escuela surge en 1981 la teoría de William Ouchi, autor norteamericano hijo de japoneses; plantea que las empresas de EE.UU. pueden enfrentar el desafío japonés aplicando el modelo japonés y lo denominó teoría Z porque va más allá de la teorías X y Y de Mc Gregor. Esta nueva concepción se basa en los valores siguientes: *confianza, intimidad y sutileza*:

1. Confianza: promoviendo las buenas relaciones entre los responsables y el trabajador, este va a producir más y los controles serán mínimos.
2. Intimidad: con una concepción holística, abarcadora de todo el ser humano.
3. Sutileza: la relación o el trato de cada jefe debe adecuarse a cada empleado en particular.

Ouchi explica que el sistema norteamericano se centra en los objetivos específicos destinados a evaluar el desempeño y ganar dinero, mientras que el modelo japonés tiene una cultura de escala de valores, creencias, actitudes y comportamiento organizacional.

Hay que agregar que la empresa japonesa tiene, además, un enfoque y principios administrativos distintos: empleo de por vida; proceso lento de

evaluación; mecanismos implícitos de control; proceso colectivo de toma de decisiones; responsabilidad colectiva e interés holista.

La escuela conductista permitió agregar al enfoque integral del control de calidad, el enfoque humanista y al prospectivo, que se explica en el capítulo 4, y que son de los desafíos que se han de vencer, ya que está basado en el concepto del respeto a la humanidad.

El control y el control de calidad es responsabilidad de todos y, muy especialmente, de lo directivos, poniendo en el centro de su atención a la persona que recibe un servicio de salud. Pero sin olvidar que las concepciones humanista de la escuela conductista plantea la necesidad de que el trabajador o profesional se sienta respetado, considerado, apoyado y con posibilidades de su participación y protagonismo en las tareas de la institución.

En resumen, la calidad debe formar parte integral del pensamiento y mayor interés de cada administrador, directivo y, muy especialmente, de los trabajadores y profesionales en los servicios de salud. El objetivo prioritario de quienes aceptan una responsabilidad es la de formular y aplicar una política de mejoría continua de calidad igual para todos.

Escuela de la ciencia de administración

Durante la Segunda Guerra Mundial los ingleses, para resolver los problemas difíciles que se presentaban, utilizaron diferentes especialistas como matemáticos, físicos y otros, desarrollando lo que se conoció como investigación de operaciones.

Posteriormente, el desarrollo industrial del transporte y las comunicaciones elevó la complejidad en el funcionamiento de ambos sectores, lo que trajo aparejado una gran cantidad de problemas. Por tal motivo, los gerentes necesitaron de los especialistas en investigación de operaciones para encontrar las respuestas y, al generalizarse sus procedimientos, se les conoció con el nombre de esta escuela.

De ese modo la administración presentó una nueva forma de concebir el tiempo mediante modelos matemáticos y el empleo de la computación, con el propósito de recopilar y analizar información y datos que permitían analizar hechos del pasado para hacer pronósticos del futuro.

La concepción, de esta escuela, de una dirección de previsión, la cual no existía, resultó de mucha utilidad; sin embargo, se pasaron por alto los aspectos de las relaciones y motivaciones, y se le otorgó mayor importancia a los aspectos de la organización.

En la actualidad, en el campo de la salud pública, la investigación de operaciones se aplica para la investigación en sistemas y servicios de salud, que realmente aplica el proceso de solución de problemas.

Enfoques y avances de la administración

Se han mencionado las diferentes escuelas y concepciones que fueron surgiendo con la evolución de la administración y por considerarlo de gran interés se enfatizará brevemente en algunas de las concepciones modernas, de importancia en la administración, para la mejor comprensión del control de calidad.

En los últimos años fueron surgiendo nuevas ideas, bajo las influencias del desarrollo científico-técnico, la adaptación al medio, la satisfacción de las necesidades de los clientes, la competencia y la necesidad del cambio en las organizaciones modernas, que pueden incluir dentro de lo que ha llamado desarrollo organizacional.

Ejemplos de estos avances son: el enfoque en sistema, el enfoque de contingencias o situacional; el compromiso dinámico; la administración interfuncional; marketing; la planificación estratégica, la reingeniería y la dirección por objetivos, por valores y por competencias, entre otros.

Enfoque en sistema

Los clásicos del marxismo emplearon este enfoque en los estudios de la sociedad como un sistema, pero no fue hasta mediados del siglo XIX que se utilizó en la práctica como un método para investigar problemas de dirección de los sistemas integrales que son autogobernados, propios de la sociedad y objeto de estudio de la administración como ciencia.

El enfoque en sistema se puede definir como: un conjunto de elementos en interacción dinámica, de cuya integración se generan nuevas cualidades que no poseen los elementos integrantes por separado organizados en función de un objetivo; sus características son:

1. Funciona como un todo único.
2. Está compuesto por un conjunto de elementos.
3. Posee una estructura interna.
4. Mantiene relaciones externas con su medio.
5. Tiene propiedades integradoras.
6. Funciona para alcanzar un objetivo.

La teoría demuestra que los procesos que surgen y se desarrollan en la sociedad están compuestos por sistemas, subsistemas y un conjunto del objetivo y de su interacción se generan nuevas cualidades que no poseen por separado.

En los sistemas integrales se emplean diferentes insumos y mediante variados procesos se obtiene un producto o resultado de informaciones, las cuales se evalúan y utilizan como retroalimentación, y son clave en el proceso de toma son clave en el proceso de toma de decisiones de medidas oportunas, teniendo en cuenta que las dificultades de uno de sus subsistemas y elementos afectan al todo.

Lo importante para los administradores o directores es que no se puede funcionar plenamente dentro de los límites del organigrama tradicional, sino que se deben interrelacionar las diferentes divisiones y departamentos con toda la empresa o sistema de forma interfuncional. (Fig. 1.2).

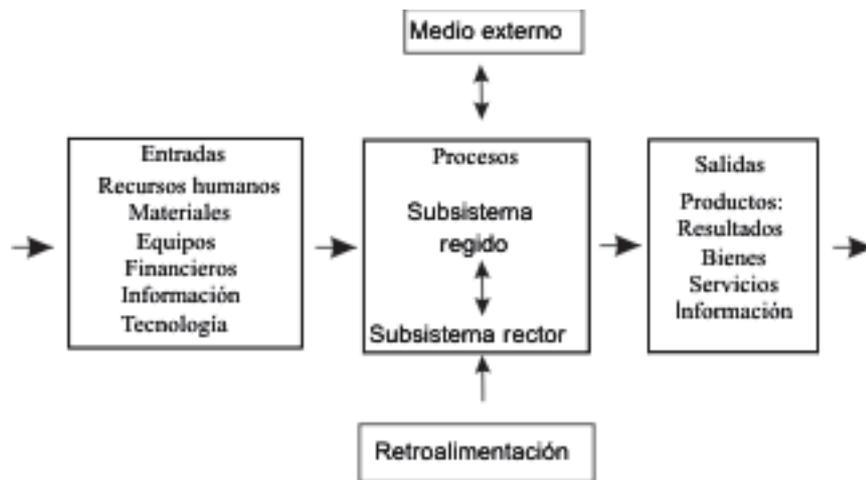


Fig. 1.2. Modelo universal de sistema.

Enfoque de contingencias o situacional

La idea de este enfoque surgió del economista Ch. Kindelberger, quien señaló que ante cualquier interrogante importante en la economía se podía responder con un *depende* y la tarea sería definir “de qué” y “cómo” depende. Para los aspectos importantes de la administración, los “depende” también requieren de respuesta para determinar las relaciones que se pueden pronosticar entre situaciones, actos y resultados.

La cuestión es conocer por qué en una situación dada funciona muy bien un programa de desarrollo organizacional y el mismo programa fracasa en otras circunstancias, lo que explica que las soluciones difieren porque difieren las situaciones y condiciones. La tarea del directivo consiste en determinar qué técnica o acción será mejor en una situación particular para alcanzar lo deseado.

Este enfoque es de gran utilidad para la administración o gerencia, debido a las situaciones cambiantes a que se enfrenta constantemente la persona que dirige, por ejemplo: requisitos de los clientes, cambios de tecnología, costos, desarrollo organizacional y otras, por ello se recomienda que desde el punto de vista práctico deban prepararse planes por contingencias para situaciones simples, como también para las complejas e inesperadas que puedan presentarse.

Este enfoque es también necesario para utilizarlo en el diseño del desarrollo organizacional, que completa el procedimiento de la matriz DAFO, con la finalidad de encontrar las mejores soluciones a problemas complejos.

Compromiso dinámico

Esta corriente la presentan en su libro *Administración Stoner*, Freeman y Gilbert que la denominan “ingreso en una era de compromiso dinámico”, cuyo objetivo es transmitir los conceptos y debates presentes sobre la administración y las organizaciones. El compromiso significa interrelación profunda con otros y lo dinámico se refiere al crecimiento, actividad y cambio constante.

Ellos plantean que el término expresa de forma adecuada el enfoque que emplean actualmente los gerentes con éxito y se adapta a las condiciones que cambian con el tiempo, influenciadas por diferentes aspectos como el entorno, la ética y la responsabilidad social, la globalización y la administración, la cultura de las personas y, evidentemente, la calidad.

La calidad debe formar parte integral del pensamiento y mayor interés de cada administrador, directivo o gerente.

Entre los autores más destacados de esta concepción se encuentran Thomas Peters y Robert Wartman, considerados dentro de la escuela de la teoría de la nueva escuela, según otra clasificación.

Estos autores son muy conocidos por su libro *En busca de la excelencia*, escrito en 1962, y por el que escribió Thomas Peters con Nancy Austin, en 1984, titulado *Pasión por la excelencia*.

Ellos conciben la excelencia cuando grandes empresas se encuentran en continua innovación para crear nuevas concepciones y siempre responder a los cambios del entorno, pero plantean que el individuo sigue siendo lo más importante en las organizaciones, y recomiendan que un enfoque inteligente en el manejo de las empresas debe considerar, además de la estructura, siete variables: estrategia, personas o equipos, estilo de gestión, sistemas y procedimientos, valores compartidos (cultura), ideas orientadoras y destrezas de la empresa. Estos aspectos se conocen como “las siete eses”, ya que en el idioma inglés todos comienzan con esa letra.

Otro aspecto que puede resultar de interés, es lo que estos autores denominan “los ocho atributos” que ellos sugieren para definir una empresa como sobresaliente, estos son:

1. Énfasis en la acción (dar solución a los problemas).
2. Cercanía al cliente (aprender de las personas que saben apreciar la calidad).
3. Autonomía e iniciativa (mantener líderes e innovadores en toda la empresa).
4. Productividad: contar con las personas (respeto a los individuos, humanidad y círculos de calidad).
5. Manos a la obra eficazmente (capacidad y desempeño).
6. Zapatero a sus zapatos (no realizar actividad en la que no se tenga conocimiento).
7. Estructuras sencillas, equipo reducido (sobre todo de la alta dirección) y autonomía al nivel del puesto de trabajo o de grupo.
8. Estira y afloja, simultáneamente.

Administración funcional e interfuncional

La administración funcional se aplica a la organización vertical tradicional mediante la planificación estratégica, las directrices, el establecimiento de las rutinas o actividades fundamentales que se han de realizar en el trabajo diario y la elaboración de los procedimientos para cumplimentarlas, cuya finalidad es estabilizar el sistema y, posteriormente, perfeccionarlo.

Sin embargo, desde hace mucho tiempo se ha venido planteando que con la administración funcional se presentan, en ocasiones, dificultades en la solución de problemas y el cumplimiento de las tareas complejas debido a la falta de coordinación que se observa entre las divisiones, los niveles administrativos medios, departamentos y secciones.

Lo anterior se debe a que las fuertes estructuras organizativas verticales entorpecen las relaciones horizontales entre los responsables cuando se requiere de acciones comunes y de colaboración en la solución de problemas comunes. Esta es una de las razones por las que diferentes autores abogan por estructuras más simples, con menos niveles jerárquicos y más horizontalizadas.

Vencer estos desafíos es de gran importancia, como propone Deming en su novena premisa del mejoramiento continuo de la calidad: "romper las barreras entre los niveles administrativos para prever los problemas en la producción" (ver estos principios en el capítulo 3).

Para una necesaria acción coordinada en la solución de cualquier problema de salud o en tareas complejas, como el control de calidad, puede citarse a modo de ejemplo el establecimiento de relaciones horizontales idóneas con la creación de los comités interfuncionales, ya que en la práctica ha sido imposible modificarlas estructuralmente. Otra experiencia son los círculos de control de calidad que se analizan en el capítulo 6.

Reingeniería

El enfoque más conocido sobre cómo inventar o reinventar corporaciones, es el de la reingeniería, como la denominaron Michael Hammer y James Champy en su libro *Reengineering the corporation*, en 1994 y la definen de la forma siguiente:

“La reingeniería es la revisión y el rediseño radical de procesos para alcanzar mejoras espectaculares en medidas críticas y actuales de rendimiento, tales como costos, servicios y rapidez”. Ellos establecen que la reingeniería no es hacer más con menos, es con menos dar más al cliente.

Este enfoque emplea métodos, procedimientos y principios para analizar datos e implica una reevaluación profunda de una organización. Sugieren que los administradores respondan a una sola pregunta: ¿si estuviera creando esta empresa hoy, dado lo que sé y la tecnología actual, cómo sería?

Sus defensores tienen el criterio de que otros modelos, como el de mejoramiento continuo de calidad, se limitan a mejorar lo que ya existe, mientras que la reingeniería debe elaborar nuevos y mejores procesos y sistemas.

Esto es cuestionable, ya que el mejoramiento continuo de la calidad es un enfoque integral (incluye proceso y resultado), no así la reingeniería, quizás lo más adecuado sería, como propone Moraes, que en el futuro la reingeniería debe estar incluida en el control de calidad de los servicios de salud.

La reingeniería se ocupa, fundamentalmente, del estudio de los *procesos*, teniendo en cuenta que es lógico suponer que en cualquier empresa o institución se realicen continuamente múltiples procesos o infinidad de estos. En la actualidad para el estudio de los sistemas se aplica el *enfoque de proceso* (proceso y resultado o producto) y se define de la forma siguiente:

“Proceso es algo que está en constante movimiento y cambio, que utiliza diferentes insumos y posee una estructura que realiza un conjunto de actividades y acciones cuya finalidad es obtener un producto o servicio (resultados) de interés para el cliente”.

Marketing

Este enfoque surgió a principios del siglo xx como un instrumento de las empresas para conocer las necesidades y preferencias de los clientes. El término se conoce, además, como: mercadotecnia, mercadología, mercadeo y otros, siempre referido al mercado, a las ventas y ganancias.

Actualmente el *marketing* se considera como una filosofía de actuación, orientada a la actividad de toda organización y se basa en que esta debe satisfacer los deseos y necesidades del consumidor, lo cual, a su vez, constituye su razón de ser, y las decisiones se toman pensando en este.

En 1993, A. J. Magrath definió el marketing como la actividad de centrar los esfuerzos de la empresa en las necesidades del cliente, de manera que estos se vinculen con la empresa y sigan comprando, y a la vez generando ganancias.

Para los japoneses resulta de interés este enfoque, pero prefieren primero la calidad del producto o servicio antes que la producción y las ganancias, por lo que aplican el control de calidad al *marketing* como otro proceso más que puede medir preferencias y grado de satisfacción.

En el *marketing* también se emplean las concepciones de otros programas y su estrategia está dirigida a lograr innovación en la empresa con visión de futuro, pero utilizadas con espíritu de competencia para controlar el mercado e incluso manipular al cliente, cambiando formas de pensar y lograr influir en sus preferencias.

En los últimos años este sistema se ha ampliado y en la actualidad se habla de *marketing* social y marketing en salud, pero en todo caso pudiera aceptarse, si estuviera exento de cualquier incumplimiento de la ética, en oposición al *marketing* para la ganancia que promueve la venta de productos nocivos y perjudiciales para la salud, como bebidas alcohólicas, alimentos artificiales y otros.

Planificación estratégica

A finales de los años 70 y principios de los 80 del siglo xx comenzó a emplearse un nuevo enfoque en la planificación: la administración o planificación estratégica, que permitió modificar las viejas concepciones donde un planificador u observador externo, no relacionado con el fenómeno en estudio, de forma centralizada establecía objetivos y acciones para resolver problemas de algo que realmente no conocía.

La nueva concepción de la planificación estratégica se aplicó en el campo de la salud teniendo en cuenta que los que ejercen la función de planificar se encuentran en cualquier nivel del sistema, sobre todo, los que están en contacto directo con la realidad, que son los verdaderos actores. Esto facilita conocer mejor cuáles son los problemas y encontrar sus causas, para determinar la mejor forma de solucionarlos, es decir, la aplicación del *método científico* a la solución de cualquier problema.

Si los niveles administrativos y de servicios no elaboran planes de desarrollo, no se pueden organizar los recursos ni dirigir el cumplimiento de las actividades; tampoco será posible realizar un control de la situación real.

En 1978, Schendel y Hofer plantearon cuatro momentos en la administración estratégica: establecer las metas y objetivos como punto de partida; formular las estrategias con base a dichas metas y objetivos; aplicar las estrategias y realizar su evaluación.

La planificación estratégica asegura el equilibrio entre el sistema y su entorno mediante la elaboración de las líneas de acción para el cambio. Comienza con el análisis de la situación real para identificar los problemas que deben ser priorizados de acuerdo con su importancia, determinar sus causas, establecer políticas, metas a largo plazo y pensamiento estratégico, objetivos a mediano plazo (plan de acción) y a corto plazo (plan de ejecución), para la solución de las dificultades o los problemas detectados (Fig. 1.3).

El enfoque estratégico presupone el esfuerzo intrasectorial por la participación activa y consciente de todos los que tienen la responsabilidad de brindar los servicios de atención de salud, así como también de los que la reciben o se benefician con estos servicios, y de otros sectores de la economía.

Ningún plan de desarrollo organizacional se puede elaborar sin un diagnóstico de la situación del sistema en cuestión, ya se trate del sistema de salud, de una institución o de la situación de salud de la población, los cuales constituyen claros ejemplos de la aplicación de la planificación estratégica para la solución de problemas.

La planificación estratégica (PE) es una concepción muy valiosa para entender mejor la tecnología o proceso de la solución de problemas y para los problemas de la calidad de la atención de salud, lo que significa la aplicación del método científico.

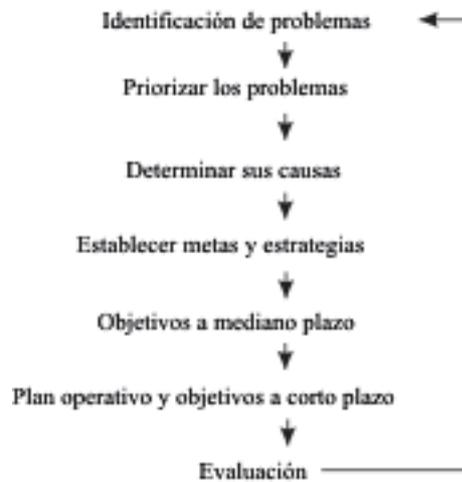


Fig. 1.3. Proceso de la planificación estratégica.

Algunos autores han publicado lo que han denominado como pensamiento estratégico e incluso hablan de 10 Escuelas, sin embargo, se debe comprender que es una hiperbolización de conceptos, ya que en la PE está implícita la concepción de alcanzar objetivos a corto, medio y largo alcance de futuro y por tanto un pensamiento a largo plazo.

Otras concepciones de la administración

Dirección por instrucción. En el decursar histórico se han propuesto muchas concepciones con relación al desarrollo organizacional, entre ellas se menciona la de la primera mitad del siglo xx, dirigida a la capacitación de cada nuevo trabajador en una institución, herramienta muy valiosa que debe ser cumplida rigurosamente, como se ha probado en la práctica, pero, además, ante cada nueva introducción de nuevas tecnologías y cambios, lógicamente se requiere de nuevas instrucciones o capacitación.

Dirección o administración por objetivos (DPO). Al mismo tiempo, que en las organizaciones fue aumentando la necesidad de absorber mayor grado de complejidad e incertidumbre, fueron surgiendo distintas concepciones. Teniendo en cuenta que en este medio se aplica con frecuencia la dirección por objetivos, se detallan sus características principales.

La DPO es una filosofía de dirección, propuesta en 1954 por Peter F. Druker en su libro *The practice of management*, que se refiere a diferentes procedimientos; comienza por establecer los objetivos y prosigue hasta la revisión de los resultados.

D. Dale y Mc. Conkey definieron la dirección por objetivos de la forma siguiente: la dirección por objetivos es una “filosofía de dirección que consiste en la evaluación de la acciones de un dirigente, empresa o sistema mayor, sobre la base de los resultados obtenidos de acuerdo con los objetivos planificados”.

Sus principios fundamentales son:

1. Elaboración de objetivos de forma colectiva y participativa.
2. Lograr la motivación y el compromiso de directivos y trabajadores.
3. Evaluación por los resultados individuales, de las divisiones y del sistema.

La DPO aplica las concepciones, los métodos y las técnicas de la administración moderna, que persiguen un adecuado estilo de dirección de los responsables o líderes para alcanzar los resultados deseados; sus premisas fundamentales son:

1. No hacer complejo el trabajo de la dirección.
2. Aplicación consciente del enfoque en sistema.
3. Definición de la responsabilidad individual y colectiva.
4. Saber cómo enfrentar las contingencias.
5. Aplicación de concepciones modernas de la administración y trabajo en equipo.
6. Estilos adecuados de dirección: liderazgo, método participativo e interactivo, comunicación y motivación.
7. El desempeño se evalúa por los resultados.
8. Cumplir los pasos lógicos para su implantación: preparación, elaboración de objetivos y puesta en marcha.

Dirección por valores. Se basa en que las organizaciones se desenvuelven en entornos cada vez más complejos y cambiantes, por tanto, se requieren de nuevas propuestas, sobre todo, para lograr la motivación de los trabajadores que busca la excelencia por la práctica coherente de toda empresa u organización en valores éticos y desarrollo creativo, el compartir dichos valores permiten que las personas tengan conductas consistentes con el desarrollo de la organización.

Hay que tener en cuenta que el concepto valores tiene una polaridad, ya que pueden ser positivos o negativos y que son contempladas como una necesidad en todas las teorías de la administración y en la escuela conductista.

Dirección por competencia. Si se revisan los diccionarios, el concepto competencia significa: aptitud, idoneidad, habilidad, capacidad y suficiencia. Tejada Fernández de la Universidad de Zaragoza concuerda con lo anterior y define competencia como: “las funciones, tareas de un profesional para desarrollar adecuadamente su puesto de trabajo (o función), que son resultado de un proceso de capacitación y calificación”.

En la publicación *Revista antiguos alumnos de España* en el artículo “Así será el directivo del siglo XXI” se publican las concepciones de un grupo de jóvenes científicos españoles que consideran que, además del cumplimiento de valores positivos, se requiere de competencias adecuadas, pero insisten en que la orientación al cliente o paciente es la competencia más valorada.

Esta teoría surge en los años 70 del siglo xx y propuesta por David Mc Celland de la Universidad de Harvard, quien señaló que las certificaciones tradicionales no eran factores válidos para medir el desempeño exitoso y que eran más útiles las competencias.

El documento de OPS-OMS presenta un modelo para analizar las competencias que las divide en:

1. Centrales: comportamientos, valores, rasgos, disciplina, dedicación y actitud.
2. Auxiliares: conocimientos, capacidades, habilidades, destrezas y aptitud.

Para su establecimiento se requiere de un largo proceso de estudio de los puestos de trabajo e identificación de las competencias requeridas en cada función o cargo que definen el desempeño. Ejemplos de competencias centrales y auxiliares se relacionan a continuación:

1. Centrales:
 - a) Orientación al cliente-paciente-comunidad.
 - b) Orientación al aprendizaje.
 - c) Calidad. Mejoramiento continuo de calidad
 - d) Orientación, cambio, adaptación y flexibilidad.
 - e) Liderazgo, responsabilidad y autonomía.
 - f) Compromiso organizacional y pertenencia.
 - g) Innovación y creatividad.
 - h) Trabajo en equipo y comunicación.
 - i) Integridad, honestidad y fidelidad.
 - j) Principios de la salud pública.
2. Auxiliares:
 - a) Raciocinio analítico y estratégico.
 - b) Enfoque por procesos.
 - c) Manejo de conflictos y ejercer influencias.
 - d) Toma de decisión, negociación e iniciativa.
 - e) Aplicar proceso de solución de problemas.
 - f) Información y consentimiento educado.
 - g) Conocimientos de nuevas tecnologías.
 - h) Comunicación de argumentos políticos.
 - i) Relaciones humanas y valores compartidos.
 - j) Situación de salud de la población.

Las competencias centrales son los valores de una organización, están vinculadas a la actividad básica de toda la organización. Se aplican universalmente a todo el personal sin importar el nivel y se relacionan con los patrones de comportamiento, clase de actitud, valores, rasgos y características personales, son más decisivas en el éxito que las auxiliares. Las auxiliares representan los conocimientos, habilidades y capacidades (aptitudes, talento) que se necesitan para hacer el trabajo, función particular o desempeñar un papel. Estas se pueden medir mejor que las centrales, de más fácil estudio y se presentan por encima del *iceberg*.

Otras concepciones

Existen muchas concepciones y teorías, entre las que se pueden señalar en las de figuras importantes como Peter F. Drucker y E. Dale, mencionadas en la dirección por objetivos, ellos rechazan los *principios de la administración* y proclaman para ella un enfoque pragmático, por estimarlo de máxima efectividad. Consideran la administración como ciencia y arte, cuya variedad de formas impide hacer generalizaciones teóricas.

Estos autores se proyectaron en 1993 mediante un análisis a largo plazo y con visión de futuro, hacia lo que será en los próximos años la típica empresa capitalista, sobre todo en lo que consideran más importante de esta sociedad: la productividad y los rendimientos.

Otro autor, T. A. Stewart, en su trabajo *La búsqueda de la organización del futuro* planteó que las grandes empresas y expertos predicen una revolución organizativa, ya que se requieren estructuras completamente diferentes a la organización jerárquica, es decir, una estructura “horizontal”, u organización interfuncional, sobre la base de los procesos y no de las funciones. Plantea, además, que una organización se comporta como una orquesta sinfónica, sustentada en la información, los conocimientos y los resultados, los cuales se puedan distribuir a cualquier parte de la organización y lograr reducir los costos en más de un tercio, de manera que el aprendizaje se convierta en un principio que prácticamente sustituya al control.

E.M. Goldrat, en su libro *La Meta*, que fue un *best seller*, considera que la palabra de moda es *calidad* y tiene que cumplir los requerimientos de los clientes, pero afirma que es importante tener en cuenta que esta no es la meta.

Este autor explica que, si se unen calidad y eficiencia, pudiera acercarse más a la meta, pero aún resulta insuficiente y agrega que se requiere aumentar la productividad con retorno rápido, por medio del proceso de mejora continua de la calidad, dando solución a los “cuellos de botella”, para otros nudos críticos, que son las dificultades que se presentan en el flujo de producción o de servicio.

Las escuelas y otras teorías mencionadas representan una parte de todas las ideas y concepciones que se han desarrollado, y perfeccionan permanentemente en todas partes, por esto algunos hablan de que existe una selva de teorías, quizás hay que prestarles atención a todas las concepciones realmente positivas y técnicamente útiles, pero sin querer aplicar las últimas modas y aplicar las “palabras de última moda” muy criticadas, ya que en ocasiones crean confusión.

Conclusiones

Se ha analizado una gran variedad de propuestas y teorías relacionadas con la administración, así que el lector debe hacer sus propias consideraciones. No es posible concluir que exista una concepción única o acabada, lo que imposibilita una teoría armónica e imposible de cumplir.

Realmente son muchas las teorías y concepciones que surgen en cualquier autor y defender sus criterios, esto realmente dificulta la comprensión de las mayorías y crean confusión. En la actualidad es muy criticada esta situación por diferentes científicos y que las denominan como propuestas de moda.

¿Qué debe hacer la dirección o administración en relación con la calidad? En primer lugar, lograr que todos los trabajadores conozcan la política de calidad de la institución, estar constantemente en contacto con todos los trabajadores y otros directivos. Debe realizar el control administrativo diario, importante para mejorar la calidad, allí mismo donde se realiza las acciones y servicios; además, el control de calidad, cuyo objetivo es verificar cómo se está cumpliendo el plan acordado, y medir si el desempeño se ajusta a lo acordado; y conocer las opiniones de todos trabajadores, los responsables y de los que reciben los servicios y, en caso necesario, tomar las medidas correctivas.

Quien dirige, si quiere tener buenos resultados, debe estar en contacto directo con todos los trabajadores y colaboradores verificando los procesos, y el menor tiempo posible en las oficinas.

El verdadero control de calidad requiere de profundidad y alcance, de aplicar el método científico, ya que se deben estudiar las estadísticas e indicadores de resultados (variables dependientes) y, en el caso de encontrar incumplimientos o problemas, ir a analizar los procesos (en las variables independientes) para investigar y detectar las causas de los problemas identificados, para que sean eliminadas y así garantizar la calidad para satisfacer los requisitos establecidos.

Los que dirigen deben tener presente que generalmente las causas de los problemas no radican en los colaboradores o trabajadores, sino en el propio sistema y su organización, lo cual sucede en la mayoría de las ocasiones y que ha sido probado científicamente (capítulo 5). Además deben considerarse, además, que el control de calidad efectivo o garantía de calidad radica en eliminar las causas que originan los problemas, pero mucho más eficiente resulta actuar preventivamente para lograr que no se presenten las dificultades.

La administración o dirección, para lograr el perfeccionamiento o cambio institucional debe encontrar el camino para el control de la calidad mediante la aplicación de los principios, métodos y técnicas modernas de dirección. El cambio o desarrollo organizacional, del que tanto se habla hoy, está en consonancia con la frase que encabeza este libro, que resulta de tanta profundidad porque llama al perfeccionamiento permanente del sistema e instituciones, para mejorar continuamente la calidad de la atención de salud para siempre.

Bibliografía

- BONILLA, J.A. (1997): *Qualidade total*. Secretaría de Salud, Minas Gerais, Brasil. pp. 21-40.
- CARDONA P, CHINCHILLA N. (2001): "Así será el Directivo del siglo XXI". En Portada. *Revista Antiguos Alumnos*; marzo de 2001. <http://webs.uvigo.es/poio/conferencias05/tejada.pdf>.
- CORDERA, A. Y BOBENRIETH, M. (1983): *Administración de sistemas de salud*. Tomo 2. Ed. Cordera y Bobenrieth. México, D.F., pp. 470-87.

- DE HEREDIA, R. (1998): *Dirección integrada de proyecto*. 3ra. edición. Universidad Politécnica de Madrid. Gráfica Marcar S. A; 1998: 1-24.
- DEMING, W.E. (1989): *Calidad, productividad, competitividad*. Ed. Díaz Santos S.A., Madrid. pp. 47-113.
- DÍAZ, C. (1988): *La teoría de delegación de autoridad*. Universidad de La Habana. CENSAI.
- DRUCKER, P.F. (1993): *Administración y futuro*. Ed. Suramericana. Buenos Aires. pp. 81-97.
- FERNÁNDEZ, C.E. (1997): *El proceso del cambio gerencial en el sector salud*. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de La Habana. pp. 27-32.
- _____ (1997): *La dirección por objetivos en el sector salud*. Gerencia en salud. Tomo I. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de La Habana. Pp. 88-109.
- FOSS, L. (S/A): “Una nueva dimensión del aspecto humano de la gestión: la teoría Z de la gestión”. *Rev Alta Dirección* No. 69. pp. 417-428. Tomado de: *Behavioral System*. Detroit, EUA.
- GALLARD N. A. Y JACINTO C. (1997): *Conferencias laborales*. OEI. Madrid.
- GOLDRAT, E.M; COX, J. (1993): *La meta*. Ediciones Castilla. Monterrey, N. León, México. pp. 24.
- HAMMER, M., CHAMPY, J. (2001): *Reingeniería en la corporación. Resumen*. Grupo Editorial Norma. Colombia, INFODIR tema No. 66. Biblioteca Médica Nacional, Ciudad de La Habana.
- HENRY, F. (2008): *Biografía* _ archivos Google.
- _____ : Así sera el directivo del siglo XXI. Infoir. 2001.
- MARÍN, J. (1990): *Marco de referencia para el desarrollo de la capacidad gerencial en salud*. OPS/OMS/PNUD. Número PSDCGT-T.9.
- MARTÍNEZ, C. M. (1995): *Marketing al estilo japonés*. Centro de Estudios sobre Asia y Oceanía. Ciudad de La Habana, Cuba.
- MORAES, N.H. (1995): *Revisión conceptual: ¿estarán preparados los hospitales para la reingeniería?* Edoc Med Salud; 29(3-4).
- OPS, OMS. (2000): *Gestión de desempeño basado en competencias*.
- _____ (1992): “Promoción de la salud y equidad”. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Washington D.C.
- OUCHI, W. (2007): *La teoría Z*. Managershelp.com. Google 2007.
- PETERS, T.J. En busca de la excelencia. Lasser Pres. México.
- Proceso histórico de la evolución de la administración. Google 2008 <http://www.dequate.com/infocentros/gerencia/admon/01.htm>. Al. final.com/Temas/Fayol.shtml. Google 2007. www.managershelp.com. Datos Biográficos. Google 2007.
- RAMOS, BN. (1990): *Medicina social y salud pública en Cuba*. Ed. Pueblo y Educación. La Habana. pp 80-95.
- STEWART, T.A. (1992): *La búsqueda de la organización del futuro*. Fortune (mayo).
- STONER, J.A., FREEMAN, R.E., GILBERT, D.R. (1996): *Administración*. Hispanoamericana, S.A. México. pp. 4-30.
- SUÁREZ, L.N. (1997): *Marketing. Gerencia en salud*. Tomo II. MINSAP. La Habana. pp. 207-266. Tomo I. Escuela Nacional de Salud. La Habana; 2-35.

Ética médica y bioética

Introducción

La ética enseña que la razón para actuar los que brindan los servicios de salud es el “paciente”, o cliente externo para otros para lograr su satisfacción y cumplir sus expectativas y su seguridad. Por tanto, los servicios deben ser de alta calidad, lo más solidario y humano posible, así como respetar el derecho de información, la integridad de las personas que los reciben, siempre que no interfiera con la moral del profesional o de otras personas.

Al igual en cualquiera profesión o actividad, se requiere del conocimiento de la moral como objeto de estudio de la ética y del cumplimiento de sus principios, en cada acto médico, para lograr la mejor relación con las personas a quienes se le brinda los servicios y con quienes se desempeñan o se relacionan y esto no se alcanza sin respetar la autonomía e integridad de las personas que reciben los servicios, como propiedad de gobernarse a sí mismo.

En la atención de salud se debe estar en consonancia con *Lex Artis*, que significa el buen actuar de los que brindan los servicios de salud y acorde con los adelantos de las ciencias médicas, mediante una relación de sujeto-sujeto con el paciente (o su familia) que es imprescindible, respetando su integridad para lograr la solución del problema de salud, donde el que recibe la atención tiene la mayor relevancia en este binomio, cumpliendo el consentimiento informado.

Otro aspecto de gran interés que no debe olvidarse es que en el proceso de atención médica se establecen relaciones con otros trabajadores, profesionales, estudiantes y directivos dentro de una misma institución o fuera de esta, que requieren relaciones humanista, armoniosas y respetuosas.

Por tanto uno de los temas que con seguridad ha suscitado el mayor intercambio de ideas en todas las épocas históricas, es la ética médica que se conceptualiza como un sistema de opiniones, normas y principios que regulan la conducta humana.

Como este tema realmente es complejo y muy abarcador, en este capítulo se tratan, específicamente, los aspectos del comportamiento y responsabilidad de los profesionales y trabajadores de la salud, relacionados con el acto médico,

la relación médico-paciente, el consentimiento informado, el respeto a la integridad y autonomía del paciente, y la responsabilidad médica e institucional.

Surgimiento y evolución de la ética

La ética médica surge con Sócrates (469-399 a.n.e.) quien fue el primero en señalar y definir las virtudes éticas y que puso la filosofía al servicio de las costumbres para distinguir los bienes de los males, fue contemporáneo de Hipócrates (460-377 a.n.e.) y el que confirmó su existencia y su gran sabiduría.

Del Juramento de Hipócrates históricamente no existe documento alguno que legitime la autoría del juramento, es decir, que le otorgue a Hipócrates o a otra persona la paternidad y debe tenerse en cuenta que Hipócrates fue un personaje casi legendario, aunque para algunos fue más un nombre que un hombre.

Se acepta que el Juramento es apenas una promesa religiosa, carente de responsabilidad jurídica, pero ha sabido expresar, no solo las características fundamentales del papel profesional, el paradigma de la ética médica, sino de la ética profesional. Pero no queda duda que existió pues por lo menos dos contemporáneos suyos lo mencionan: Platón (427-347 a.n.e) y Sócrates (469-399 a.n.e). De Platón en *Fedro* se recoge el diálogo siguiente: “Si hemos de creer a Hipócrates, el descendiente de los hijos de Asclepiades, no es posible, sin este estudio preparatorio, conocer la naturaleza del cuerpo”. Sócrates señaló: “amigo mío; sin embargo, después de haber consultado a Hipócrates, es preciso consultar la razón y ver si está de acuerdo con ella”. También Aristóteles (384-322 a.n.e.) afirmó: “yo puedo decir que Hipócrates, no como hombre sino como médico, es mucho más grande que otro hombre de una estatura más elevada que la suya”. Por su importancia histórica y educativa se expone el Juramento hipocrático como documento histórico:

1. Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higeia y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio a este juramento y compromiso.
2. Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciere falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles, este arte, si es que tuvieran necesidad de aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato; hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y todas las demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero a nadie más.
3. Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré.
4. No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

5. No haré uso del bisturí ni aun con los que sufren del mal de piedra: dejaré esa práctica a los que la realizan.
6. A cualquier casa que entrare acudiré para asistencia del enfermo, fuera de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres.
7. Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniendo por secreto.
8. En consecuencia séame dado, si a este juramento fuere fiel y no lo quebrantaré, el gozar de mi vida y de mi arte, siempre celebrado entre todos los hombres. Mas si lo trasgredió y cometió perjurio, sea de esto lo contrario.

En esa época la sociedad, en general, desconfiaba de lo que hacían los médicos, no existían disposiciones que obligaran al practicante a ser responsable de sus actos, como sí ocurrió en Babilonia, Mesopotamia. En Babilonia el rey Hammurabi, que reinó 1 800 años a.n.e. y hasta el presente 3 750 años, registró su famoso *Código* como primera ley de la historia.

Esta ley consideraba los aspectos “éticos” que regulaban la conducta de los “médicos”, también en cuanto a sus honorarios y sobre las sanciones, generalmente severas por las malas consecuencias de la atención, eran diferentes de acuerdo con el lugar que el paciente ocupaba en la sociedad, fuera esclavo o de la clase dominante.

En la antigua Grecia se enseñaban las artes del examen médico y el buen trato al enfermo y se recogían otros aspectos, que en la actualidad se conocen como ética, por ejemplo el Juramento hipocrático, siglo V a.n.e., que suavizó las concepciones existentes hasta ese momento, como guía para el comportamiento médico y con un criterio científico de la medicina, y así evitar todo daño u ofensa, que se resumía en la máxima *Primum Non Nocere* que significaba de forma concreta la necesidad del humanismo del médico para no causar daño a sus pacientes.

En los albores del desarrollo de la medicina se conocen por documentos como el Ayurveda (India, siglos XIII a.n.e.) con indicaciones acerca de las reglas del comportamiento del médico, de quien se exigía cualidades morales y físicas muy altas.

Durante el Renacimiento (siglos XV-XVI) se van desarrollando las ciencias, las artes y las universidades lo que influyó positivamente en la medicina y en este período surgió la ética, ciencia cuyo objeto de estudio, según la filosofía, es la moral.

La moral no es innata, significa costumbre y su origen está en la educación, la idiosincrasia, los hábitos, tradiciones, costumbres de la población, sus principios muy diferentes de un lugar a otro, de una época a otra y, dialécticamente, vinculada al desarrollo histórico-social del hombre, formando parte de la superestructura del régimen y condicionado por este.

Un concepto relacionado con la moral es la deontología médica que se considera como la teoría y práctica de los deberes morales del médico, establecidos en la sociedad en que vive y que en Cuba es la moral socialista.

La ética es una de las formas de la conciencia social que refleja las exigencias que la sociedad plantea al hombre en su vida cotidiana, acerca de sus obligaciones y formas de comportamiento respecto a los otros hombres, a sí mismo, a la familia, al estado, a la patria, en resumen, a la sociedad toda, y que resulta como una especie de código, pero no escrito.

Aldereguía define la ética (del griego *ethos*) como: “la ciencia que estudia el origen, esencia, categorías, regularidades y leyes del desarrollo histórico de la moral y sus costumbres”.

En la primera mitad del siglo XIX la ética estaba más enfocada al secreto médico; posteriormente a los problemas y regulaciones de la atención médica que se interesaba por el acto o comportamiento humano del médico, es decir a la relación médico-paciente.

Ética institucional

En la primera mitad del siglo XX, la ética estaba enfocada al secreto médico, después con el surgimiento de los servicios de salud al final de este siglo en Rusia Zarista y en Alemania, y con el desarrollo posterior de las tecnologías médicas y del impacto de la revolución científico-técnica, los problemas de la atención de salud y hospitalaria, se fueron agudizando y complicando.

Entonces las complejidades de estos servicios dependen de muchos factores, en primer lugar de la organización, que incluye la estructura de las instituciones de salud y de sus directivos; de los profesionales y trabajadores. Pero, además de los cambios notables de la propia medicina y su desarrollo tecnológico, las consecuencias fundamentales son tres: el deterioro de la relación médico-paciente, el progresivo abandono y menosprecio de la clínica, y la utilización irracional y excesiva de la tecnología médica aplicada al diagnóstico.

A todo lo anterior se agrega el error médico, el cual, lamentablemente, aún no es bien reconocido (capítulo 8), que históricamente siempre ha existido y siempre existirá y que en estudios realizados representa entre 87 y 90 % de las malas consecuencias o denominados ahora como eventos adversos de la atención médica, por lo que requiere, de manera imperiosa, de su estudio para encontrar sus causas y así poder prevenirlo.

Por lo anterior, se requiere de la insistencia en la necesidad del cumplimiento de los principios éticos individuales e institucionales por la necesidad de las medidas organizativas institucionales y del cumplimiento de los reglamentos, programas de calidad de la atención médica y hospitalaria, de crear las comisiones o comités de ética que surgieron en los años 80 del siglo XX en los EE.UU. y en Argentina. En Cuba debe recordarse el documento “Principios de la ética médica” publicado en 1983, donde se incluyen las comisiones de ética.

Tealdí y Mainetti de la Universidad de la Plata, Argentina, señalan que, a partir de la necesidad y la experiencia, surgió la concepción de los comités hospitalarios de ética, considerando cinco tipos:

1. Que revisan aspectos éticos de la relación en la atención al paciente.
2. De carácter consultivo, para aconsejar en caso de pacientes terminales.
3. De pronóstico, para hacer predicciones de la futura evolución.
4. Que tienen una preocupación confesional o religiosa.
5. Que se ocupan de decisiones políticas, distribución y disposición de recursos en la atención de la salud.

Moreno considera que la clínica y el método clínico han venido sufriendo un gradual proceso de deterioro en los últimos 40 años en el mundo entero y también en Cuba, debido al impacto de la revolución científico-técnica, la cual ha sido de tal magnitud que no menos de 25 nuevos problemas éticos han surgido en la medicina. Estos problemas se relacionan, entre otros, con el asesoramiento, análisis y la ingeniería genética, la fecundación in vitro y el trasplante de embriones y de tejido fetal, las variadas implicaciones del descubrimiento y empleo del genoma humano, la clonación, el trasplante de órganos, el suicidio con ayuda médica, la eutanasia, el diagnóstico de muerte, el estado vegetativo persistente, la televigilancia y la telemedicina individual, las contaminaciones acústica y ambiental y, muchos más, junto con viejos problemas éticos vuelven a la palestra con una nueva dimensión, entre ellos, los de la relación entre la clínica y la tecnología.

Acto y responsabilidad médica

Por medio del acto médico se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. El médico e institución tienen el deber de utilizar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico o de prevención), actuando con apoyo de sus conocimientos, su adiestramiento técnico, y su diligencia y cuidado personal para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

Si se considera el acto médico como un proceso, como tal debe tener un producto final o resultados donde se mide la calidad de ese acto, que en la gran mayoría de los casos son buenos, pero sin dejar de ser susceptible de que se pueda cometer un error médico o una falta o infracción médica y en este último caso según Lancís el médico debe responder de acuerdo con la ley, por tanto, deben ser diferenciados y estudiados, ya que ambos pueden producir un daño o evento adverso.

Cuatro características principales distinguen al acto médico:

1. Solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico.
2. La ejecución debe ser conforme a la denominada *Lex Artis*.
3. Tener por objetivo la curación o rehabilitación del enfermo.
4. La licitud, o sea, que esté acorde con las normas legales.

Para Lancís la responsabilidad legal del profesional resulta de un acto médico perjudicial y siempre que el efecto dañoso esté previsto en la ley.

Los aspectos críticos de la responsabilidad legal de los profesionales de salud se relacionan con las categorías del acto médico, cuya falta estimula la formulación de reclamos o demandas que, según el uruguayo Rodríguez, están estrechamente vinculados y que se refieren a los aspectos siguientes:

1. Relación médico-paciente.
2. *Lex Artis*.
3. Historia clínica.
4. Consentimiento informado.

Relación médico-paciente

Se concreta en el acto médico que es una forma especial de concordancia entre personas; por lo general, una de ellas, el enfermo, acude a otra persona motivada por una alteración en su salud, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que el primero presenta.

En la actualidad la relación médico-paciente es muy diferente a la que existía a principios del siglo xx, donde existían profundos vínculos afectivos entre el médico general de aquella época y sus pacientes y familiares, lo cual lo convertía en un verdadero líder en la comunidad donde ejercía.

Actualmente existen diferentes condiciones que han repercutido negativamente entre estas relaciones: el no cumplimiento de los principios de la ética y no estar acorde con los adelantos de las ciencias médicas. También la política neoliberal imperante en muchos países en que el estado reduce la atención a la salud pública, entregándola a consorcios privados que introducen la comercialización en la atención médica.

Esta última situación ha convertido al paciente o cliente externo con exigencias, y a los médicos en verdaderos “vendedores”; que de benefactor tradicional se ha convertido, prácticamente, en un enemigo del paciente y de la familia. Esta situación ha afectado profundamente esta relación, incrementando los errores médicos, violando los principios de la ética médica y facilitando la participación de abogados especializados en reclamaciones.

Otra condición que está interfiriendo negativamente sobre la relación médico-paciente es el desarrollo tecnológico ocurrido en las últimas décadas, que ha distorsionado el ejercicio de la medicina con la falsa idea de que los nuevos recursos diagnósticos y terapéuticos pueden sustituir el método clínico.

Estos avances técnicos (la biotecnología, la inmunología molecular, la ingeniería genética, la imaginología) son de suma utilidad y de gran ayuda en el diagnóstico y tratamiento, pero nunca son ni serán sustitutos del método científico o método clínico. Esta tecnificación moderna con su endiosamiento, promovida por intereses económicos está distorsionando por completo la relación médico-paciente en sus aspectos fundamentales, a tal punto que algunos autores plantean que ya no es buena ni mala, sino que simplemente ha dejado

de existir. Esta situación ha ido cambiando la habilidad de diagnosticar por la realización de procedimientos y técnicas no siempre necesarias, creando frustración y encono.

La relación médico-paciente puede ser clasificada de diferentes maneras, pero la más utilizada por su sentido práctico es aquella que establece tres formas distintas:

1. Relación activo-pasiva.
2. Relación de cooperación guiada.
3. Relación de participación mutua.

La *relación activo-pasiva* es aquella que se establece con enfermos en estado de coma, o que se encuentran en una situación que no les permite establecer una relación más participativa, como es el caso del paciente con un edema agudo del pulmón.

La *relación cooperativa guiada* es la que se establece con pacientes que están en condiciones de cooperar en su diagnóstico y tratamiento, como ocurre en algunas enfermedades agudas, neumonía, por ejemplo, y crónicas como la hipertensión arterial.

La *relación de participación mutua* no solo contempla el cumplimiento del tratamiento, sino el control en discusión frontal de situaciones y actitudes relacionadas con la causa y evolución de la enfermedad.

La esencia en el acto médico es la relación médico-paciente que realmente se ha modificado mucho porque, ya no es solo el médico y paciente, ahora al proceso se agregan otros profesionales, trabajadores, directivos y la propia institución, así como también las modernas concepciones de la atención médica, lo que realmente ha complicado la situación.

La relación médico-paciente requiere de la necesaria comunicación médico-paciente-familia, a lo que el científico español Varela llamó la “asignatura pendiente; comunicarse con el paciente”.

Aspectos relevantes de la relación médico-paciente

Los aspectos relevantes de la relación médico-paciente son:

1. El médico debe estar consciente que su relación profesional interpersonal con el paciente se caracteriza por el respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto contenido social.
2. La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado a su alta responsabilidad.
3. Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana como es promover o restablecer la salud.
4. Demandar una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
5. Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas.

Resulta de suma importancia en la relación médico-paciente tener en cuenta las características personales del médico y del paciente. Por parte del médico, es fundamental que conozca su carácter, sus debilidades, su nivel de información, hasta donde puede manejar una situación determinada y cuando debe recurrir a otro colega. Debe tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico y social.

Otros aspectos que se han de tener en cuenta en esta relación son los objetivos que persiguen el paciente, el estado afectivo de ambos y la posición de cada uno. El médico como profesional, generalmente, es ubicado por el paciente en una posición de superioridad, por lo que el médico debe con su actuación equilibrar esta situación.

Otro aspecto fundamental lo constituyen las vías de comunicación. Esta comunicación puede ser: verbal, por medio de la palabra; la extraverbal, por medio de gestos; expresiones faciales; el tacto, sobre todo al realizar el examen físico y, por último, el instrumental utilizado como complemento.

La relación médico-paciente implica obligaciones especiales para el médico de atender el interés del paciente debido al conocimiento especializado que tienen los médicos y al desequilibrio de poder entre estos y sus pacientes.

El compromiso fundamental del médico siempre debe estar dirigido hacia el bienestar y lo que mejor le convenga al paciente, independientemente de si el médico está previniendo o tratando una enfermedad o ayudando al paciente a lidiar con enfermedades, discapacidades y la muerte.

El médico debe apoyar la dignidad de todas las personas y respetar su singularidad. Los intereses del paciente siempre deben promoverse sin importar las disposiciones financieras, el marco en que se suministra la atención médica, ni las características del paciente, como su capacidad para tomar decisiones o su condición social.

A todo lo anterior debe agregarse que esta relación se ha ampliado también en lo referente al grado de información que el paciente y familiares requieren por su mayor cultura y conocimiento e incluso para lograr una mayor participación e influencia en las decisiones sobre el proceso salud enfermedad, para cumplir con la doble responsabilidad de mantener la salud o ante la enfermedad.

El médico debe entender las quejas, los sentimientos subyacentes, las metas y las expectativas del paciente. Después de que el paciente y médico convengan con el problema y el objetivo del tratamiento, el médico presenta uno o más planes de acción. Si ambas partes están de acuerdo, el paciente puede autorizar al médico para que comience el plan de acción; en ese momento el médico puede aceptar esa responsabilidad.

Esta relación implica obligaciones mutuas. El médico debe ser competente profesionalmente, actuar de forma responsable y tratar al paciente con bondad y respeto. El paciente debe entender primero, para dar su consentimiento, responsablemente, en la atención pero respetando su autonomía e integridad, lo que ha contribuido a un proceso de cambio del paradigma desde el paternalismo al de la relación responsable.

Autonomía del paciente

La aparición del concepto sociopolítico, legal y moral de autonomía, ha influido profundamente en la ética médica. Ha cambiado el centro de la toma de decisiones del médico al paciente y reorientado la relación del médico con el paciente hacia un acto más abierto y franco, en el que se respeta más la dignidad del paciente como persona. En general, el auge de la autonomía ha protegido a los pacientes contra las flagrantes violaciones, tan ampliamente aceptadas como permisibles en el pasado.

Para Pellegrino el concepto sociopolítico, legal y moral de autonomía ha influenciado profundamente en la ética médica y ha cambiado el centro de la toma de decisiones del médico al paciente y en su relación se transforma en un acto más abierto y franco que respeta la dignidad del paciente. Y agrega, este autor, que todo depende de la propia integridad del profesional de salud.

El cambio de cultura jurídica en la relación médico-paciente, evidenciado en la afirmación del principio de autonomía de la persona, dejó al margen una relación caracterizada por un sentido paternalista y regida por el principio de beneficencia, para llegar a una nueva situación, acorde con los tiempos, en la que el paciente o sus derechos se configuren como protagonistas.

Sin embargo, el principio ético de autonomía no basta para garantizar el respeto a las personas en las transacciones médicas con todos sus matices y significados, el conocimiento sin integridad es peligroso.

Como fundamento de las relaciones médicas, el concepto de integridad es más rico y fundamental, y está más estrechamente vinculado a lo que significa el ser humano completo en sus aspectos corporal, psicológico y axiológico. Las repercusiones morales de la integridad son un asunto más exigente y difícil de captar en el idioma legal o en los procedimientos relativos al consentimiento informado.

Aun así, por las razones expuestas en este documento, se debe profundizar en la noción de que la autonomía depende de la preservación de la integridad de las personas, y que tanto una como otra dependen de la integridad del médico.

Es decir, la preservación de la integridad de las personas perfecciona la autonomía lo que ha condicionado un profundo cambio en la concepción tradicional de la relación médico-paciente, para garantizar el más exquisito respeto y consideración al paciente y sus familiares.

El fundamento legal del derecho de autonomía se asienta comúnmente en el derecho a la intimidad. En términos prácticos, ese derecho a la intimidad se ha aplicado al derecho personal sobre la educación de los hijos, la elección del cónyuge, la preferencia en materia de religión, el acceso a los métodos anticonceptivos y a la interrupción del embarazo.

Ese mismo derecho se ha invocado explícitamente para proteger el derecho de un paciente a rechazar determinados tratamientos médicos. Todos estos aspectos obligan a meditar sobre los derechos de los pacientes a conocer

sobre los tratamientos que se le van a aplicar, siendo el medio idóneo el consentimiento informado. Ahora bien, para que este satisfaga los derechos del ser humano al autogobierno, debe contar con la suficiente información para hacer una elección razonada, así como estar exento de coerción o engaño.

Integridad del paciente

Etimológicamente, proviene del latín que significa totalidad, entereza o unidad intacta. Es un concepto más complejo que el de autonomía. La integridad abarca a la autonomía porque la pérdida de esta impide que se obre como ser humano intacto y completo.

Ahora bien, la autonomía no es sinónimo de integridad de la persona, ya que esta incluye la totalidad fisiológica, psicológica y espiritual del individuo. La autonomía es una capacidad de la persona total, pero no es el total de capacidades de la persona. La integridad tiene dos sentidos en la ética médica. Uno se refiere a la integridad de la persona, del médico y del paciente; el otro es un derecho moral que corresponde a cada ser humano; en el segundo caso es una virtud, un hábito moral adquirido por la práctica constante de la relación con los demás.

La integridad de una persona se expresa en una relación equilibrada entre los elementos corporales, psicosociales e intelectuales de su vida. Ningún elemento es desproporcionado en relación con los demás; no es más que la correcta ordenación de las partes del todo, el equilibrio y la armonía entre las diversas dimensiones de la existencia humana. La integridad en este sentido es sinónimo de salud.

La enfermedad es igual a desintegración de la unidad de la persona. Esta ruptura puede ocurrir en cualquiera de las tres esferas: corporal, psicológica y axiológica. En la enfermedad, la vulnerabilidad del cuerpo, la psiquis y los valores del paciente generan la obligación de restaurar y mejorar su capacidad autónoma para tomar decisiones, por tanto, en última instancia la autonomía se basa en la integridad de la persona; a su vez, paradójicamente para reparar la desintegración producida por la enfermedad es preciso hasta cierto punto violar la integridad de la persona: el médico palpa al paciente, explora cada uno de los orificios de su cuerpo y examina los detalles de sus relaciones sociales y sus respuestas psicológicas.

Podrían ofrecerse algunos contrastes que se dan entre los conceptos de integridad y autonomía. Esta última es la capacidad inherente al hecho de ser una persona racional; es algo que posee el hombre, si no se ha desarrollado capacidad para emitir un juicio racional, se carece de autonomía, se dispone de varios grados de autonomía, según los impedimentos internos y externos para el funcionamiento de la capacidad, en esos casos la autonomía se puede trasladar a un sustituto moralmente válido o a un documento, ya sea un testamento de vida, un poder notarial duradero o una orden médica. Dicha transferencia viola una parte de humanidad, pero no se priva de la condición de seres humanos.

La integridad es un asunto de existencia. Es un atributo de todos los seres humanos, en pleno uso de sus facultades o no, adultos o niños, conscientes o inconscientes. No admite grados ni se puede perder, no es algo que se tiene, es parte del ser como humanos. No es transferible, ignorarla es violar todo ser como criaturas humanas.

Lex Artis

La ley del arte, constituye el criterio clave para determinar la existencia o no de la responsabilidad médica de manera tal que los juicios de responsabilidad médica se ubican en la cuestión de si hubo incumplimiento de esta “categoría que se refiere al acto médico en el marco de los criterios y procederes admitidos en un determinado tiempo y lugar, en situaciones históricamente concreta impregnada de componentes éticos e indisoluble de una buena relación médico-paciente”.

El concepto de *Lex Artis* está impregnado de los componentes éticos y, por lo tanto, de una buena relación médico-paciente, de hacer bien el acto médico y, muy especialmente, si el médico o profesional contó con un “consentimiento válido”, por lo que no bastan los aspectos técnicos.

Generalmente los reclamos por la real o presunta responsabilidad médica tienen su origen en una ruptura de la relación médico-paciente incluso antes que se cometa un error médico, falta médica o infracción.

La falta médica es todo acto culposo o imperito, en que se manifieste omisión como: negligencia o incuria, olvido, abandono, indolencia o por omisión o acción, como imprudencia, impericia, osadía, desprecio, incapacidad, ignorancia profesional y violación de normas. Por suerte, estos son mucho más raros que el error, pero tienen que ser esclarecidos por los canales adecuados, pues en el caso de cometerse alguno de estos, el profesional debe ser sancionado. por la vía administrativa, civil o legal.

La falta médica debe diferenciarse del error médico que según la definición de autores cubanos se considera como: el que resulta de una equivocación en que no existe mala fe, ni se manifieste falta médica, pero que debe ser analizado por el comité de ética de la institución (principios de la ética médica) y, sobre todo, estudiarlo y conocer sus causas para su prevención.

Además, hay que agregar que los daños o eventos adversos producidos en el proceso de la atención médica, no siempre están relacionados con un error o con una infracción, así por ejemplo, en los casos donde sea imprescindible y se acuerde correr un riesgo conscientemente o como medida heroica.

Historia clínica

Es un documento de extrema importancia, donde se deben reflejar todas las actuaciones médico-sanitarias, medios y el pensamiento del médico o profesional aplicadas en el paciente. Sin la historia clínica no se puede hacer medicina científica, ni estudios de la calidad de la atención médica.

La historia clínica es el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener un diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad.

Para Galán Cortés, estudioso español conceptúa la historia clínica como “...la biografía patológica de la persona, esto es, la transcripción de la relación médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental a la hora de juzgar la actuación del profesional sanitario”.

La historia clínica es un documento de gran importancia en la valoración de la responsabilidad médica, teniendo en cuenta que recoge las actuaciones de los profesionales de salud, de los conocimientos, los medios y de todas las actuaciones sobre el paciente y elemento fundamental en el momento de alguna reclamación.

Por la importancia en la responsabilidad médica se deben conocer otros aspectos de interés médico legales de la historia clínica como: la propiedad, la confidencialidad y la eficacia probatoria:

1. La propiedad pertenece al paciente y no hay dudas que es el propietario y queda bajo custodia de la Institución al que el médico pertenece.
2. El acceso y confidencialidad debe ser respetado. En algunos países el paciente está en el derecho de pedirla para su lectura.
3. Posee valor con eficacia probatoria en un juicio de responsabilidad médica y en el caso de la imposibilidad de presentarla por extravío puede interpretarse como generadora de culpa, lo mismo que si no existe o se confeccionó de forma negligente.

Consentimiento informado

En Cuba, la ley No 41, del 15 de agosto de 1983, de la salud pública, en el capítulo II, sección de la “atención médica, preventiva y curativa” en sus artículos 18 y 19 expone sobre los métodos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se realizan con la aprobación de los pacientes, excepto en los menores de edad o con incapacidad mental, en cuyos supuestos se requiere la autorización del padre, madre, tutor o representante legal en su caso.

También se considera en el Reglamento general de hospitales, aprobado con fecha de enero 2007 en su artículo 137, considera que el consentimiento informado debe contener la información suficiente que permita al paciente o al familiar (en caso de enfermedad discapacitante mental) participar en la toma de decisiones y otorgar, o no, su consentimiento.

El consentimiento informado es un presupuesto de la *Lex Artis* aceptado en estos momentos en todas las latitudes como un acto clínico, cuyo cumplimiento puede generar responsabilidad, que constituye un derecho del paciente y supone un proceso que va más allá de la firma de un documento de autorización, que significa una relación de información, comprensión, confianza y autorización entre el médico y el paciente.

Requisitos

Los requisitos que deben considerarse son:

1. Libertad o independencia: paciente libre de decidir, sin coacción profesional, familiar o del entorno social.
2. Competencia o capacidad de decisión.
3. Información adecuada, de forma personalizada, que debe ser lo suficientemente explicada.

4. De llenar un documento, este debe ser firmado por el paciente y por el médico, y puede ser en la historia clínica.
5. El médico debe tomar decisiones con y por el paciente, respetando siempre:
 - a) El derecho legal de la intimidad.
 - b) Derecho legal de la autonomía.
 - c) Derecho moral más profundo de la integridad.
 - d) Reconocimiento a los derechos personales del enfermo.

Si todo esto se cumple, habrá una excelente relación médico-paciente y, sobre todo, una buena comunicación.

Hay que tener en cuenta que el paciente es el que sufre las vicisitudes y consecuencias del tratamiento y tiene el derecho de conocer:

- Los riesgos que tienen los procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Las posibilidades diagnósticas o terapéuticas y su seguridad posible.
- Qué se quiere lograr y cuáles beneficios pueden traer estos procedimientos.
- Qué éxito puede tener el tratamiento clínico o quirúrgico propuesto.
- Los tratamientos alternativos.
- Qué riesgos causaría la negación a ese proceder diagnóstico o terapéutico.

El consentimiento del paciente debe prestarse antes del proceder diagnóstico o terapéutico que se pretende llevar a efecto, y ha de subsistir a lo largo de toda la evolución del paciente durante el acto médico, en tal forma que el consentimiento sea modulado a lo largo de todo el proceso de atención. El consentimiento del paciente es temporal y revocable sin sujeción a formalidad alguna. El consentimiento se concreta a la específica intervención de que se trate, sin que, salvo caso de urgencia intercurrente y de actuación necesariamente inaplazable, pueda extenderse la actividad del facultativo a otras actuaciones ajenas a la inicialmente autorizada.

El objeto del consentimiento informado lo constituye el procedimiento diagnóstico o terapéutico ajustado a la *Lex Artis* y con los riesgos que le son inherentes, pero no comprende el resultado que es aleatorio, dada la incidencia en él de múltiples factores endógenos y exógenos, ajenos al actuar del facultativo que interviene y que pueden truncar el fin perseguido, dada la obligación de medios o actividad que preside su actuación.

Bioética

El concepto de bioética surge después de la Segunda Guerra Mundial, y fue definida como: disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la biología en general, la medicina, así como de las relaciones entre los hombres y con los restantes seres vivos.

La bioética aspira a proveer los principios orientadores de la conducta humana en el campo biomédico. Etimológicamente proviene del griego *bios* y *ethos*: “ética de la vida”, es decir de la ética aplicada a la vida humana y no humana (animales, naturaleza).

La bioética no se limita al ámbito médico, tiene un sentido más amplio, que incluye todos los problemas morales que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales.

La bioética abarca las cuestiones éticas acerca de la vida, que surgen en las relaciones entre biología, medicina, política, derecho, filosofía, sociología, antropología y teología. Algunos bioéticos tienden a reducir el ámbito de la ética a la moralidad en tratamientos médicos o en la innovación tecnológica; otros, sin embargo, opinan que la ética debe incluir la moralidad de todas las acciones que puedan ayudar o dañar organismos capaces de sentir miedo y dolor.

El criterio ético fundamental que regula a la bioética es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: la dignidad de la persona. La bioética es con frecuencia material de discusión política, resultando en crudos enfrentamientos entre aquellos que defienden el progreso tecnológico en forma incondicionada y aquellos que consideran que la tecnología no es un fin en sí, sino que debe estar al servicio de la persona humana. Las primeras declaraciones de bioética surgen cuando el mundo se escandaliza con el descubrimiento de los experimentos médicos llevados a cabo por los facultativos del régimen hitleriano sobre los prisioneros en los campos de concentración.

A esta situación se suma el dilema planteado por el invento de la fístula para diálisis renal de Scribner (Seattle, 1960), las prácticas del hospital judío de enfermedades crónicas (Brooklyn, 1963) o la Escuela de Willowbrook (Nueva York, 1963), que van configurando un panorama donde se hace necesaria la regulación, o al menos, la declaración de principios a favor de las víctimas de estos experimentos.

Principios fundamentales de la bioética

En un primer momento definieron que estos principios se vinculan siempre que no colisionen entre ellos, en cuyo caso habrá que dar prioridad a uno u otro dependiendo del caso. Sin embargo, en 2003, Beauchamp considera que los principios deben ser especificados para aplicarlos a los análisis, ser discutidos y determinados por el caso concreto a nivel casuístico.

En 1979, los bioeticistas Beauchamp y Childress, J.F, definieron cuatro principios de la bioética, que son: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia (*primuin non nocere*) y el principio de justicia.

Principio de autonomía

Implica responsabilidad y es un derecho irrenunciable, incluso para una persona enferma. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan ser no autónomas o presenten una autonomía disminuida (menores de

edad, personas en estado vegetativo o con daño cerebral y otros), donde es necesario, en tal caso, justificar por qué no existe autonomía o por qué esta se encuentra disminuida.

Una persona autónoma tiene capacidad para obrar, facultad de enjuiciar, principio de respeto a las personas que impone la obligación de asegurar las condiciones necesarias para que actúen de forma autónoma, razonablemente, el alcance y el significado de sus actuaciones y responder por sus consecuencias.

En el ámbito médico, el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico, pues las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético y supone que el objetivo del médico es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente.

Principio de beneficencia

Es la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo perjuicios. En medicina promueve el mejor interés del paciente, pero sin tener en cuenta la opinión de este. Supone que el médico posee una formación y conocimientos de los que el paciente carece, por lo que aquél sabe (y por tanto, decide) lo más conveniente para este. Es decir “todo para el paciente, pero sin contar con él”. Un primer obstáculo al analizar este principio es que desestima la opinión del paciente, primer involucrado y afectado por la situación, prescindiendo de su opinión debido a su falta de conocimientos médicos. Sin embargo, las preferencias individuales de médicos y de pacientes pueden discrepar respecto a qué es perjuicio y qué es beneficio. Por ello es difícil defender la primacía de este principio, pues si se toman decisiones médicas desde este, se dejan de lado otros principios válidos como la autonomía o la justicia.

Principio de no maleficencia (*primuin non nocere*)

Es abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Es un imperativo ético válido para todos, no solo en el ámbito biomédico, sino en todos los sectores de la vida humana.

En medicina, sin embargo, este principio debe encontrar una interpretación adecuada pues a veces las actuaciones médicas dañan para obtener un bien. Entonces, de lo que se trata es de no perjudicar, innecesariamente, a otros. El análisis de este principio va de la mano con el de beneficencia, para que prevalezca el beneficio sobre el perjuicio.

Las implicaciones médicas del principio de no maleficencia son varias: tener una formación teórica y práctica rigurosa y actualizada permanentemente para dedicarse al ejercicio profesional, investigar sobre tratamientos, procedimientos o terapias nuevas, para mejorar los ya existentes en vistas a que sean menos dolorosos y lesivos en los pacientes; avanzar en el tratamiento del dolor; evitar la medicina defensiva y con ello, la multiplicación de procedimientos y/o tratamientos innecesarios.

Principio de justicia

Este principio es tratar a cada uno como corresponda con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (biológica, social, cultural, económica, etc.) En la sociedad cubana, aunque en el ámbito sanitario la igualdad entre todos los hombres es solo una aspiración, se pretende que todos sean menos desiguales, por lo que se impone la obligación de tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales para disminuir las situaciones de desigualdad.

No puede desdoblarse en dos aspectos: un principio formal (tratar igual a los iguales y desigual a los desiguales) y un principio material (determinar las características relevantes para la distribución de los recursos sanitarios: necesidades personales, mérito, capacidad económica y esfuerzo personal).

Las políticas públicas se diseñan de acuerdo con ciertos principios materiales de justicia. En los países en que la asistencia sanitaria es, teóricamente, universal y gratuita, está establecida en el principio de la necesidad; en cambio, en los EE.UU. la mayoría de la asistencia sanitaria de la población está basada en los seguros individuales contratados con compañías privadas de asistencia médica.

Para excluir cualquier tipo de arbitrariedad es necesario determinar qué igualdades o desigualdades se van a tener en cuenta para determinar el tratamiento que se va a ofrecer a cada paciente, el cual espera que el médico haga todo lo posible en beneficio de su salud; pero también debe saber que las actuaciones médicas están limitadas por una situación impuesta al médico, como intereses legítimos de terceros.

La relación médico-paciente se basa, fundamentalmente, en los principios de beneficencia y de autonomía, pero cuando estos principios entran en conflicto, a menudo, por la escasez de recursos; es el principio de justicia el que entra en juego para mediar entre estos. En cambio, la política sanitaria se basa en el principio de justicia, y será más justa en cuanto que consiga una mayor igualdad de oportunidades para compensar las desigualdades.

Cuestiones de interés para la bioética

Son aspectos de interés para la bioética: aborto inducido, calidad de vida y sanidad, clonación humana, derechos de los animales, donación de órganos, drogas, eutanasia, investigación y ensayos clínicos, inseminación artificial, drogas, sida, suicidio, trasplante y otros.

Principales regulaciones aprobadas por organismos internacionales sobre bioética

Las principales regulaciones aprobadas sobre bioética son:

1. Código de Nuremberg (1947).
2. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
3. Declaración de Helsinki (1964).
4. Declaración de Tokio (1975).

5. Informe Belmont (1979).
6. Declaración de Manila (1980).
7. Principios de Ética Médica, Naciones Unidas (1990).

Declaración internacional sobre bioética y derechos humanos, UNESCO

En el año 2003 se aprueba la declaración universal sobre bioética y derechos humanos por la UNESCO y su primer principio enunciado es el “respeto de la dignidad humana y de los derechos humanos”, complementado con dos precisiones importantes: la primera de ellas para prever que “los intereses y el bienestar del individuo deberían primar sobre el interés de la ciencia o de la sociedad”. La segunda para anunciar que “si tuviese que limitarse la aplicación de los principios enunciados y aclamados por la comunidad internacional, debería ser por ley”.

Recordar que toda ley relacionada con la bioética “debe ser compatible con el derecho internacional de los derechos humanos” y da por sentado que la Declaración ha de ser compatible con las legislaciones nacionales.

Conclusiones

La ética tiene como objeto de estudio la moral, la cual está determinada por la base económica de la sociedad, así en el socialismo se requiere de una ética médica que sea lo más humana posible, de manera que asegure la integridad, la autonomía y la participación activa de las personas mientras reciben estos servicios.

La ética enseña que la razón para el actuar de los que brindan los servicios de salud es el “paciente” y para lograr su satisfacción y seguridad, los servicios deben ser de alta calidad, lo más solidario y humano posible, respetando el derecho de información, siempre que no interfiera con la moral del profesional o de otras personas. Los profesionales que brindan la atención médica deben estar acordes y actualizados con los adelantos de las ciencias médicas.

Por lo anterior, se requiere de la insistencia en la necesidad del cumplimiento de los principios éticos individuales e institucionales y de cumplimentar las medidas organizativas, de los reglamentos, cumplimentar el programa de calidad establecido de acuerdo con los principios de la ética y crear las comisiones o comités de ética.

Se priorizan en este tema, específicamente, los aspectos del comportamiento y responsabilidad de los profesionales y trabajadores de la salud, de acuerdo con la *Lex Artis*, relacionados con el acto médico, la relación médico-paciente, el consentimiento informado, la integridad y autonomía del paciente, así como la responsabilidad institucional.

Existe un desacuerdo acerca del dominio apropiado para la aplicación de la ética en temas morales, algunos bioéticos tienden a reducir su ámbito de la ética a la moralidad en tratamientos médicos o en la innovación tecnológica.

Otros, sin embargo, opinan que la ética debe incluir la moralidad de todas las acciones que puedan ayudar o dañar organismos capaces de sentir miedo y dolor; por tanto no hay un consenso.

Se debe considerar un criterio fundamental para la ética y bioética que es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, a su bien verdadero e integral: a la dignidad de la persona.

Bibliografía

- ALDEREGUÍA, J. (1987): "Moral y ética". *Rev. Cubana Admón. de Salud*, 7: 3.
- ALONSO, D. (1979): *La relación de los médicos del colectivo de trabajadores de la salud*. Ética y Deontología Médica. Colección del Estudiante de Medicina. MINSAP. Ciudad de La Habana. pp 86-95.
- AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIAN (2006): *Manual de Ética*. 4ª Ed. Ethics and Human Right. EE.UU.
- ASAMBLEA NACIONAL (1983): Ley 41 de la Salud Pública de 1983.
- BEAUCHAMP Y J.F. CHILDRESS (2008): Ética médica y bioética. Google.
- _____ (2008): Bioética. Wikipedia la Enciclopedia libre. Google.
- Ética médica y bioética. Google.
- FADEN, R.A. (1986): *History and theory of informed consent*. New York. Oxford University Press.
- GALÁN, C.J. (1999): "Consentimiento y responsabilidad médica". In: *Sindicato Médico de Uruguay*. Montevideo SMU;33-104:
- IGLESIAS, M. (1986): "Fundamentos teóricos de la ética médica en la sociedad socialista". *Temas de ética médica*. MINSAP. La Habana pp 1-29.
- LAMA, A. (1998): "La relación médico paciente y las escuelas de medicina". *Rev Med Chile*;126:1405-6.
- LANCÍS, F., ET AL. *Temas de ética médica* (1). ISCM-H. Dpto. de Psicología Médica. La Habana. s/f En 7 Temas y bibliografía.
- LÓPEZ VARELA, J. (2005): "Comunicarse con el enfermo: la asignatura pendiente". El Hospital del Siglo XXI. Seminario Internacional, MINSAP en versión digital. La Habana, Cuba.
- MELLA, M.C. (1990): *Ética médica algunas reflexiones*, Asociación Médica Dominicana, Inc. Sto. Domingo, Rep. Dominicana.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2007): Reglamento de General de Hospitales, Capítulo VIII. La Habana.
- MORENO, M.A. (2006): "Ética, tecnología y clínica". *Rev. Cubana de Salud Pública*; 32 (4).
- PELEGRINO, E.D. (1990): "La relación entre la autonomía e integridad en la ética médica". *OPS*. Boletín Volumen 69 108, No 5 y 6, mayo-junio Pp 369-390.
- _____ (1983): "Principios de la ética médica". Poligráfica del CC del PCC. La Habana. Feb. 1983.
- RAMOS, B.N. (1990): *Control de Calidad de la atención de salud*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. pp 22-39.
- _____ (2005): "Error médico y seguridad del paciente". Archivos del Hospital Universitario Calixto García. Vol. III. Segunda Época, mayo 2005.
- RODRÍGUEZ, H. (2001): "Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención". *Rev Med Uruguay*; 17:17-23.
- RODRÍGUEZ, S.H. (2006): "La relación médico-paciente". *Rev Cubana Salud Pública*; 32(4).
- SCHOLLE, S, ET AL. (2008): "Bioética presentación del número especial OPS". (1998): *Boletín*. Washington;198(5-6).
- TEOALDI, J.C. Y MAINETTE, J.A. (1990): "Los comités de ética médica hospitalarios". *Boletín* Vol. Año 69 108, No. 5 y 6, mayo- junio pp 431 -438.
- UNESCO (2007): "Declaración universal de bioética". 33 Conferencia General UNESCO. Fuente: Paris, octubre 19/2005.7 Declaración universal de bioética. UNESCO 2007.

Calidad de la atención médica

Introducción

El tema de calidad y, en especial, su definición es un problema no resuelto, hay un gran desacuerdo teniendo en cuenta que, prácticamente, cada autor tiene su opinión.

Avedis Donabedian en su libro *La calidad de la atención médica* publicado en 1984, plantea la necesidad de una definición y de sus métodos de evaluación; resultó que realmente lo consideró muy difícil y no propuso una definición.

En la actualidad existe una plena convicción acerca de que el éxito de cualquier empresa o misión depende, en gran medida, de la aplicación del proceso de administración, lo que equivale a una acertada planificación, organización, dirección y a la aplicación de un programa de control de calidad. Debido a lo expuesto, se puede comprender por qué cada día cobra mayor auge el interés por este tema, tanto en otros países, como en organismos internacionales y científicos de todas las latitudes.

Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, a pesar de los esfuerzos que se realizan y lo mucho que se publica, todavía se presentan dificultades en el empeño de evaluar y garantizar la calidad de la atención médica, o mejor aún, de la calidad de la atención de salud, que tiene un significado más amplio e integral de las acciones.

En ocasiones, los conceptos, métodos y procedimientos para evaluar la calidad han creado confusión y, al decir de algunos autores, la terminología utilizada se presenta como una jerga técnica, sin sentido práctico o metodológico. Más adelante en este capítulo se mencionan algunas definiciones y se hace una propuesta en este libro.

Estas y otras razones constituyen verdaderos valladares, comenzando por la definición de calidad, sin la cual no se sabe lo que se va a medir o estudiar, lo que impide la necesaria y correcta aplicación del control de calidad, que son verdaderos desafíos entre los que pueden citarse los siguientes:

1. Falta de una cultura de calidad.
2. La tarea del control requiere de dedicación, sistematicidad y tiempo.

3. El temor o rechazo a ser evaluado, porque en muchas ocasiones el control se hace con un sentido coercitivo.
4. Dificultades en la aplicación de métodos y técnicas de control, de difícil comprensión y desempeño.
5. Pobre motivación, debido a lo difícil que resulta ponderar las ventajas del proceso de control, ya que sus efectos se observan a mediano o largo plazo.
6. Temor a los gastos en que se incurre para desarrollar el control de calidad, pero no se valora el precio que se tiene que pagar por una mala calidad, debido a incumplimientos de normas y procedimientos, de graves consecuencias, sobre todo en la atención de salud.
7. Falta de perspectivas o de visión, de responsables que se mantienen en el pasado, por ser inactivos o por imaginar que todo marcha bien sin tener evidencias.
8. Por no aplicar el proceso de administración, dirección o gerencia al proceso del control de calidad.

Como se expresa en diferentes publicaciones, simposios y congresos internacionales, no cabe duda de que se incrementa el interés por este tema y existe un amplio consenso con relación a que controlar y garantizar la calidad es una obligación para todos los que tienen que administrar y prestar servicios de salud, como necesidad imprescindible para el perfeccionamiento de dichos servicios, lo cual es precisamente el objetivo principal del control de calidad.

Evolución del concepto de calidad

Se hace referencia a algunos hechos de interés en la evolución de la calidad de la atención médica y su control, ya que es preciso conocer las modificaciones sufridas a lo largo de su historia, para poder comprender su significado actual.

La calidad de la atención médica fue motivo de preocupación social desde tiempos remotos: prácticamente surgió con los primeros estados esclavistas o con la aparición de la profesión médica. Varios hechos históricos así lo demuestran.

Durante la Edad Antigua, en los estados esclavistas de Egipto y la India existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas sanitarias. En Babilonia, con el surgimiento del Código del Rey Hamurabi en 1750 a.n.e, se regulaba el trabajo médico y eran castigados severamente los “médicos” por los malos resultados de una terapéutica u operación.

Otro hecho de mucha importancia fueron las regulaciones que estableció la primera escuela de medicina del mundo, en Salerno, Italia (XIII D.n.e.) que, contenían elementos de auditoria. Y su historia debe ser conocida pues lo que determinó considerarla como escuela fue precisamente el surgimiento de la verdadera historia clínica de imprescindible necesidad en la medicina científica y en la auditoria médica.

Mucho tiempo después, en Francia se recogió el antecedente del médico y estadístico P.Ch. Louis (1740-1795), quien aseguraba que

los resultados de la atención médica eran medibles y, por consiguiente, podían ser analizados y comparados para ser modificados o mejorados (Cordera, 1983).

Florence Nightingale (1820-1910), preocupada por evaluar lo que ocurría en los hospitales durante la guerra de Crimea (1865), planteó que las leyes de la enfermedad podían cambiar si se relacionaban los resultados con el tratamiento. Este hecho ha sido considerado como el antecedente más remoto de lo que se conoce en la actualidad por garantía de la calidad, es decir la solución de problemas identificados (Cordera, 1983).

La época del “control de calidad de la atención médica” comenzó en EE.UU. en 1912, según Lembecke, o en 1914 según Moraes, cuando se llevaron a cabo las reformas de los hospitales, especialmente en lo inherente a la formación médica y la acreditación hospitalaria, luego del famoso informe de Abraham Flexner en 1910, que puso en evidencia las malas condiciones de la docencia y la propia calidad de los servicios hospitalarios en ese país.

Sin embargo, lo anterior provocó una errónea prioridad de la atención secundaria en detrimento del primer nivel de atención, lo que se conoce como concepción flexneriana que, infelizmente, llega hasta estos momentos.

Los avances sobre el control de la atención médica fueron llevados a cabo por el colegio americano de cirujanos, especialmente por Codman en 1912, cuando surgió el programa de estandarización o acreditación de los hospitales, que estudiaba los aspectos de las estructuras de los servicios (Moraes, 1991 y Sanazaro, 1983).

Posteriormente, G. Ward en 1918 introdujo la auditoría, que fue ampliada posteriormente por T. Ponton (1928), con la creación de los comités científicos hospitalarios para evaluar el proceso de la atención, aunque de manera retrospectiva (Sanazaro, 1983).

En los años 30 del siglo xx, dos autores norteamericanos, R. I. Lee y L. W. Jones (1990), influyeron de manera significativa en el control de la calidad de la atención médica; ellos establecieron las bases para conceptualizar la calidad y sus premisas (Lee, 1993).

Según Kaoru Ishikawa, las ideas del control total de calidad y su enfoque integral en el control de la calidad fue del doctor Armand Feigenbaum, junto a otros científicos como E. Deming, con sus principios y ciclo de calidad, y de J. M. Juran, con su trilogía y funciones de los gerentes altos y medios, hicieron posible desarrollar el control total de calidad en Japón, el cual se utiliza actualmente como referencia, teniendo en cuenta el alto grado de desarrollo que han alcanzado.

El control de la calidad de la atención médica se fue implantando en otros países de América, sobre todo en Canadá; posteriormente se introdujo en Latinoamérica, por ejemplo, en Colombia en lo referente a la acreditación de hospitales, y en Argentina y México en lo concerniente a la auditoría médica.

Europa quedó a la zaga de este desarrollo respecto a la atención médica; no obstante, a partir de 1974 se incrementó el interés por el tema, precisamente cuando surgió el Programa de garantía de la calidad en los Países Bajos, el cual se extendió por el viejo continente, debido a los buenos resultados alcanzados.

En Holanda, el Programa de garantía de la calidad se convirtió en un ejemplo internacional para seguir, no solo en Europa, sino también en Canadá y otros países. En los EE.UU., debido a las deficiencias detectadas en la calidad

de hospitales, se puso en práctica como programa nacional en 1992, sobre la base de la mayoría de las premisas holandesas.

Las nuevas concepciones para la administración del control de calidad y el enriquecimiento de su proceso crearon también confusión en sectores como el de los servicios de salud, teniendo en cuenta la variedad y complejidad de conceptos y procedimientos. Así fueron apareciendo y actualmente coexisten diferentes propuestas como: el control de calidad, el mejoramiento continuo de calidad, el control total de calidad, la garantía de calidad, el sistema ISO y otros. En este capítulo se describen estos programas.

Antecedentes en Cuba

Existen algunos hechos aislados sobre el control de la calidad de la atención médica en Cuba antes de 1959, por ejemplo, en algunas clínicas privadas y también en el Hospital General “Calixto García”, donde en 1943 se incluyeron en el reglamento de organización del hospital los Comités Médicos, la programación y sobre todo la eficiencia hospitalaria con normas mínimas por departamentos, que tenían el objetivo de mantenerlos en el grado más positivo posible.

Realmente no fue hasta 1962 cuando comenzó a desarrollarse un verdadero sistema nacional de control de calidad en los servicios de atención.

El Ministerio de Salud Pública estableció en ese año las supervisiones integrales para las diferentes instancias administrativas del sistema de salud y para todos los niveles de servicios y sus instituciones, período que ha sido considerado de grandes logros en los servicios de salud.

Entre los años 1961 y 1962 se dieron a conocer los primeros documentos del Ministerio de Salud sobre el control de calidad para los hospitales: primero en el Reglamento General de Hospitales de 1961 y, específicamente, el Comité de Evaluación de las Actividades Científicas (CEAC) en 1962, que resultó una gran enseñanza para los principiantes en la administración de salud pública y contribuyó al logro de una mejoría en la calidad de estos servicios. Esos documentos fueron elaborados, fundamentalmente, por Mario Escalona Reguera, Oscar García, Fidel Ilisástigui y otros, un documento muy avanzado para su época que recoge mucho de los adelantos y concepciones actuales.

Posteriormente se fueron logrando avances en los aspectos del control de calidad de la atención médica y se elaboraron otros documentos, tanto en el orden general del país, como en el sistema de salud, que trataron técnica y metodológicamente el control de calidad de la atención médica, específicamente en lo referente a la atención hospitalaria y mucho más reciente en la atención primaria.

A continuación se resumen los principales documentos aprobados por el Ministerio de Salud Pública a partir de 1961 que se refieren a la calidad:

1. Reglamento General de Hospitales, 1961, 1963, 1973 y 1985.
2. Comité de Evaluación de Actividades Científicas (CEAC), 1962.

3. Resolución Ministerial No. 164 de la Inspección Estatal, 1982.
4. Ley 41 de la salud pública. Gaceta Oficial del 16 de agosto de 1983.
5. Principios de la ética médica del MINSAP, 1983.
6. Reglamento y normas nacionales para la prevención y el control de la infección hospitalaria, 1984 y 2000.
7. Resolución Ministerial No 164. Reglamento de la Inspección Estatal del MINSAP, 1984.
8. Resolución Ministerial No. 72 del Comité Médico Auditor, 1986.
9. Procedimiento sobre el comité médico auditor, 1988.
10. Programa de trabajo del médico, enfermera de la familia, el policlínico y hospital, 1988.
11. Normas para la acreditación de hospitales, 1992 y 2001.
12. Programa de garantía de calidad de la atención médica hospitalaria, 1992.
13. Objetivos, propósitos y directrices para el perfeccionamiento de la salud de la población cubana, 1992.
14. Sistemas de costos para hospitales y policlínicos, 1995 y 1996.
15. Carpeta metodológica y estrategias del sistema de salud desde 1995 hasta 2001.
16. Reglamento general de hospitales, 2007.
17. Programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios, 2007.

¿Qué debe entenderse por calidad? Definiciones

Definir calidad, como en cualquier otro fenómeno o proceso, es realmente difícil y por lo general las definiciones no complacen a todos.

No obstante, con el objetivo de contar con una guía que ayude a estudiarla y comprenderla, es necesaria una definición. Para esto primero debe considerarse el concepto o categoría calidad, propiamente dicha, y además, la del control de calidad.

Calidad y cantidad

Antes de analizar la definición de calidad se debe hacer un comentario sobre la relación entre calidad y cantidad, ya que en ocasiones se discute si existe o no alguna relación entre estas categorías, como si no fueran conceptos que están estrechamente vinculados.

Según Ruelas, el control de calidad de los servicios de salud ha evolucionado por un largo camino, donde ha existido una transición indispensable de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía de calidad que significa eliminar las causas y mejorar la calidad.

Desde el punto de vista práctico hay que tener en cuenta que, si en realidad se desea satisfacer necesidades de servicios de salud, obviamente se debe disponer de recursos humanos, materiales y financieros en cantidades

adecuadas. Es preciso recordar que los cambios cuantitativos o estructurales deben ir acompañados por los cambios cualitativos, por ejemplo, una atención de salud sin equidad no podría satisfacer las necesidades siempre crecientes de la población.

El equipo básico de salud en la atención primaria, por ejemplo, debe estar relacionado con un número de familias y al programar atenciones, como la vacunación, requiere conocer la población objetivo, analizar los recursos humanos y materiales, así como las vacunas disponibles, adecuadamente conservadas. Y para que sea efectivo requiere, además, de procedimientos correctos, ser accesible y contar con la participación de la comunidad.

Definiciones de calidad

La definición de calidad y de su control se introdujo en el mundo industrial y después se aplicó en las demás actividades. La economía define la calidad de la producción como el conjunto de propiedades de un producto (puede ser un servicio) que condiciona su utilidad para satisfacer determinadas necesidades productivas o personales con arreglo a la finalidad de este.

Siempre se ha considerado que definir calidad es muy difícil, como han señalado diferentes autores, entre ellos Voury y De Gyndt señalaron lo ardua que resultaba esta tarea y reconocieron que, al existir ambigüedades sobre el concepto de calidad, era percibida y definida de formas diferentes; por esta razón en la literatura aparecen algunas definiciones teóricas, difíciles de aplicar en la práctica.

Donabedian propuso comenzar por lo obvio y la definió como “la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables”. Es un concepto importante para comprender que la variabilidad requiere ser medida como se analiza en el capítulo 7.

Esto indica que la variabilidad es un concepto muy importante y, por eso, se tiene en cuenta al medir o evaluar la calidad, lo que quiere decir, por ejemplo, que la excelencia debe transitar por la calidad y por el control de calidad.

En el diccionario de la Real Academia de España, vigésima edición, se define la calidad como: “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que otra cosa de su misma especie”. Esta definición puede caer en el subjetivismo, pero, además, no es adecuada para la atención médica, ya que esta tiene características muy especiales que la diferencian de cualquier otro proceso.

En la entrevista a Donabedian explica, con relación a la definición de calidad y del control, que depende del método y el enfoque para su evaluación, de las dimensiones y los criterios que se elijan.

Donabedian analiza las ventajas de la utilización de resultados como indicadores de calidad de los procesos, al aportar datos concretos, planteando el problema de la fiabilidad de los resultados.

En cuanto a la estructura, considera que aunque puede abarcar procesos administrativos de distinta índole, la evaluación así entendida se basaría en la adecuación de las instalaciones y equipos, la idoneidad del personal médico y su organización, la estructura y organización administrativa, entre otras, y aclara que el análisis de “proceso y resultados” no significa una separación entre medios y fines, sino una “cadena ininterrumpida de medios antecedentes, seguida de fines intermedios, los que, a su vez, son medios para otros fines”; estableciendo así una de las primeras definiciones de proceso asistencial como un continuo.

Estas declaraciones del profesor Donabedian son muy esclarecedoras y todo indica que ha modificado sus viejos criterios como lo han hecho muchos autores.

El término calidad tiene distintas acepciones según la época histórica, las personas, sus ideas e intenciones. Algunos de los significados propuestos por destacados autores y consultores de la calidad, son los siguientes:

1. Para Shewhart la calidad es “la bondad de un producto” (2000).
2. Juran define calidad como “adecuado para el uso”, también la expresa como “a satisfacción del cliente externo e interno”.
3. Es el grado hasta el cual los productos satisfacen las necesidades de la gente que los usa (Montgomery, 1996).
4. Calidad es “ajustarse a las especificaciones” (Crosby 1997).

Es observable que el concepto de calidad ha evolucionado continuamente según las necesidades y las características de las personas y organizaciones a lo largo de la historia; no obstante, su significado está relacionado con el grado de perfección de un producto o servicio, el control de la variabilidad en su proceso y el nivel de satisfacción del cliente respecto a este.

Para algunos la calidad significa mérito o excelencia, pero otros piensan que puede tener diversas interpretaciones y por tanto requiere de establecer los requisitos de los que reciben los servicios, otros plantean que es una meta difícil de alcanzar. Algunas definiciones consideran la calidad como un concepto clave para la salud y la definen incluyendo varios aspectos, como la de Gilmore y Moraes que es la siguiente:

Calidad en salud significa:

1. Un alto nivel de excelencia profesional.
2. Uso eficiente de los recursos.
3. Un mínimo de riesgo para el paciente.
4. Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
5. Impacto final en la salud.

Lo más inobjetable para una definición es que esta tenga un sentido operacional, es decir, que sea aplicable en la práctica. La primera que surgió fue la expuesta por Lee y Jones en 1990, fácil de aplicar en la práctica: y que sigue: “Calidad significa conformidad con las normas”.

Sin embargo, esta definición, aunque importante, hace referencia al proceso de atención donde están los factores causales o conjunto de normas, pero no considera los resultados o efectos que es por donde se debe medir la calidad.

Siempre se ha considerado que la calidad la determinaba el productor o dueño, pero en la actualidad se acepta de modo creciente que la calidad la define el cliente, a quien se le denomina “el rey” y, por tanto, se considera que los objetivos fundamentales de la calidad y su control deben estar dirigidos a satisfacer las necesidades de los clientes.

Tomando en cuenta el criterio actual sobre el enfoque de que el cliente es quien determina la calidad, sea cliente externo o paciente y el cliente interno o trabajador, su concepto se ha modificado. Así, Bonilla (1993) propone una definición muy aceptada actualmente que es la siguiente: “calidad significa el cumplimiento de los requisitos del cliente”.

Es importante señalar que los requisitos de algunos clientes tienen una tendencia al incremento de las exigencias, lo que puede resultar complicado, pero esto debe ser ajustado y actualizado periódicamente. Lo anterior se corresponde con la necesidad de revisar las normas, los procedimientos y reglamentos, los cuales deben ser analizados cada cierto tiempo, si se pretende trabajar seriamente.

Por las valoraciones anteriores existen otras propuestas como la de Vanormelingen, que es la siguiente: “calidad es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas”.

Zeithmal plantea: “la calidad de un servicio se considera como la discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los usuarios”.

Pero las discrepancias persisten y, por ejemplo, Juran considera que las definiciones actuales son muy reducidas y lo dejan insatisfecho. Ishikawa, por su parte, considera que estas definiciones mencionan solo los requisitos del cliente, o efectos, que denomina calidad real, pero plantea que también es importante tener en cuenta la calidad sustituta o factores que están en el proceso y que la determinan.

Se han propuesto muchas otras definiciones, pero varios autores refieren que no captan todo lo que se necesita para comprenderlas plenamente y todavía no están totalmente claras; además, consideran que las definiciones cambian con el transcurso del tiempo y con las diferentes facetas de la actividad humana.

Todo indica que aún no existe una definición aceptada universalmente, pero es necesario contar con alguna que sirva como guía para el estudio de la calidad. Quizás pudiera aceptarse una de las expuestas; no obstante, debe tenerse en cuenta que en la calidad de la atención de salud existen varias consideraciones de importancia, que la diferencian de la calidad de la producción material e incluso de otros servicios.

Un aspecto que se ha de destacar es que el producto o resultado del proceso de atención de salud no está en un objeto, sino intrínsecamente unido a las personas que reciben la atención, por tanto, estas personas, junto al profesional de salud, deben tener una participación muy activa durante el proceso de atención y también en la solución de los problemas de salud, lo que en ética se conoce como autonomía e integridad, nada parecido a la producción material.

Además, hay que tener en cuenta que existen normas, procedimientos e indicadores de calidad que, por constituir aspectos científicos y técnicos, no son percibidos por quien recibe los servicios de salud y, por tanto, no los puede valorar o calificar.

Es por ello que en el caso de los servicios de atención de salud, los responsables, profesionales y trabajadores, que los brindan como proveedores tienen la obligación de mantener una vigilancia de los incumplimientos de normas y estar muy atentos a los resultados, para identificar los defectos de elementos técnicos. Por ejemplo:

1. No cumplir las normas de asepsia puede tener como resultado infecciones institucionales, con graves efectos en las personas y, además, para el sistema.
2. Aplicar un procedimiento no justificado, además de las consecuencias de incomodidad, emocionales e incluso administrativas, pone en peligro la salud de los individuos.
3. El error médico es actualmente el problema más importante de la calidad en el mundo y al que se dedican muchos científicos en todas las latitudes, debido a que este factor se considera que produce cerca de 87,0 % de los eventos adversos o daños a la salud en el proceso de la atención (capítulo 8), y que puede llevar a serias complicaciones, incluyendo a la pérdida de vida de personas; por lo que requiere de la mayor atención para la seguridad del paciente.

Pero en el estudio de la calidad, como en cualquier otro fenómeno, debe tenerse una adecuada definición, de acuerdo con Lord Kelvin (Zeithmal, 1993) que sentenció:

1. Lo que no se define, no se puede medir.
2. Lo que no se mide no se puede mejorar.
3. Lo que no se mejora se deteriora siempre.

Lo anterior da una idea real para valorar la calidad como “el producto o resultado de un proceso” y en la actualidad se acepta la tendencia a modificar el enfoque de estructura-proceso-resultado por la concepción de proceso-resultado, que se estudia en el capítulo 4.

En este libro el autor propone la definición de calidad siguiente:

“Existe buena calidad en la atención de salud cuando los resultados, producto o efectos del proceso de atención de salud satisfacen los requisitos y seguridad del paciente, las expectativas de los profesionales, los trabajadores, la institución y el sistema”.

Esta definición tiene en cuenta las características y particularidades del proceso de atención de salud que son muy diferentes a todos los demás sectores y, en primer lugar, que la calidad en salud no se mide en un objeto material sino, intrínsecamente en la persona que recibe la atención, que generalmente

no es un científico y, por esta razón, los trabajadores y profesionales que prestan los servicios y los directivos, son los que tiene la obligación moral de estudiar la calidad (Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Ejemplos de requisitos y expectativas de los diferentes factores

Pacientes	Trabajadores	Institución
Accesibilidad y equidad	Recursos para sus tareas	Alcanzar metas y objetivos
Atención oportuna	Métodos adecuados	Mejorar salud de población
No demora	Seguridad en el trabajo	Equilibrio eficiencia/calidad
Que lo escuchen	Superación y capacitación	Mayor prestigio
Buen clima organizacional	Apoyo y trato respetuoso	Lograr trabajo en equipo
Respeto a su autonomía	Participación, protagonismo	Asegurar liderazgo
Respeto a su integridad	Resultados positivos	Cumplir la misión
Que le informen y orienten	Motivación	Alcanzar la visión

La calidad y el control de calidad es responsabilidad de todos y muy especialmente de los directivos, colocando en el centro de atención a la persona que recibe un servicio de salud y respetando de acuerdo con la ética su autonomía e integridad, que realmente se olvida con frecuencia. Lo mejor es una relación sujeto-sujeto; entre los que prestan los servicios y el paciente.

¿Cómo denominar a los que reciben servicios de salud?

En los diccionarios se define como paciente a la persona que sufre una enfermedad o a la persona que tiene paciencia o ambos. Esto resulta un tanto peyorativo, pues al paciente se le sitúa en un segundo plano, mientras que el profesional está en condición de decidir qué hacer ante una situación o problema de salud, que en definitiva es un problema a resolver por ambos.

Para designar al paciente se han utilizado, además, otros términos como usuario, consumidor o cliente. Si se revisan los diccionarios, se comprueba que los dos primeros no son idóneos; en cambio, el que sí lo es y sería mejor aceptar es el término cliente. Por definición en cualquier diccionario, cliente es simplemente “la persona que recibe un servicio de otra persona” sin hacer mención de honorarios o pago y, sin dudas, el término tiene un significado de mayor relevancia.

Desde el punto de vista de la ética médica se debe respetar la autonomía e integridad de las personas durante la atención de su salud. Cliente externo o paciente significa la persona a quien hay que escuchar y cumplir con el consentimiento informado, orientando, suficientemente, con un lenguaje claro, de forma respetuosa, amable, para que comprenda y participe en las decisiones durante el proceso de su atención (capítulo 2).

El cliente-paciente, junto con el profesional de salud, contribuye a realizar el diagnóstico de problemas de salud, que son de ambos, pero principalmente de quien los sufre. Mucho se ha abundado acerca de la influencia positiva que ejerce una relación armónica entre el cliente o población con el profesional o equipo de salud, en el cumplimiento de las acciones y orientaciones y, por ende, en la mejoría o curación del enfermo.

La calidad en la atención de salud abarca dos consideraciones importantes, la primera es la necesidad de aplicar los mejores conocimientos disponibles en cada momento y, la segunda, es hacerlo de la forma más humana y afectiva posible.

Se insiste, en la actualidad, que en el comportamiento ético de los profesionales de salud se debe respetar la autonomía y la integridad de las personas, concepciones que han condicionado un profundo cambio en la tradicional relación médico-paciente, que permite garantizar el respeto y la consideración al cliente-paciente, e incluso, su participación activa en el proceso de solución del problema de su salud.

No es intencional proponer modificaciones, ya que es muy difícil cambiar costumbres tan arraigadas, de lo que se trata es de que es posible cumplir con el alcance y significado del concepto cliente que es más apropiado, siempre que los profesionales de la salud modifiquen concepciones y formas de pensar, para continuar mejorando la situación actual.

¿Quién decide la calidad? El próximo paso de Ishikawa

Existe cierto consenso acerca de que en la actualidad quien determina la calidad ya no es el productor o el proveedor, sino el cliente, y que este es el rey; aunque hay autores que insisten en que con la globalización económica son los grandes consorcios los que la imponen.

Sin dudas, el cliente desempeña una función importante para decidir sobre la calidad y, por lo general, lo hace cuando selecciona los productos o servicios que necesita. Es importante aclarar que actualmente se considera la existencia de dos tipos de clientes: el externo o persona que viene a recibir atención de salud y el interno o trabajador.

Esta nueva concepción de *cliente interno* surgió en 1949, cuando Kaoru Ishikawa consideró que las personas responsables de cada proceso en cualquier sistema estiman que el siguiente paso o trabajador, al recibir sus servicios, es su cliente, y que, si se escuchan atentamente sus opiniones y requisitos y están dispuestos a discutirlos, desaparecen los sectarismos o incomprensiones en la institución o empresa, razón por la cual le surgió la frase: *el proceso* presa, institución de producción o servicios, donde cada dirigente, funcionario, profesional o trabajador, tiene tres funciones: ser responsable de una tarea, ser proveedor de servicios a otras personas que son sus clientes internos o externos, en este caso los pacientes, y ser cliente o usuario de otro servidor dentro de la

institución o fuera de ella. Esto se cumple en todos los niveles de cualquier institución o empresa, desde el nivel más alto hasta el trabajador simple (Fig. 3.1).

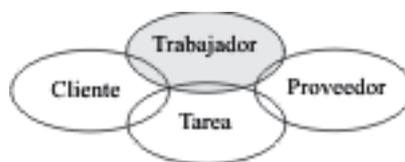


Fig. 3.1. Concepción del próximo paso de Ishikawa.

El director, como cliente, tiene sus proveedores; su tarea es desarrollar su importante misión y, además, tiene sus clientes internos que son los subdirectores como primera línea, departamentos, servicios, los trabajadores y otros, a quienes tiene que prestar sus servicios y apoyo.

Así ocurre en todos los niveles, hasta el trabajador o profesional, que es cliente interno de un responsable u otro servicio y a un tiempo realiza una tarea específica y es prestador de servicios a sus clientes o beneficiarios, que pueden ser, tanto externos, como internos.

En el caso de los servicios de salud, Ishikawa distingue entre el cliente externo, que son las personas, pacientes, familiares, población, o quizás otras instituciones, y los clientes internos, que son los funcionarios, profesionales u otros trabajadores, dentro de la propia institución u otras del sistema de salud.

Si se acepta esta concepción y se cumple lo que corresponde como proveedores o servidores para satisfacer los requisitos de los clientes y a la vez se exige a los proveedores, sin dudas se podrían alcanzar magníficos resultados.

¿Cómo se mide la calidad de la atención médica?

La calidad de la atención médica se mide por la observación de los síntomas, por el proceso o por los resultados.

Por los síntomas se puede tener una idea sobre la calidad de una institución o sistema, como por ejemplo, por los *perfiles de una entidad con problemas* que propuso De la Cuesta, donde analiza cinco características (Tablas 3.2 y 3.3).

El análisis de las características se hace por el método de trabajo de grupo y se califica mediante la asignación de puntos para conocer el estado de la institución. Si es cierto, califíquese con 5 puntos; si parcialmente cierto, 3 puntos, y falso, 1 punto.

También se puede considerar el enfoque de Thomas Peters con respecto a los perfiles de las empresas, que es similar a la de la Tabla 3.2, pero le agrega un sexto elemento que es la *falta de motivación de los trabajadores por diferentes factores*.

Se debe aclarar que estos perfiles inclinan a pensar o tener una pista de que en una institución particular existen problemas de calidad; además por la ob-

Tabla 3.2. Perfil de una empresa con problemas de calidad

Características	Completamente cierto	Parcialmente cierto	Falso
La dirección estima que la calidad es un problema provocado por causas ajenas a su propia acción			
Normalmente los servicios presentan irregularidades e incumplimientos y mal trato			
Los procedimientos están orientados a remediar problemas.			
El personal desconoce las expectativas de la dirección en lo que se refiere a calidad			
La dirección desconoce el precio del incumplimiento			

Tabla 3.3. Resultados de la calificación

Puntos	Estado	Se necesita
21-25	Crítico	Terapia intensiva
16-20	De cuidado	Sistema completo de apoyo
11-15	Reposo	Medicamentos y atención
6-10	Recuperación	Revisiones periódicas

servación del proceso, pero para medirla de manera cuantificable y conocer el grado de la calidad (real), es necesario hacerlo por el análisis de los indicadores de resultados que también se denominan como características de calidad.

Por tanto, la calidad se puede inferir por los síntomas, pero se mide por los resultados y se estudian las causas de los problemas en el proceso de atención médica; de lo contrario, no existe control de calidad, a esto último se le llama enfoque integral.

En resumen, no se puede hablar de control de calidad sin incluir el proceso de atención de salud, pero no se puede conocer la calidad sin medir los resultados.

Esto significa que cuando se identifiquen problemas de calidad por los síntomas o por incumplimientos en el proceso, deben ser eliminados actuando de forma preventiva, si se detectan problemas en los resultados hay que verificar en el proceso que, es donde se encuentran las causas o factores causales que deben ser corregidos y a esta concepción se le denomina enfoque integral de la calidad.

El concepto de proceso fue definido por los autores de la reingeniería, Hammer y Champy (Rodrigo, 2001) (ver en capítulo 4) como sigue:

Proceso es todo lo que está en constante movimiento y cambio, que utiliza diferentes insumos, posee una estructura que realiza un conjunto de actividades y acciones, su finalidad es obtener un producto o servicio de interés al cliente (paciente).

Este aspecto es de interés y se relaciona con la búsqueda de información para el estudio de la calidad. Por este motivo se hicieron diferentes propuestas, el primero fue Makoever en 1951, pero en 1974 Doll propuso el enfoque integral de proceso y resultados, ampliamente aceptado en la actualidad en consonancia con las concepciones actuales del enfoque por procesos, debido a una mayor influencia de la teoría de sistema y la reingeniería.

Si se revisa la literatura, el enfoque integral se propuso desde el siglo XVIII con P. Ch, Louis y después en el XIX por Florence Nightingale, como se comentó al principio de este capítulo, y a fines de 1956 por A. Fegehibaun (Rodrigo, 2001) (Fig. 3.2).

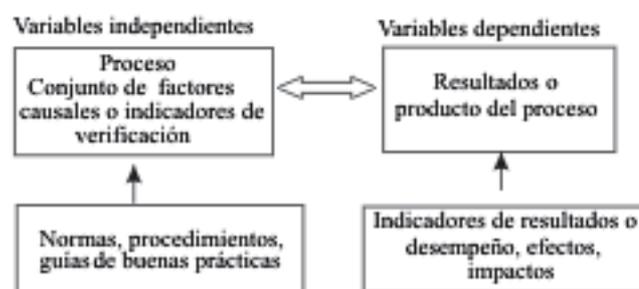


Fig. 3.2. Enfoque integral de la calidad.

Resumen

Aún no existe aún un consenso para una definición de la categoría calidad, ya que se proponen varias interpretaciones; sin embargo, los que se dedican a administrar la calidad requieren de una definición para tenerla como guía y en ella se deben tener en cuenta las características particulares de la atención de salud, que son muy diferentes a otros sectores.

Estas concepciones de la calidad y el control de calidad de la atención médica fueron influenciadas por nuevos cambios en la administración y, sobre todo, por el enfoque integral del control, propuesto por Armand V. Feigenbaum, que junto a E. Deming y J. M Juran condicionaron el desarrollo de lo que posteriormente se definió como el control total de calidad, que surgió en Japón en la década del 50 del siglo XX.

La calidad se mide por los resultados y para hacerlo es necesario establecer claramente la característica de calidad que se desea medir, por ejemplo, grado de satisfacción, el cual se mide por indicadores de resultados y se compara con requisitos establecidos como expectativas de calidad, así como los métodos de búsqueda y medición que se han de utilizar. Pero la calidad se alcanza al volver al proceso de atención para conocer las causas del defecto identificado y erradicarlas.

Para medir calidad se requiere de precisar tres aspectos: ¿cuál es la característica de calidad acordada o que se quiere alcanzar?, ¿cuál es el indicador de resultados a utilizar? y compararlos con los requisitos o expectativas que se quieren alcanzar.

Las particularidades de la atención de salud deben ser comprendidas por los dirigentes, profesionales y trabajadores de este sector, los cuales deben tener presente que para medir calidad es necesario conocer las expectativas de las personas a quienes deben brindarse los servicios de la forma más humana posible y, además, cumplir los reglamentos, normas y procedimientos establecidos, sin lo cual no se puede lograr la calidad.

Es preciso tener en cuenta que la calidad hay que dirigirla y administrarla con un enfoque integral de los resultados y del proceso para poder garantizarla.

Bibliografía

- LBERS, H. (1978): *Principios de administración y dirección*. Editorial Limusa-W S.A México. pp. 39-83.
- BONILLA, J. A. (1993): *Reposta a Crise y Calidad Total*. Makron books, Sao Paulo.
- COLECTIVO DE AUTORES. *Gerencia en salud*, Tomo I. MINSAP. La Habana. pp. 111-42.
- CORACH, L., MALAMUD, M. (1985): *Manejo del hospital público y privado*. Edt. Panamericana Buenos Aires. pp: 186-200.
- CORDERA, A. BOBENRIETH (1983): *Administración de sistema de salud*. Tomo II. Edit. Cordera y Bobenrieth, México. pp. 529-42.
- DE GYNDT, W. (1970): "Five aproches for assesing the qulity of care". *Hospital Adnistration* 15: 21-42.
- DE LA CUESTA, A.G. (1991): *Calidad para todos*. MICONS. La Habana. pp. 8-23.
- Donabedian, A. (1984): *La calidad de la atención médica*. Medical Care. Lippincott.
- ESCALONA, M. ILISÁSTIGUI, F., ET AL. (1962): *Comité de evaluación de las actividades científicas del hospital*. MINSAP. Folleto CEAC, La Habana.
- FARIÑAS, P. L. (1943): *Bases para la organización de un hospital*. Edit. Cultural. S. A. 1943. pp. 1-30.
- GILMORE, C Y MORAES N.H. (1997): *Gerencia de la calidad en salud*. Tomo 1. MINSAP. La Habana; 161-1998.
- ISHIKAWA, K. (1994): *Administración de Calidad Total*. Edit. Díaz Santos S.A. Madrid. pp. 17-61.
- _____ (1990): "Premisas de la calidad de la atención médica ". *Rev. Salud Pública de México*; 32: 243-5.
- JESSE, W.F. (1990): "Garantía de la calidad en los hospitales de los Estados Unidos de Norteamérica". *Rev Salud Pública de México*;32L2): 131-6.
- JURAN, J.M. (1990): *Planificación para la calidad*. Díaz Santos, S.A. Madrid.
- LEE, I.; JONES, L.W. (1990): "Fragmento de la traducción: The fundaments of good medical care". Univ. of Chicago Press. *Rev Salud Pública de México*; 32(2): 245-7.
- LEMBECKE, P.A. (1967): "Evolution of medical audit". *JAMA*; 199:543-50.
- MORAES, H. (1991): *Garantía de la Calidad de los Hospitales de América Latina y el Caribe*. MSD/SILOS 13, OPS/OMS. pp. 89-98.
- PAINE, L. (1986): "The realities of quality assurance. International Symposium". *World Hospital*. Vol. XII, No. 1: 23-7.
- PETER T. J. (1984): *En busca de la excelencia*. Lasser Pres, México.
- REERINK, E.V. (1998): *Garantía de la calidad de la atención de salud en los Países Bajos*. *Rev Salud Pública de México*; marzo-abril; 118-29.

- RODRIGO, M.R. (2001): *Control de calidad*- ICT Madrid. INFODIR.
- RUELAS, B.E. (1990): “Transiciones indispensables de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía”. *Rev Salud Pública de México*; 32(2): 108.
- SANAZARO, P.J. (1983): *Verificación de la calidad en medicina*. Simposio Internacional de calidad de la Atención de Salud. OMS, Suiza. Pp. 33-7.
- SONIS, A., ET AL. (1984): *Atención de la salud*. Tomo II, tercera edición. Buenos Aires. El Ateneo. pp. 306.
- SUÑOL, R., A. DONABEDIAN (2001): Entrevista. Sociedad Española de calidad asistencial.
- VANORMELINGEN, H., ET AL. (1997): *¿Qué es la calidad en los servicios de salud?*
- VOURY, H.V. (1989): *El control de calidad en los servicios sanitarios*. Masson S.A., Barcelona. pp. 5-11.
- WILLIAMS, G. I. (2000): *Programa nacional de garantía de calidad de la atención médica y de los servicios de salud*- <http://www.gov.ar/cuerpos/calidad.htm>. 2000.
- ZEITHMAL, V.A. (1993): *Calidad total en la gestión de servicios*. Díaz Santos S.A., Madrid. pp. 17-38.

Control de calidad moderno

Introducción

La evolución del control de calidad de la atención de salud está marcado por los avances de la ciencia de la administración, de donde se tomaron sus experiencias, principios y procedimientos para aplicarlos a la atención de salud, tomando en cuenta sus características y su particular riqueza en atributos o propiedades.

La responsabilidad por el control de calidad de la atención de salud varía notoriamente de un país a otro y depende en mayor grado de cómo se organicen estos servicios. El control de calidad puede realizarse, como lo hacen algunos países, mediante los propios sistemas que prestan los servicios de salud, ya sean o no privados, aunque también puede hacerse por medio de instituciones externas al sistema de salud u organizaciones no gubernamentales que controlan o financian programas.

Dada la diversidad de características, parece difícil lograr que se generalice un programa de control de calidad para los sistemas nacionales de salud, aunque para Cuba, que cuenta con un sistema único de salud, es realmente factible.

Sería más eficaz una dualidad en cuanto a la responsabilidad en el ejercicio del control de calidad de la atención de salud. Los programas de control de calidad dentro del sistema son insustituibles, y constituyen el primero y el más importante paso para lograr mejoras, sin embargo, el control externo, ya sea mediante entidades privadas o dependencias gubernamentales, permite una evaluación independiente sobre los programas de calidad establecidos por cada institución o a nivel global, así como verificar si el desempeño de los trabajadores se ciñe a las normas, procedimientos e indicadores contenidos en dichos programas.

Las estructuras organizativas para establecer un programa de calidad comenzaron por la atención hospitalaria, con las comisiones para evaluar las normas (estándar) de acreditación a principios del siglo xx. En la década del 40 de

dicho siglo, aparecieron los encargados o responsables de esta actividad y después las divisiones o departamentos de calidad.

La experiencia del control de calidad en el primer nivel de atención fue de manera práctica, nula, quizás por ser fundamentalmente privada y por su pobre desarrollo antes de los años 70 del siglo xx. Esta situación se modificó después del surgimiento del sistema de salud del Reino Unido en 1946 y, sobre todo, al aprobarse por la OMS el programa “Salud para todos”, en la reunión de Alma Atá, en 1978, y el establecimiento posterior de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzarlo, sobre todo después del surgimiento del modelo de atención de la familia. En Cuba comenzó en los años 60 del siglo xx después del triunfo de la Revolución.

¿Quién debe tener la responsabilidad por el control de calidad? Indudablemente que debe ser de la alta dirección del sistema o institución en cuestión, de sus niveles y unidades administrativas, de sus responsables, y debe contar con la activa participación de todos los trabajadores. Pero, necesariamente, habrá que decidir qué tipo de organización debe ponerse a cargo de un programa de calidad, aunque a partir de los años 40 la tendencia ha sido establecer los departamentos de control de calidad.

Se recomienda que se puede comenzar el control de calidad dando la responsabilidad a una de las divisiones más cercanas a la dirección, pero que lo mejor será crear uno específico que incluya, tanto la garantía de la calidad como la evaluación o control, debidamente controlado. El control de calidad debe ser jerarquizado por el primer nivel de cada institución.

La esencia del problema reside en vencer las barreras que se mencionaron en el primer capítulo, que impiden la aplicación de programas nacionales en cada nivel del sistema y, en especial, en las instituciones de base, las cuales tienen la responsabilidad ante la sociedad de mejorar y perfeccionar los servicios que brindan a la población.

En este capítulo se realiza una breve revisión sobre el concepto del control de calidad, de los programas o sistemas más conocidos y de los procedimientos para realizarla.

Definición del control de calidad

Algunos autores establecen una diferencia entre el control administrativo y el control de calidad. El control administrativo es de imprescindible necesidad, se utiliza en las tareas diarias como la forma de garantizar que las actividades se ajusten a las proyectadas o acordadas, para así poder medir la eficacia del desempeño y, en el caso de existir incumplimientos, corregirlos.

El control administrativo es, sustancialmente, diferente al procedimiento del control de calidad porque en este último se emplea el método científico y sus técnicas para estudiar los problemas o defectos de calidad y de encontrar las causas que los originan, lo que permite proponer y aplicar soluciones idóneas.

La primera definición del control de calidad la expuso H. Fayol en 1900 (Fawzi, 1985), sin embargo, su formulación se acerca a la concepción actual de lo que significa el control de calidad y por su valor se expone a continuación: “Verificar si todo está ocurriendo de conformidad con el plan adoptado, las instrucciones dadas y principios establecidos, a fin de detectar defectos y desviaciones. El control efectivo es el que va seguido de acciones correctivas” (Fawzi, 1985).

Las definiciones modernas sobre control de calidad aparecieron a mediados del siglo pasado, y se estudia al describir los programas o sistemas de control de calidad.

A continuación se expone la definición elaborada por A. Donabedian a principios de la década del 80 del siglo xx, específica para la atención médica y que es una de las mejores definiciones: “El control de calidad es la actividad que periódicamente se dirige a conocer las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, esta es monitorizada (medida), los resultados estudiados, de manera que sus diferencias (con lo esperado) puedan ser corregidas”.

Esta definición es adecuada, si se considera que el control de calidad se concibe actualmente como un proceso integral, en el que se evalúan los resultados y se verifica el proceso.

¿Cuánto cuesta el control? El costo de la mala calidad

Todo trabajo o servicio que no se haya realizado con calidad, tiene como consecuencia que pagar un precio y, a esto, se denomina “el costo de la mala calidad” o “el precio del incumplimiento de los requisitos”. Este aspecto debe ser conocido, con la finalidad de que se hagan esfuerzos para tenerlo en cuenta antes de implantar un programa de calidad.

Por ejemplo, en los servicios de salud donde la eficiencia económica debe estar en correspondencia con la eficiencia social, y las demandas y necesidades de la población, es preciso conocer los gastos y costos en el empleo de materiales y equipos, y de los recursos humanos y los costos por unidad de servicio prestado (capítulo 9).

Cuando se refiere al costo humano, se trata de los riesgos de la atención médica con relación al uso y abuso de medicamentos, inadecuados procedimientos, ingresos hospitalarios innecesarios y otros incumplimientos de las normas, que conducen a efectos indeseados, complicaciones que pueden llevar a un alto costo humano, con independencia de un mayor gasto en el orden económico. Esto no quiere decir que se limiten las acciones que necesariamente deben realizarse en el orden clínico, de conducta y de tratamiento.

Respecto a las interrogantes sobre el costo económico para lograr la calidad, el director del Centro de Auditoría de Amsterdam, Farouk M. Fawzi, plantea que hacer calidad cuesta dinero, por tanto es necesario analizar los costos de sus diferentes actividades y de los recursos que se emplean, para compararlos o balancearlos con sus efectos positivos en la disminución de los defectos y gastos, lo cual lleva a un aumento de las ganancias.

Este autor explica que, aunque estos datos son difíciles de obtener, es posible hacerlo desglosándolos en tres tipos de costos para la calidad: costos de prevención, costos de valorización y costos de fallos o deficiencias internas y externas.

Los costos de prevención son los asociados al diseño, la planificación, el entrenamiento y el mantenimiento.

La prevención en el control de calidad es una necesidad, ya que la valorización o verificación no es fiable u objetiva, pues ella solo filtra lo que ya está hecho, mientras que mediante la prevención se detectan los defectos en el proceso y al eliminarlos se logra una disminución de los fallos y una disminución en cuanto a sus gastos y costos.

Los costos de valorización o verificación están asociados con los materiales adquiridos para asegurar las normas de calidad y los requisitos de ejecución, las inspecciones y las auditorías en el control del proceso.

Los costos de los fallos internos son los productos o servicios que no cumplen los requisitos de calidad y provocan pérdidas, pero que son detectados antes de que estos lleguen a los clientes.

Los costos de los fallos externos son los que se producen al entregar a los clientes servicios con defectos que generan insatisfacción.

Fawzi realizó estudios de los costos de la calidad mediante la comparación de los resultados en 2 años diferentes, y pudo apreciar que al aumentar los gastos de prevención de 5 a 12,5 % y disminuir en 5 % los de valorización o verificación, de un año a otro se redujeron los fallos en 27,5 % y se obtuvo una ganancia (por disminución de gastos), que representó 25 % del total.

Según algunos autores, como Jaime Otero, se puede considerar que las pérdidas por el costo de la mala calidad pueden alcanzar entre 20 y 40 % de la facturación de las ventas o de los gastos de operación, mientras que los gastos necesarios para hacer calidad no deben pasar de 3 % y, en ocasiones, hasta 5 % .

Tener conocimiento sobre las consecuencias de la mala calidad, es importante en la motivación para tomar la decisión de establecer un programa de calidad (Tabla 4.1).

Tabla 4.1. Efecto que produce mejoría de la calidad en la reducción de los costos

Primer año			
Prevenición	Valorización	Fallo	
5 % (\$ 5 000)	20 % (\$ 20 000)	75 % (\$ 75 000)	
Segundo año			
Prevenición	Valorización	Fallo	Ganancia
12,5 % (\$ 12 500)	15 % (\$ 15 000)	47,5 % (\$ 47 500)	25 % (\$ 25 000)

Fuente: Fawzi.

Programas para el control de calidad

A continuación se estudian brevemente los programas más conocidos del control de calidad, por sus enseñanzas y valor:

1. Control de la calidad.
2. Mejoramiento continuo de la calidad.
3. Control total de la calidad.
4. Garantía de la calidad.
5. Organización internacional de normas (ISO).

Control de calidad

El primer programa de control de calidad moderno surge en EE.UU. en la década del 40 del siglo xx, su definición es la siguiente:

“Un sistema de métodos de producción que, económicamente, generan bienes y servicios de calidad, acordes con los requisitos de los consumidores”.

A continuación se exponen las premisas del control de calidad que señalan cuál es su verdadero alcance. Para ello se han tomado las ideas de varios autores.

Premisas del control de calidad:

1. Para el control de calidad moderno, la calidad no se orienta al productor, sino al cliente.
2. El control de calidad significa calidad, antes que volumen de producción y utilidades.
3. El control de calidad integra el control de costos. No existe calidad sin eficiencia.
4. El control de calidad hace énfasis en la prevención y la verificación de todos los procesos del trabajo de forma concurrente o prospectiva, para poder detectar las causas o factores causales.
5. El control de calidad, a pesar del rigor con que requiere aplicarlo, no debe ser coercitivo. Comienza con educación y continúa con educación, no solo para adquirir conocimientos y habilidades, sino alcanzar hábitos para lograr una cultura de calidad.
6. El control de calidad moderno aplica métodos para el conocimiento científico de la realidad, incluyendo la estadística, para conocer datos e informaciones y analizar causas y resultados.
7. El control de calidad que no brinda resultados no es control de calidad.
8. El control de calidad es un medio, no un fin, y es una tarea permanente.

Mejoramiento continuo de la calidad

El programa de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) surgió a fines de los años 50 del siglo xx en los EE.UU. por las concepciones de A. Fegeibaun,

Crosby W. E., Deming, J. Juran, y otros. Estos dos últimos lo extendieron especialmente a Japón y a otros países.

En Japón se aplicó, muy especialmente, por la industria japonesa y su creador fue Kaouro Ishikawa y otros científicos, y con gran éxito después de la Segunda Guerra Mundial y a sugerencia de Fegeibaun se le llamó control total de calidad (CTC). Muchos autores estiman que el mejor programa de calidad del mundo es el de los japoneses que lo aplican hace 56 años y lo perfeccionan constantemente

Los programas de MCC y el CTC son muy similares, la diferencia es que en Japón se aplicó con más rigor y para todo el país, por lo que es muy reconocido.

Los postulados del MCC están recogidos, fundamentalmente, en los conocidos 14 puntos de Deming y de otros de este grupo.

Los 14 puntos de Deming para el mejoramiento continuo de la calidad son los siguientes:

1. Crear una constancia con el propósito de mejorar el producto o servicio.
2. Adoptar una filosofía nueva: hacer que la dirección aprenda las responsabilidades del cambio y asuma el liderazgo para realizarlo.
3. Dejar de depender de la inspección masiva para conseguir calidad.
4. Dejar de adjudicar el presupuesto sobre la base del precio. Minimizar el costo total y adquirir componentes o piezas a proveedores únicos.
5. Perfeccionar para siempre, de forma constante, el sistema de producción y de servicio.
6. Instituir el adiestramiento y formación en el ámbito de trabajo.
7. Instituir el liderazgo; la supervisión debe contribuir a que se realice un trabajo mejor.
8. Expulsar el miedo, de modo que todos puedan trabajar eficazmente.
9. Derribar las barreras entre departamentos: investigación, diseño, ventas y producción, que han de trabajar coordinadamente para prever los problemas en la producción y el uso.
10. Eliminar las consignas, exhortaciones y objetivos numéricos para la fuerza laboral, tales como “cero defectos”, ya que la mayoría de los problemas son responsabilidad del sistema y no de los trabajadores.
11. Eliminar las cuotas de producción o metas numéricas y sustituirlas por el liderazgo.
12. Eliminar las barreras que priven a las personas del derecho a enorgullecerse por la buena ejecución de su trabajo.
13. Instituir un vigoroso programa de educación y de autoperfeccionamiento.
14. Poner a todos los miembros a trabajar para realizar la transformación.

Deming agregó a sus principios las siete “enfermedades mortales” de la calidad que deben ser conocidos para evitarlos en la práctica, que son:

1. La falta de constancia de propósito.
2. El énfasis en beneficios a corto plazo.

3. Evaluación del desempeño, calificación de méritos o revisión anual del desempeño.
4. La movilidad de la gestión.
5. Gestión de una empresa visible en las cifras por sí solas.
6. El exceso de gastos médicos.
7. El exceso de gastos de garantía, alimentado por los abogados que trabajan para los honorarios de contingencia.

Otro de los defensores del mejoramiento continuo de la calidad es Joseph M. Juran, quien se concentró en el estudio de las responsabilidades administrativas y propuso tres pasos fundamentales para alcanzarlo. En su conocida “trilogía de Juran”, mencionada en el capítulo anterior, también propuso sus principios, que son los siguientes:

1. Concientizar la necesidad de mejorar.
2. Identificar proyectos de mejora específicos.
3. Establecimientos de círculos de calidad para la mejoría continua.
4. Organizarse para lograr los proyectos seleccionados (comités, equipos, etc.).
5. Organizarse para el diagnóstico (descubrimiento de problemas).
6. Llevar a cabo el diagnóstico para encontrar las causas.
7. Proporcionar alternativas de solución.
8. Comprobar que las soluciones sean efectivas bajo condiciones de operación.
9. Establecer los controles necesarios para mantener las ganancias logradas.

El tercero de los principales defensores del mantenimiento continuo de la calidad es Philip Crosby, quien parte del criterio de que para dirigir hay que basarse en la calidad del proceso, y acepta la concepción de Ishikawa de que el trabajador desempeña tres funciones fundamentales (tiene una tarea, es cliente de un proveedor y es proveedor de un cliente) (Ishikawa, 2008). Las premisas de Crosby son las siguientes:

1. Comprometer a la alta gerencia con la mejoría de la calidad.
2. Creación de grupos interdepartamentales.
3. Medición de la calidad.
4. Evaluar los costos de calidad y los costos de la mala calidad.
5. Crear conciencia sobre la calidad en todo el personal.
6. Establecer programas de acciones correctivas.
7. Establecer el comité para el programa de “cero defectos”.
8. Capacitación de supervisores en el programa de “cero defectos”.
9. Determinar la acción de “cero defectos”.
10. Impulsar al personal a establecer metas individuales y metas grupales sobre la mejora.
11. Investigar las causas de los errores que impiden el cumplimiento de las metas de mejora.
12. Reconocimiento a los participantes del programa.
13. Establecer los comités de mejora de la calidad.

Las características y premisas del mejoramiento continuo de la calidad presentan algunas diferencias entre los autores, pero realmente no son esenciales.

Existen enfoques diferentes sobre el sistema del mejoramiento continuo de la calidad, por ejemplo, algunos consideran que aplicar un programa de control de calidad no requiere gasto de dinero; por el contrario, otros plantean que mejorar la calidad de los servicios implica esfuerzo, tiempo y dinero.

Esa es una idea errónea, ya que mejorar la calidad requiere de gastos y tiempo, pero perspectivamente deriva en mejores resultados económicos.

Debe acotarse que existe un amplio consenso en reconocer que no hay calidad sin eficiencia y viceversa.

A continuación se presentan las reglas para el mantenimiento continuo de la calidad de una determinada empresa europea, denominadas “proceso de mejora continua de calidad al cuadrado” (MCC ²) que puede ser de interés:

1. Estar dispuesto a cambiar la forma anterior de pensar.
2. Pensar en cómo hacer las cosas y no preguntar por qué no se puede hacer.
3. Sin excusas, poner en duda todo lo que se ha hecho hasta el presente.
4. Una solución a 50 % es mejor que una a 100 %, difícil de alcanzar.
5. Corregir los errores detectados.
6. No gastar dinero para el MCC.
7. La habilidad para resolver problemas solo se desarrolla enfrentando los problemas.
8. Pregunte cinco veces “por qué” para encontrar las causas reales del problema.
9. El MCC no tiene fin.

Control total de calidad

El concepto del CTC fue propuesto por Armand V. Feigenbaum, quien fue gerente de calidad en los años 50 del siglo xx en Nueva York, EE.UU., luego se aplicó ampliamente en Japón, donde su principal promotor fue K. Ishikawa, asesorado además por Deming y Juran. La definición de CTC que se presenta a continuación fue elaborada por Feigenbaum.

Este concepto es un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de la calidad, realizado por los diferentes grupos de una organización, de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes.

Los japoneses aceptan esta definición; sin embargo, difieren de la concepción que tienen los norteamericanos de hacer recaer sobre los especialistas la mayor responsabilidad por el control. Ellos, por el contrario, piensan que el control total de calidad es una responsabilidad no solo de los especialistas, sino de los directivos y de todos los trabajadores de la empresa, que son los que conocen los problemas y su solución.

Al principio, en Japón el sistema recibió diferentes denominaciones, como control de calidad integrado y otras, pero prevaleció la de control total de calidad.

De acuerdo con la importancia del programa de control total de calidad es preciso aclarar algunos conceptos, para dar respuesta a las interrogantes siguientes: ¿cuál es su esencia?, ¿qué lo diferencia del control de calidad y de otros programas? y ¿cuáles son sus premisas?

Esencia del programa de control total de calidad:

1. Se aplica un enfoque a largo plazo y se basa en el respeto a la humanidad. Su esencia reside en que, antes que el volumen de producción y las ganancias, está la garantía que significa asegurar primero la calidad de los productos o servicios que reciben los clientes o pacientes.
2. Los japoneses consideran que la calidad no es una tarea de los especialistas, sino de todas las divisiones, responsables, trabajadores y de los círculos de control de calidad en cualquier empresa o institución.
3. Es de primordial importancia tener en cuenta que este programa es un sistema más amplio y perfeccionado que otros, que posee, además, mayores complejidades en su aplicación y desarrollo, para asegurar la calidad en toda la empresa o institución y sus diferentes procesos.
4. Presenta mayores exigencias y puede ser aplicado cuando se alcanza un alto nivel de experiencia en el control de calidad, con la participación total de todos los niveles administrativos y trabajadores, y con la plena satisfacción del cliente o consumidor; estos aspectos lo diferencian de otras concepciones, por lo que le llaman “control total de calidad al estilo japonés”.
5. Para explicar los buenos resultados del control total de calidad, en Japón se alegan diferentes causas, principalmente la idiosincrasia y dedicación del ciudadano japonés. No obstante, Ishikawa y otros autores dicen que se trata, de manera primordial, del nivel educacional y de conocimientos más elevados de los japoneses comparados, por ejemplo, con el de los norteamericanos. Por ello, consideran que la esencia del programa está en el control de calidad y en la garantía de la calidad de cada uno de los procesos, es decir, dar solución a los problemas detectados y que no tiene fin. “Este programa significa, en términos amplios, el control de la administración misma, es decir, una revolución conceptual de la gerencia”.

Premisas del control total de calidad:

1. El control total de calidad es un trabajo de equipo, responsabilidad de todos. No fracasa, si colaboran todos los trabajadores y todas las estructuras administrativas.
2. El control total de calidad está orientado hacia el proceso siguiente, los requisitos del cliente.
3. Los círculos de calidad son parte de este programa..
4. Para el control total de calidad es de gran importancia la aplicación de la administración interfuncional u horizontal.

5. El control total de calidad es una administración basada en el respeto por la humanidad, lo que quiere decir que es totalmente participativo.
6. La esencia misma del control total de calidad está en el control de calidad y en la garantía de la calidad primero, para ganar la confianza y satisfacción del cliente.

Realmente el MCC y el CTC tienen el mismo origen, así los japoneses, y especialmente Ishikawa, fueron asesorados por los autores norteamericanos señalados, pero se considera que el programa japonés es el más reconocido teniendo en cuenta que lo hacen de forma más rigurosa y en busca de satisfacer al cliente o paciente antes que ganar dinero.

Garantía de la calidad

Es el nombre del programa de calidad de los holandeses que surgió en los años 70 del siglo xx. La garantía de la calidad es un concepto que se utiliza indistintamente para identificar un programa de calidad o como sinónimo de evaluación y dar solución a los problemas de calidad eliminando sus causas.

Según Ruelas, el término garantía de la calidad en la atención médica surgió como consecuencia de que el esfuerzo por evaluar su calidad no siempre fue seguido de la solución de los defectos o problemas detectados. Para este autor el concepto incluye 5 componentes:

1. Medición.
2. Evaluación.
3. Diseño.
4. Desarrollo.
5. Cambio.

Debe aclararse que esta concepción es la más aceptada desde que surgió el término, porque asegura la eliminación de los factores causales, con la finalidad de dar solución a los incumplimientos y defectos detectados en los efectos o resultados para alcanzar la calidad.

Ruelas define la garantía de la calidad como: “un proceso sistemático que se dirige a cerrar la brecha entre el desempeño actual y los resultados esperados de la atención, proporcionada de acuerdo con la frontera tecnológica de un sistema específico”.

Para los japoneses la garantía de la calidad es parte de la esencia del control y es imprescindible en el proceso del control total de calidad. La garantía de la calidad permite controlar cada momento del proceso de administración y eliminar las causas y riesgos de los problemas. Ellos la resumen en 3 aspectos fundamentales:

1. Garantía de calidad en el proyecto.
2. Garantía de calidad en la ejecución.
3. Garantía de calidad en el control.

Para alcanzar los efectos y resultados deseados, se recomienda a toda institución que decida aplicar un programa de control de calidad, tener en consideración la necesidad de establecer un mecanismo mediante el cual se garantice la calidad en todos los procesos.

Existen países y lugares específicos donde se denomina garantía de la calidad a los programas de control de calidad. Uno de los más conocidos es el de los Países Bajos, donde el programa de garantía de la calidad, dirigido a los hospitales, se estableció en 1974 y fue aplicado en países europeos y en otros, como los EE.UU., a partir de 1992.

Principios del Programa de Garantía de la Calidad de los Países Bajos:

1. La garantía de la calidad debe estar en manos de los profesionales.
2. Las metas del programa deben formularse como parte del mejoramiento de todos los aspectos de la calidad de los servicios.
3. El método a seguir para calificar y mejorar los servicios debe ser evaluativo (cíclico y cibernético) y orientado a problemas específicos.
4. El programa debe contener principalmente incentivos positivos, remuneraciones y el menor número de sanciones.
5. El financiamiento del programa debe estar asegurado.
6. La garantía de la calidad por profesionales no debe consumir demasiado tiempo.

Organización Internacional de Normas

La Organización Internacional de Normas (ISO) surgió en la década del 50 del siglo xx en Europa, los japoneses ya aplicaban las normas de su industria que las entregaron a este sistema, específicamente por el propio Ishikawa y con un grupo trabajaron en la ISO en 1952.

El sistema de la ISO tiene su sede en Ginebra y está constituido por 213 comités en 120 países y más de 100 mil empresas han alcanzado su certificación. Este sistema se puede definir como: la ISO es un conjunto de normas de administración y aseguramiento, que puede utilizarse para implantar un sistema de calidad.

En 1986 se terminó y publicó el primer juego de normas de la ISO 9000, las cuales se han revisado y actualizado en varias ocasiones. Las llamadas normas de la ISO 9000 son realmente cinco. La ISO 9000 contiene algunos lineamientos para la selección y uso de las otras normas. La ISO 9001 es la norma de calidad para las organizaciones que diseñan, producen, ofertan servicios e instalan equipos; es la más compleja. La ISO 9002 es similar a la ISO 9001, pero no incluye el diseño y servicios del producto. Su uso es apropiado, por ejemplo, en las empresas que producen diseños de otras compañías. La ISO 9003 está limitada solo para almacenaje. Finalmente, la ISO 9004 contiene guías para la interpretación de las otras normas, por lo que no es una norma en sí, sino un documento para consultar.

Las normas de la ISO 9000 han sido blanco de señalamientos, pues no son perfectas. Además, los clientes no siempre quedan satisfechos debido a que

sus requisitos no exigen que los productos satisfagan al cliente, es decir, no miden resultados, sino solamente requieren que se cumplan los procedimientos y requerimientos del proceso que establece el propio sistema o programa y que se aplica a la institución que va a ser evaluada o auditada, lo que significa que sus productos pueden o no tener aceptación.

El programa elaborado debe ser aceptado o aprobado por auditores internacionales y nacionales, y lo realizan comprobando que los procedimientos establecidos en el programa se cumplan efectivamente en la producción industrial o de servicios.

Algunos países de América Latina lo han aplicado, sobre todo en los sectores industriales, tal es el caso de Brasil. En Cuba se ha puesto en práctica en la industria y también en salud pública, como el hospital “Cira García” de La Habana, donde ha sido aprobado y ratificado el Centro Nacional de Biopreparados (BioCen).

Relacionado con el sistema de normas, es de interés mencionar lo que se conoce como implantación de buenas prácticas; por ejemplo, en el sistema de calidad de la industria farmacéutica cubana, que establece los requisitos y normas que cumplan las características del diseño, cuyo objetivo es la producción de medicamentos para hacerlos adecuados al consumo humano y está aprobado por el Comité Estatal de Normalización.

Para diferentes autores el sistema de la ISO no es adecuado para la atención médica teniendo en cuenta que, entre otros aspectos, no mide los resultados del proceso de atención y no hay contacto con el cliente, todo lo contrario a la atención médica.

Así, Donald Berwick, director del Instituto de Calidad de EE.UU., investigador del Instituto de Medicina de EE.UU. (IOM) y profesor de la Universidad de Harvard, propone que el programa ideal para los servicios de salud es el de mejoría continua de la calidad.

Berwick es un defensor de la idea del programa, debido a la fuerza inmensa en identificar y cambiar los defectos del proceso, que los japoneses llaman el *kaisen*.

Los japoneses consideran al *kaisen* como la búsqueda continua de defectos en el proceso y de encontrarlo lo estiman como un tesoro, ya que en el descubrimiento de una imperfección está la posibilidad de eliminarla y mejorar los procesos.

Lo anterior se contrapone, además, a la concepción en la búsqueda de las “manzanas podridas” para castigar o sancionar a alguna persona, el *kaisen* es todo lo contrario, requiere de la vigilancia permanente para solucionar defectos preventivamente y lograr disciplina.

¿Cómo administrar el control de calidad?

En el capítulo 3 se mencionan algunos aspectos que constituyen verdaderos desafíos o barreras que se han de vencer, para aplicar un programa de control de calidad.

Una de las barreras se relaciona con el hecho de que algunos directivos, funcionarios o responsables en diferentes niveles jerárquicos no manifiestan mucho interés por dirigir o administrar el control de calidad, si se tiene en cuenta que el control de calidad es un proceso que tiene que ser administrado.

Cuando la alta dirección toma la decisión de aplicar un programa, por comprender que es necesario hacerlo para alcanzar mejores resultados y porque en definitiva es su deber y su compromiso con la sociedad, debe darlo a conocer claramente ante los trabajadores y colaboradores para lograr una amplia participación y asegurar el liderazgo, de ese modo logra, ciertamente, su éxito.

Los problemas de calidad se identifican cuando al evaluar los resultados de la atención de salud no cumplen con los requisitos establecidos por el sistema o institución, ni las expectativas de los clientes. Entonces será necesario analizar el proceso para determinar las causas de esos problemas y corregirlas (control selectivo).

También se puede comenzar a estudiar directamente el proceso para detectar incumplimientos de normas y procedimientos que deben ser corregidos, pero sus efectos o impactos deben ser comprobados en los resultados (control por excepción).

Algunos autores recomiendan que, por ser generalmente muy numerosos los incumplimientos en el proceso, su eliminación o disminución se puede lograr cuando los responsables, directores o supervisores, se ocupen de precisar dentro de todos los factores causales, ¿cuáles son los fundamentales (o vitales)?, que se denominan “factores o puntos de control”.

Para controlar los puntos de control se considera que, seleccionado un responsable, este puede dedicarse a controlar entre 5 y 20 de esos puntos.

Esta concepción es de suma importancia en la atención de salud, si se tienen en cuenta sus diferencias con los demás sectores, ya que en el momento en que se producen o prestan los servicios de salud, el paciente-cliente los está recibiendo directamente en su persona, con la posibilidad o riesgo de sufrir un daño, sin que por desconocimiento este lo pueda detectar, lo cual no es el caso de un bien material.

Resulta imprescindible, por tanto, que los responsables, profesionales y trabajadores presten gran atención a los incumplimientos para que sean evitados o resueltos oportunamente e impedir consecuencias indeseables. Además, los que reciben los servicios deben estar, debidamente, informados para que participen, de manera activa, en la solución de sus problemas de salud.

El control de calidad, como la cuarta función de la administración, lo debe realizar, de manera simultánea, el control de la propia administración y que, además, es importante tener en cuenta que el control de calidad, como cualquier otro proceso, requiere ser administrado o dirigido con procedimientos como el PHVA, la trilogía de Juran o el proceso de solución de problemas u otros.

En este libro se proponen 3 enfoques para el control de calidad: integral, prospectivo y humanista.

Integral. El control de calidad es un proceso que debe ser integral u holístico, ya que no es posible, desde el punto de vista científico, dar solución a los problemas identificados en los resultados sin verificar el proceso para hacer el análisis hipotético deductivo que permite dar solución a los problemas de calidad, eliminando o controlando sus causas. Por esto el enfoque integral incluye el proceso con sus variables independientes y los resultados y sus variables dependientes.

Prospectivo. Este enfoque se relaciona con el perfeccionamiento de la calidad, es permanente, no tiene fin, siempre se puede mejorar de acuerdo con el programa de mejoría continua de la calidad.

Los científicos de la administración recomiendan que el directivo del siglo XXI debe ser una persona innovadora integradora, pues todo en la sociedad está concatenado como se comentó en el capítulo 1 y actualmente se brinda importancia al cumplimiento de las competencias requeridas por el sistema de que se trate y que definen un comportamiento superior y algunos proponen desarrollar las competencias vinculadas con la orientación al cliente o paciente como la honestidad, iniciativa, innovación, la atención al trabajador y al profesional, el trabajo en equipo, liderazgo y la concepción de que en cualquier actividad se puede mejorar indefinidamente

Humanista. Es otro de los desafíos que se ha de vencer para lograr la calidad y es una obligación, ya que está basado en el concepto del respeto a la humanidad. La responsabilidad del control de calidad es responsabilidad de todos, muy especialmente de los trabajadores y, por supuesto, de los directivos, poniendo en el centro de su atención a la persona que recibe un servicio de salud.

Esta concepción humanista se fundamenta en la escuela conductista, que se expuso en el capítulo 1 de este libro y que plantea la necesidad de que el trabajador o profesional se sienta respetado, considerado, apoyado y con posibilidades de su capacitación, participación y protagonismo que permite obtener un sentido de pertenencia en las tareas de la institución, sin lo cual no se puede alcanzar calidad

En resumen, la calidad debe formar parte integral del pensamiento y mayor interés de cada director, administrador, directivo y, muy especialmente, de los trabajadores y profesionales en los servicios de salud. El objetivo prioritario de quienes aceptan una responsabilidad es la de formular y aplicar una política de mejoría continua de calidad igual para todos.

Administración del control de calidad

El primero en plantear la necesidad de administrar el control fue el propio Taylor, que lo concibió en 3 funciones: planear, hacer y ver (Ilisástigui, 2001).

Más tarde esto fue modificado por el llamado círculo de calidad de Deming, que cambió la tercera función de ver por verificar, lo cual refleja mejor la necesidad de comprobar cómo se cumplen las acciones o normas acordadas en el proceso, en este caso, la atención y agregó una cuarta: función la de *actuar* para eliminar las causas y dar solución al problema.

El círculo de Deming conocido como el PHVA, incluye cuatro pasos: planificar, hacer, verificar y actuar.

Posteriormente, Ishikawa lo amplió con sus seis pasos del control que aparecen dentro del círculo. El PHVA o círculo de control de calidad y los 6 pasos de Ishikawa (Fig. 4.1).

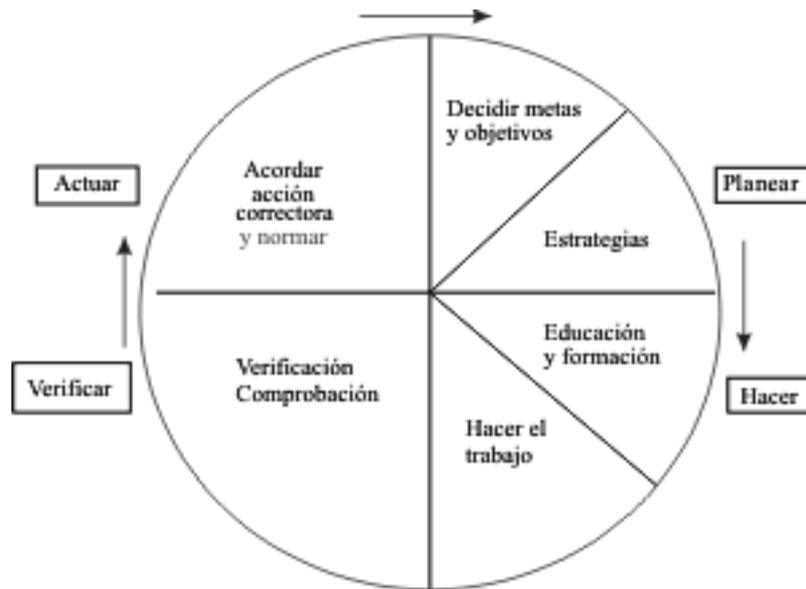


Fig. 4.1. Círculo de control de calidad de Ishikawa.

Por otra parte, Juran expuso su concepción de cómo administrar la calidad, a través de lo que se conoce como trilogía, de la forma siguiente (Fig. 4.2).

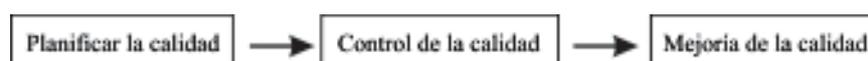


Fig. 4.2. Trilogía de Juran.

Proceso de solución de problemas

El proceso de solución de problemas (PSP) es un procedimiento que aplica el método científico para la identificación, priorización y análisis causal de los problemas para lograr su solución.

En la década del 60 del siglo xx, Elstein y su grupo en la Universidad de Harvard, propuso el término de “proceso de solución de problema” para aplicarlo en la atención médica, como una investigación menos compleja (Ilisástigui, 2001).

Inicialmente el proceso de solución de problema se denominó historia del control de calidad (en inglés, *quality control story*), aunque, con posterioridad, se han empleado otros términos como metodología o tecnología para el cambio. También a finales de los años 70 del siglo xx se empleó la administración o planificación estratégica, que en los 80 fue aplicada por la OPS/OMS para la solución de los problemas de salud.

Para aplicar el proceso de solución de problemas se han utilizado diferentes propuestas o pasos, todas muy similares, que reflejan, verdaderamente, la aplicación del método científico a la solución de problemas de calidad.

Se presenta la variante del autor japonés Kume, la cual se estudia en el capítulo 5:

1. *Problema*: identificación de problemas.
2. *Observación*: reconocimiento de los aspectos del problema.
3. *Análisis*: descubrir las causas principales.
4. *Acción*: ejecutar acciones para eliminar las causas.
5. *Verificación*: verificar la eficacia de la acción.
6. *Normación*: normar para eliminar definitivamente las causas.
7. *Conclusión*: revisión de las actividades y planificación de trabajos futuros.

Variables y dimensiones para el control de calidad

El proceso de control, como investigación, parte del problema que, junto con las hipótesis, constituyen los aspectos que se han de resolver.

Las hipótesis requieren ser corroboradas en la práctica, para lo cual será necesario, de acuerdo con el fenómeno en estudio, determinar las variables y sus dimensiones (Fig. 4.3).

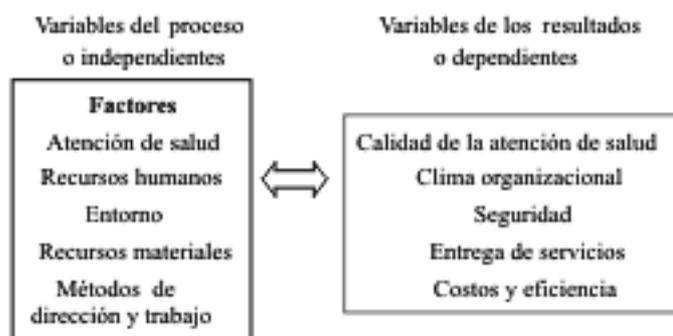


Fig. 4.3. Variables del proceso y de resultados de los servicios de atención de salud.

Las variables son las características de los individuos, cosas o fenómenos que pueden ser observados, tienen la propiedad de variar y asumir valores y, por tanto, pueden ser medidas en dependencia de la unidad de observación. Se clasifican en cualitativas y cuantitativas, y también, en función de la posición que ocupen en la relación causa-efecto, se consideran como variables independientes o dependientes.

Las dimensiones son los rasgos que permiten hacer una primera división del concepto variable, y estas son medidas por un conjunto de indicadores.

La verificación de los efectos de la realización de un proceso se hace mediante el análisis de los resultados o características de calidad y, a partir de los defectos que se encuentren, deben verificarse sus factores causales o variables independientes (Tabla 4.2).

Tabla 4.2. Diferentes propuestas para el estudio de la calidad

Año	Autor	Pasos		
1951	Makoever	Estructura	Proceso	Producto
1955	Sheps	Condiciones	Desempeño y evidencias	Efectos
1966	Donabedian	Estructura	Proceso	Resultados
1988	Dror	Medios y organización	Métodos	Servicios y resultados
1970	Degynt	Estructura y contenidos	Proceso	Resultados e impactos
1971	Willianson	Estructura	Diagnóstico y terapéutica	Resultados
1974	Doll		Proceso (incluye la estructura)	Resultados

Lo anterior es importante, ya que no puede limitarse a controlar la calidad por medio de los efectos o resultados en sí mismos, sino que, además, se deben verificar los factores causales en el proceso, de lo contrario no se logra mejorar la calidad. Lo correcto es realizar el control de la calidad con un enfoque integral.

En la búsqueda de información para el estudio de la calidad surgieron diferentes propuestas, la primera de Makoever y la última de Doll en 1974, que es actualmente la más utilizada como resultado de la propuesta de Hammer y Champy que fueron los que propusieron la definición de proceso en el libro *Reingeniería*.

Uno de los aspectos de interés, durante mucho tiempo, fue cómo buscar la información o datos necesarios para estudiar la calidad que pasó por varias propuestas, hasta que surgió la definición de *Proceso* por Hammer y Champy.

Más tarde fue esclarecida por Doll en 1970 como proceso, que incluye a la estructura y, además, los resultados (Hammer y Champy, 2005).

Variables del proceso y de resultados

El objetivo del control de calidad es garantizar la calidad por medio de su control, se mencionan ahora los aspectos de mayor interés, y se debe controlar la calidad en los resultados o producto pero hay que insistir en verificar en el desarrollo del proceso desde que se planifica y se realiza.

Para cumplirlo se debe analizar o verificar lo que Ishikawa llama las cinco “emes” que siempre están presentes en los procesos, estos son: mano de obra, materiales, máquinas, métodos y medidas esto quiere decir usar métodos estadísticos en todas las situaciones.

En este libro se proponen las variables independientes o factores causales y las variables dependientes de resultados o características de calidad.

Los factores causales presentes en el proceso son ilimitados y tienen la particularidad de presentar una gran variabilidad por diferentes razones, por ejemplo: cambio de personal, incumplimiento o modificación de una norma, rotura de un equipo, baja calidad de materiales y otros.

En consonancia, los efectos o resultados también varían, de aquí la importancia de que, una vez que se identifiquen en los resultados o producto los problemas de calidad, se estudien los factores causales en el proceso, sobre todo, los que requieran de mayor comprobación, denominados puntos de verificación o control.

Se aplican estas concepciones de acuerdo con las características de la atención de salud.

Varios autores han considerado que las variables independientes o factores causales se concentran en cinco grupos, que son condiciones que están presentes en cualquier organización y que son: el hombre, los materiales, los equipos, los métodos de trabajo y la inspección o control. En la figura 4.3 se hace una propuesta sobre estos aspectos, de acuerdo con las características propias de la atención de salud.

Cada uno de los cinco factores mencionados pueden constituirse en concepto investigativo, en dependencia de los intereses de cada organización o del sistema en general. Una vez que se fije el objeto de estudio, corresponde al equipo de trabajo determinar las variables y dimensiones para el análisis. A continuación se hacen propuestas de ejemplos de estas dimensiones.

Variables independientes o causales y sus dimensiones

Se caracteriza por 6 factores: de la atención de salud, de recursos humanos, del entorno, de recursos materiales, equipos y financieros y de los métodos de dirección y trabajo.

Atención de salud. Cumplimiento de reglamentos, normas y procedimientos organizativos, científicos y técnicos; interrelación de los servicios de salud, programación de servicios, intercambio de información, referencia y contrarreferencia, continuidad de la atención y apoyo científico-técnico.

Recursos humanos. Disponibilidad, desempeño, control, calificación, competencia, superación, desarrollo científico-técnico, valores, fidelidad, permanencia en el trabajo y cumplimiento de los deberes.

Entorno. Características estructurales, condiciones de seguridad, riesgos, ruidos, tranquilidad, higiene, comodidades o amenidades, distancia, vías de comunicación y transporte.

Recursos materiales, equipos y financieros. Cantidad, disponibilidad y control de recursos materiales, equipos, calidad y mantenimiento de equipos, contabilidad y control de gastos y presupuesto.

Métodos de dirección y trabajo. Políticas, en especial de control de calidad; aplicación de métodos, técnicas modernas de dirección o administración; apoyo a los trabajadores y colaboradores; liderazgo y estilos de dirección; delegación; comunicación y trabajo en equipo participativo e interactivo.

VARIABLES DEPENDIENTES DE RESULTADOS O CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

Con relación a los resultados del proceso de atención hay diferentes enfoques para su evaluación por ejemplo, Zeitmal propone diez componentes; Ishikawa señala que para lograr la calidad de un producto o servicio hay que considerar cuatro aspectos, estos son: calidad intrínseca en sentido estricto, entrega, costos y servicio.

De acuerdo con las particularidades y características de la atención de salud, se puede utilizar la concepción de Ishikawa, pero agregando un quinto aspecto que resulta de gran importancia en los servicios de salud, que es el *clima organizacional* por el cual se infiere el nivel de calidad de la institución.

A continuación se proponen cinco aspectos para medir los resultados de la atención médica: calidad de la atención de salud que son las variables dependientes o efectos y sus dimensiones:

Calidad específica de la atención de salud. Grado de satisfacción, relaciones interpersonales, información y respeto a la autonomía e integridad, ética, efectividad de las medidas de prevención y tratamiento, mortalidad, morbilidad y otros impactos en el estado de salud individual y colectiva.

Clima organizacional. Grado de satisfacción y motivación de los trabajadores, disciplina, ausentismo, comportamiento, puntualidad, permanencia en el trabajo, profesionalidad, amabilidad, credibilidad, comprensión, relaciones de trabajo, respeto a la privacidad y demoras en los servicios.

Seguridad. Incidencia de complicaciones, infecciones institucionales, reingresos hospitalarios, operaciones y procedimientos innecesarios o no justificados, accidentes, riesgos y pérdidas de documentos.

Entrega. Servicios brindados y utilización de recursos, atención rápida y oportuna, accesibilidad, equidad y tiempo de espera.

Costos. Costo, eficiencia, costo-beneficio, productividad y rendimientos.

Conclusiones

Con anterioridad se señaló que el control de calidad es una tarea que se ha revitalizado internacionalmente en los últimos años.

Debe tenerse presente que las consecuencias futuras del injusto orden económico y social del mundo actual, agravado por la globalización neoliberal, necesariamente impactará aún más la capacidad de los países pobres en cuanto a posibilidades de obtener y utilizar recursos de toda índole; esto requiere alcanzar la competencia necesaria para asegurar mayor racionalidad y eficiencia y lograr un mejor desempeño.

En este medio y en todos los lugares, la aplicación de un programa de calidad como el MCC constituye una opción estratégica lógica, pues su implementación consciente permitirá una mejora real y permanente de los servicios. No se debe hacer ningún tipo de concesiones, como tampoco desechar del todo otros programas cuyas concepciones pueden y deben enriquecer el trabajo.

Si se aspira a que cada empresa, institución o servicio, funcione y logre cumplir su misión, debe orientarse hacia la satisfacción de los requisitos de los beneficiarios internos y externos, llámense clientes, usuarios o pacientes, y a cumplir las normas institucionales o del sistema, evaluando continuamente cada factor del proceso y de los resultados.

El cambio organizacional del que tanto se habla en la actualidad está en consonancia con la frase que encabeza este libro y que resulta de tanta profundidad, porque llama al perfeccionamiento permanente de los sistemas e instituciones para mejorar la calidad indefinidamente.

En abril de 2007 el Ministerio de Salud Pública de Cuba aprobó un programa de calidad para los hospitales, que está en consonancia con los elaborados en este medio desde 1962 y fundamentado según las concepciones de la MCC.

Bibliografía

- BERWICK, D M. (1989): *Mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud*.
- CUESTA, G. A., ET AL (1986): *La calidad de la asistencia hospitalaria*. Ediciones Doyma. España Gráficos Soler. Pp 1-13.
- _____ (1994): *MC² El señor Trabajador*. Revista Portada. Madrid, octubre. pp 16-8.
- _____ (1991): *Calidad para todos*. MICONS. La Habana. pp. 9-21.
- DEMING, W.E. (2006): *Filosofía de la calidad*. Google 2006.
- DONABEDIAN, A. (1990): "La dimensión internacional de la evaluación y la garantía de la calidad". *Rev Salud Pública de México*; 32(2):113-11.
- FAWZI, F. M. (1985): "Aspectos económicos de la calidad". *Taller Internacional sobre calidad y desarrollo*. Facultad de Economía. ISPJAE. La Habana.
- HAMMER Y CHAMPY (2005): "Reingeniería". *Hemeroteca Nacional Cuba*. Infodir 24.
- ISHIKAWA, K. (2008): *Control total de calidad*, en Google.
- ILISÁSTIGUI, D.F. (2001): "El método clínico, muerte y resurrección". *Rev Cubana Educ Med Superior*.

- ISHIKAWA, K. (1998): *Introducción al control de calidad*. Díaz Santos, S.A., Madrid. pp. 17-61.
- ISIDRO, J.L. (1997): "Seminario sobre calidad". *Escuela Nacional de Salud*. La Habana. pp 145-59.
- JURAN, J.M. (1990): *Planificación para la calidad*. Díaz Santos, S.A. Madrid. pp. 16.
- KUME, H. (2008): *Libro de herramientas de calidad*. Universidad Central Venezuela.
- OTERO, J. (2006): *Costes de la mala calidad*. Perú. Google.México.
- REERINK, E. (1990): "Garantía de la calidad de la atención en los Países Bajos". *Rev de Salud Pública de México*; 32(2): 118-24.
- RODRÍGUEZ, A. (2005): *Calidad en salud, proceso y resultados*. Google.
- RUELAS, B.E. (1990): "Transiciones indispensables de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía". *Rev Salud Pública de México*; 1990; 32(2): 108-117.
- RUELAS, B.E., VIDAL-PINEDA, L.M. (1990): "Unidad de garantía de calidad". *Rev Salud Pública de México*; 1991.
- S/A (2008): *Biografía de Fayol*. Archivos. Google.
- SANAZARO, P.J. (1993): *Verificación de la calidad en medicina*. Simposio internacional de calidad de la atención de salud. OMS, Suiza. pp. 33-7.
- STONER, R.F., FREEMAN, R.E., GILBERT, D.R. (1995): *Administración*. Edit. Hispanoamericana, S.A. México. Pp. 608-37.
- Traducción del Journal of Medicine 320:53-56 (January 5).
- ZEITMAL, V.A. (1993): *Calidad total en la gestión de servicios*. Díaz Santos S. A, Madrid. pp. 17-38.

Métodos del control de calidad

Introducción

En el capítulo anterior se estudia que el control de calidad se puede considerar como una investigación en sistema y servicios de salud que aplica el proceso de solución de problemas, fundamentado en el método científico, cuyo objetivo fundamental es el mejoramiento continuo de la calidad.

El proceso del control de calidad se puede resumir en los pasos esenciales siguientes:

1. Búsqueda de información para comparar la realidad con lo esperado y así poder identificar las desviaciones, los incumplimientos y los problemas.
2. Analizar las causas que originan los problemas.
3. Toma de decisiones para determinar las acciones y su puesta en marcha, para controlar.
4. Eliminar las causas que originan los problemas y para asegurar la corrección y prevención.

Sin embargo, el área de referencia para la investigación en los sistemas y servicios de salud se apoya, en la mayoría de los casos, en la práctica y descuida la necesaria relación armónica que debe existir entre el nivel teórico y el empírico.

El control de calidad tiene el objetivo de estudiar los datos y la información adecuada para la identificación de los problemas de la atención de salud y sus causas, así como los métodos y procedimientos para su solución.

En relación con la atención médica y de salud, el control de calidad estudia sus efectos o resultados para identificar problemas de calidad y verificar el proceso para encontrar causas que los originan, lo que permite corregirlas para eliminar los problemas, como se ha comentado de forma integral en este libro.

Teniendo en cuenta la importancia de la investigación social en los sistemas y servicios de salud, específicamente en el proceso del control de calidad, es que se estudian los conceptos básicos de la metodología y los métodos, y procedimientos específicos del control de calidad, con excepción del método de trabajo de grupo que se expone en el capítulo 6 y el método estadístico que es objeto de análisis en el capítulo 7.

Método científico

La metodología de la investigación social se considera como la reflexión sistemática acerca del método y sus técnicas en tres niveles diferentes que interaccionan entre sí. Esto significa que los principios, categorías y leyes de la investigación están dados, generalmente, en el nivel particular y en el especial por las características propias de las ciencias específicas.

El método científico puede ser definido como una cadena ordenada de pasos o momentos para el estudio de los fenómenos de la realidad que se quieren conocer en especial, desde el punto de vista de la relación causa-efecto, imprescindible en el control de calidad.

Este método garantiza la vía o camino para alcanzar nuevos conocimientos y llevarlos a la práctica por medio de procedimientos o técnicas, con el objetivo de descifrar la realidad y transformarla.

Las técnicas o procedimientos pueden ser considerados como “la forma de proceder a lo largo del camino del conocimiento científico que permite desarrollar las investigaciones, para interpretar los resultados en cualquier campo”. La técnica operacionaliza el método y lo aplica en la práctica para abordar y conocer la realidad, y para el análisis de problemas, lo que hace posible proponer sus soluciones.

Para poder comprender cuándo, cómo y qué métodos y técnicas utilizar en el control de calidad, es necesario seguir los pasos del proceso de investigación, el cual debe ser bien planificado con anterioridad a su puesta en marcha.

Bertrand Russell sintetizó el método científico en tres pasos:

1. Observación exacta del fenómeno o problema que se estudia.
2. Definición de las hipótesis que puedan explicar los fenómenos.
3. Verificación o comprobación de las hipótesis por nuevas observaciones.

Una vez comprobadas las hipótesis, se pueden establecer las estrategias y acciones para la solución de problemas.

El proceso de investigación se puede representar como aparece en el siguiente esquema:



Fig. 5.1. Proceso de investigación.

Control de calidad

El control de calidad se definió por Fayol (FAWZI, 1985), en el capítulo 4, de la forma siguiente: verificar si todo está ocurriendo de conformidad con el plan adoptado, las instrucciones dadas y principios establecidos, a fin de detectar

defectos y desviaciones. El control efectivo es el que va seguido de acciones correctivas.

Donabedian, hizo una magnífica definición del control de calidad, que también se expone en el capítulo 4.

Ishikawa señala que el control de calidad es desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto (o servicio) de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre el más satisfactorio para el consumidor.

Métodos del control

La selección de los métodos que se han de utilizar en un estudio de calidad depende del momento que se trata; en este caso en cuestión se relaciona con el control de calidad que puede ser en una institución de servicio de atención médica en su conjunto, de un servicio, de un problema de calidad específico o una enfermedad o evento adverso. Por lo tanto, es necesario comenzar por los métodos de muestreo, búsqueda de información, identificación de problemas y su prioridad, hipótesis, encontrar las causas y la solución de problemas.

Una vez que se tiene la necesidad de investigar un problema, se estudian sus antecedentes y datos estadísticos, creando un marco teórico para el conocimiento de este y de la relación entre los hechos.

Un marco teórico adecuado posibilita establecer las teorías o propuestas para explicar el problema y formular las interrogantes, cuyas respuestas pueden ser las hipótesis a las cuales el estudio debe dar respuesta mediante la verificación y expresar las relaciones de causa-efecto imprescindible para la solución de problemas.

Una vez establecidas las hipótesis, se pueden definir las variables independientes o factores causales y las dependientes como variables dependientes.

En la etapa siguiente se deben verificar o comprobar las hipótesis; para ello es necesario conocer el universo y determinar la muestra según los requisitos, el tipo de estudio, los métodos y procedimiento de recolección de datos y el plan de análisis.

En el control de calidad los estudios analíticos son los ideales, ya que explican por qué se produce determinado fenómeno, cuáles son las causas o factores causales asociados, sin lo cual no se pueden aplicar las soluciones.

El tipo de estudio que se debe utilizar en el control de calidad, para explicar el porqué de determinado fenómeno, sus causas y riesgos es el hipotético deductivo, mediante el cual se puede esclarecer la relación causa-efecto con la identificación de las causas o de los factores causales fundamentales o probables.

Métodos de control de calidad de la atención médica

En el control de calidad se analizan los métodos y técnicas específicos de la administración y otras ciencias, empleadas.

Recordar que el control de calidad se considera como una investigación que para su estudio se aplica el enfoque integral de proceso y resultado y para cada uno de estos momentos, se utilizan diferentes métodos.

Además de los métodos propios de la investigación ya mencionados, en el control de calidad se aplican los específicos este capítulo del control de calidad (Tabla 5.1) y además en los capítulos 6 y 7.

Tabla 5.1. Métodos para el control de calidad

Métodos del control de calidad	Métodos de grupo	Métodos de estadística	Métodos de otras ciencias
Acreditación	Círculos de calidad	Hoja de recolección	Epidemiológico
Auditoría médica	Lograr consenso	Estratificación	Clínico
Comités científicos	Reflejar y analizar datos	Gráfico secuencial	Estadístico
Estadísticas de servicios	Planear acciones	Diagrama de Pareto	Económico
	Generación de ideas	Diagrama de dispersión	Matemático
	Diagrama causa-efecto		De experto
			Histórico y otros

El campo del control de la atención médica comenzó en los EE.UU. en 1912 o 1914 según diferentes autores. Fue cuando se llevaron a cabo las reformas de los hospitales, especialmente en lo inherente a la formación médica y luego del famoso informe de Abraham Flexner en 1910 en el que señaló los malos resultados en los hospitales, que fueron llevados a cabo por el Colegio Americano de Cirujanos, especialmente por Codman en Boston. De esta forma surgió el Programa de estandarización o acreditación de los hospitales, que estudiaba los aspectos estructurales de los servicios (Sanazaro, 1983).

Más tarde, debido a que la acreditación contribuyó a la mejoría de la calidad en los hospitales, no ofreció los resultados esperados; entonces G. Ward en 1918 introdujo la auditoría médica. Esta fue ampliada, posteriormente, por T. Ponton en 1928, con la creación de los comités científicos hospitalarios en apoyo a la auditoría, para evaluar el proceso de atención retrospectiva, prospectiva y, sobre todo, concurrentemente (Sanazaro, 1983).

En los años 30 del siglo xx, dos autores norteamericanos, R.I. Lee y L.W. Jones, influyeron de manera significativa en el control de la calidad de la atención médica; ellos establecieron las bases para conceptualizar la calidad y sus premisas (Lee, 1990) .

Según Kaoru Ishikawa, las ideas del control total de calidad y su enfoque integral de proceso-resultados fue del Dr. Armand Feigenbaum, junto a otros científicos como W E. Deming que propuso sus principios y el ciclo de calidad y de J. M. Juran con su trilogía y funciones de los gerentes altos y medios que, hizo posible desarrollar el control total de calidad en Japón, el cual se utiliza actualmente como referencia, teniendo en cuenta el alto grado de desarrollo que han alcanzado. A continuación se estudian cómo estos métodos se aplican en Cuba.

La acreditación es un método del control de calidad empleado en diversas esferas, primero fue aplicado en la atención médica a principios del siglo xx (1912 o 1914) según varios autores y se aplica al estudio de los aspectos de la estructura de los servicios de salud, es un instrumento universalmente reconocido y aplicado para evaluar los aspectos de la estructura en las instituciones de salud.

La ventaja más importante de los programas de acreditación, no radica en el acto mismo de acreditar, sino en el período preparatorio y período posterior al momento evaluativo. Se consideran 3 niveles fundamentales de aprobación:

1. Habilitación.
2. Acreditación.
3. Categorización.

Habilitación

Es un procedimiento obligatorio para las instituciones del sistema de salud, para el análisis y evaluación de las condiciones estructurales y de recursos humanos y materiales que posee una institución asistencial y que autoriza, sobre todo, la puesta en marcha y prestación de un servicio.

Para la habilitación es necesario demostrar la necesidad del centro o servicio que se trate (como certificación de necesidad), previa autorización de un proyecto de ejecución y la aprobación final corresponde al Ministerio de Salud Pública. El proceso incluye los elementos de estudio que siguen:

1. Asistenciales.
2. Docentes.
3. De investigación.
4. De organización.
5. De servicios generales y recursos.
6. Se rige por estándares específicos para cada una de las actividades.
7. Puede realizarse en diferentes etapas.
8. La certificación la otorga la comisión nacional de acreditación.

Para su aplicación se utilizan normas o patrones estándares mínimos obligatorios que se comparan con la situación real de una institución y se hace una valoración por unidades organizativas o departamentos que permita realizar su evaluación.

Generalmente es externa por un nivel superior, pero también debe ser interna y, por supuesto, contribuye a la calidad institucional.

Acreditación

La acreditación fue el primer método empleado en la atención médica, y es universalmente aceptado, también en Cuba desde 1992 y fue mejorado en el año 2001 y perfeccionado en 2007.

Por este método se realiza el estudio de los aspectos de estructura de los sistemas o instituciones mediante el control externo, en este caso por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP); puede y debe ser también interno.

Independiente del país donde se aplique, se define como un procedimiento de evaluación externa, efectuado por profesionales independientes de la institución de salud y de sus organismos de control, que cubre todo su funcionamiento y sus prácticas.

El objetivo es proceder a la apreciación de la calidad y de la seguridad de la atención médica. Este proceso apunta igualmente a apreciar la capacidad de las instituciones para mejorar de manera continua la calidad de la atención médica y de la asistencia global al paciente.

La acreditación concierne a todas las instituciones de salud públicas de acuerdo con estructuras y estatutos particulares, por ejemplo, los hospitales privados y militares.

Se aplica a las instituciones de salud en su globalidad y no únicamente a algunos servicios de atención médica de la institución; lo que se busca es una calidad global a nivel de la entidad como un todo.

El procedimiento de acreditación no se aplica, solamente, a las actividades que participan, de manera directa, a la atención al paciente, incluye otras actividades de la institución, sean administrativas, técnicas o logísticas, teniendo en cuenta que participan de la calidad total de la atención de salud.

Para su aplicación se establecen normas, patrones mínimos de cumplimiento obligatorio, que se comparan con la situación real de la institución que se ha de evaluar; de esta manera, se hace una valoración por unidades organizativas o departamentos que permita realizar una evaluación total.

La acreditación, propiamente dicha, se realiza en su etapa de funcionamiento posterior y se determina según tres niveles de calificación, de acuerdo con el grado de cumplimiento de las normas establecidas para la institución en cuestión.

La ventaja más importante de los programas de acreditación, no radica en el acto mismo de acreditar, sino en el período preparatorio y período posterior al momento evaluativo que desarrolla un efecto positivo en las instituciones, especialmente en los aspectos siguientes:

1. Autoevaluación.
2. Una rigurosa evaluación interna (auditorías médicas y clínicas).
3. Proceso intenso de comunicación entre las unidades organizativas.
4. Departamentos y servicios (integración interna).
5. Perfeccionamiento y capacitación del recurso humano.

Al enfrentarse a un proceso de acreditación, las instituciones se ven obligadas a solucionar situaciones hasta el momento no resueltas, situaciones que pueden guardar relación con la disciplina, la competencia y el desempeño de los profesionales y técnicos.

Categorización

Es una etapa superior para valorar las condiciones mediante las cuales una institución brinda los servicios de alto nivel o de excelencia, además de medir los riesgos de un paciente cuando recibe ciertos procedimientos o técnicas, e incluye la docencia e investigación relacionadas con estos servicios.

Las mayores experiencias se han obtenido en hospitales, pero también se puede emplear en centros de salud, policlínicos, consultorios de familia y en las instituciones de docencia. En el capítulo 3 se explicó el origen y evolución de la acreditación; en Cuba se aplica la última versión elaborada en 2007.

Auditoría médica

La mayoría de los autores consideran que para iniciar o continuar un programa de calidad debe comenzar por aplicar la auditoría médica, la cual es uno de los métodos del control de calidad realmente de la mayor importancia, que surgió en 1918 con G. Ward (Lembeque, 1956).

Siempre se ha considerado que las auditorías médicas pueden ser externa o interna. La primera se realiza por personas ajenas a la institución, por lo general, por especialistas de los diferentes niveles del sistema de salud, y las internas por la propia institución encaminadas a verificar el proceso de atención y dar cumplimiento a los objetivos propuestos.

Se consideran otras variantes de auditoría, como: la auditoría económica que valora informes de los estados financieros de las organizaciones y cumplimiento de sus requisitos.

Además de comprobar los estados financieros, los costos y la utilización de otros recursos, se dirige al funcionamiento de la institución y al cumplimiento de normas y regulaciones establecidas.

La auditoría legal se dirige a detectar el cumplimiento de normas de funcionamiento y de sus resultados vinculados con la detección de fraudes y otros problemas legales como demandas de los pacientes y familiares, también es importante para validar un buen trabajo realizado, previa base crítica que permita una adecuada decisión.

Desde el surgimiento de la auditoría médica no existe un programa de calidad que no la incluya obligatoriamente.

En Cuba surgió el primer programa de calidad de hospitales aprobado en 1962 que se denominó Evaluación de actividades científicas del hospital, y se utilizó la auditoría médica; después aparecen otros programas: el Comité Médico Auditor 1982 y el Programa Garantía de Calidad de 1993.

En abril de 2007 fue aprobado por Resolución Ministerial, el Programa de perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios, que incluye por supuesto el Comité de Auditoría Médica (CAM) y su procedimiento que considera la auditoría médica que incluye la historia clínica, todo documento relacionado con el paciente, las estadísticas hospitalarias e indicadores de resultados.

Su realización puede incluir el análisis del desempeño, las competencias, el comportamiento individual y la relación con los pacientes y familiares. Deter-

minados autores consideran necesario que la auditoría médica se aplique también al propio sistema de control de calidad, como un proceso más para que comprobar cómo se cumplen los métodos y técnicas de dicho control, el estudio de las quejas de los clientes y si realmente se pone en práctica la garantía de la calidad que se refiere a la solución de problemas identificados. Lembeque y Sanazaro recomiendan entrevistar al paciente durante su estadía hospitalaria e incluso después del egreso.

Es necesario comentar que algunos profesionales rechazan la idea de que la historia clínica es el documento imprescindible para la auditoría médica. Sin embargo, la gran mayoría de los científicos en todas las latitudes lo aceptan, incluidos todos los documentos relacionados con el paciente, por ejemplo, el informe operatorio, anestésico, de diagnósticos u otros.

Lo más aceptable sería considerar, en primer lugar, que la auditoría médica comprueba o verifica si todo ocurre como está establecido y sin desviaciones, para lo cual requiere de evidencias sobre todo por la historia clínica y los documentos relacionados con el paciente.

Se han propuesto muchas definiciones de auditoría médica, pero para este capítulo se seleccionó, quizás, una de las mejores definiciones que se conocen; la utiliza el sistema de salud inglés, y que es muy bien aceptada, por lo que se expone a continuación:

“Para Lain Entralgo la historia clínica es un documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el paciente al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad. Quedan plasmadas y testimoniadas la observación y constancia escrita de todos los exámenes médicos y estudios realizados, el pensamiento médico y todo lo efectuado en el transcurso de la enfermedad y de los tratamientos llevados a cabo en la atención del paciente”.

De acuerdo con Donabedian la historia clínica es el documento más importante de cualquier institución de salud que, además de ser un documento científico, tiene valor legal y por el cual se puede valorar el pensamiento médico, y sin esta no existe medicina científica y no se puede medir la calidad de la atención. Desde el punto de vista legal, esta adquiere especial relevancia por cuanto representa un documento que integra la relación contractual entre la institución, el médico y su paciente.

En resumen, la auditoría médica para medir el desempeño de la atención médica emplea, esencialmente, la forma retrospectiva mediante el estudio de la historia clínica y de todos los documentos relacionados con el paciente, pero, además incluye datos estadísticos y, sobre todo, los resultados, y otros métodos de observación por especialidades, de caso por caso o mezcla de casos (*case mix*).

La auditoría debe incluir en las conclusiones los aspectos siguientes:

1. Contemplar, principalmente, los hallazgos más importantes, los plazos para rectificaciones y los compromisos del sistema auditado para prevenir la recurrencia de los defectos detectados.
2. Debe traducir, exactamente, la información que desea encontrar.
3. Debe comprobar por las evidencias un resultado inadecuado o inaceptable.

4. Debe ser transparente y clara en cuanto a su intencionalidad de investigación.
5. La auditoría debe hacerse con patrones preestablecidos, de modo que pueda ser independiente de la percepción personal de la persona que audita.
6. Debe ser objetiva, de tal manera que el patrón utilizado pueda ser aplicado por cualquier auditor y obtener el mismo resultado.
7. Debe hacer una valoración de la calidad de la historia clínica, de la atención que incluya los defectos en el proceso y de los malos resultados, incluyendo eventos adversos para ser analizados.

Un aspecto de gran importancia, que se debe señalar se refiere al cumplimiento de la ética médica como se señala en el capítulo 2, sobre la ética médica que se reflejan en la historia clínica, como el consentimiento informado uno de los aspectos críticos de la responsabilidad médica, además de la relación médico paciente y el cumplimiento de los deberes del profesional que establece la *Lex Artis*.

Por tanto, la historia clínica tiene un papel muy importante cuando el paciente o familiares reclaman por las malas consecuencias de la atención y se tiene que juzgar la actuación de un profesional de la medicina, ya que, además, refleja el cumplimiento de los deberes en el proceso e incluso en el obligatorio cumplimiento del consentimiento informado.

Además, se deben considerar los comités científicos que surgieron en 1928, propuesto por Thomas R. Ponton, quien presentó un plan de control para los servicios profesionales y como apoyo a la auditoría médica teniendo en cuenta que la primera mide la calidad retrospectivamente y los comités científicos lo hacen de forma retrospectiva, prospectiva y también de forma concurrente (Sanazaro, 1983).

Estos comités fueron considerados en Cuba desde el primer programa de calidad de 1962 denominado como Control de evaluación de las actividades científicas del hospital (CEAC) y sus concepciones se han mantenido en todos los programas que le sucedieron, incluso en el nuevo programa de calidad de los servicios hospitalarios de 2007.

En el programa de perfeccionamiento continuo de la calidad en la atención de hospitales de Cuba aprobado en el mes de abril de 2007, fue aprobado el comité de auditoría médica y se incluyen los comités científicos, los cuales se agrupan en la unidad organizativa de calidad. Existen seis comités para todos los hospitales generales y 2 se agregan a los servicios de ginecología y obstetricia y maternoinfantiles que son los siguientes:

El programa del perfeccionamiento continuo de la calidad hospitalaria (PPCCH) en Cuba incluye la auditoría médica que especifica:

1. El Comité de Auditoría Médica está jerarquizado directamente por la dirección de la institución.
2. El Comité de Auditoría Médica tiene la misión de evaluar la calidad de la atención médica integral por la fuente primaria que es la historia clínica y de todos los documentos e informes relacionados con el paciente.

La primera función del Comité de Auditoría Médica es elevar la calidad de la historia clínica y, en primer lugar, se comprueba el llenado de su modelo según lo normado y si es legible, la correlación diagnóstico-tratamiento, el cumplimiento de indicaciones, la conducta y procedimiento del médico y de enfermería, informes diagnósticos incluyendo el operatorio, la correlación clínico-patológico y los resultados de la atención. Apoyará al comité de ética con relación a incumplimientos, eventos adversos y ayudar en las causas de estos.

Las funciones del Comité de Auditoría Médica son:

1. Perfeccionar la calidad de la atención médica para la seguridad del paciente.
2. Educar y entrenar a los directivos, profesionales y trabajadores.
3. Hacer las recomendaciones y sugerencias oportunas a la dirección de la institución y presentar sus resultados al consejo de dirección.
4. Estar en contacto permanente con los jefes de servicios, comités, profesionales y trabajadores.

La unidad organizativa tiene los comités científicos asesores siguientes:

1. Comité de evaluación del proceso asistencial (CEPA).
2. Comité de evaluación de la actividad quirúrgica (CAQ).
3. Comité de evaluación de la mortalidad hospitalaria (CAMH).
4. Comité de prevención y control de la infección hospitalaria (CPCIH).
5. Comité fármaco terapéutico (CFT).
6. Comité de evaluación de la medicina transfusional (CEMT).

En los hospitales y servicios ginecoobstétricos y materno infantiles se añadirán los comités siguientes:

1. Comité de cesáreas.
2. Evaluación de la atención perinatal.

Por supuesto, con relación a la necesidad de contar con datos estadísticos de los servicios, de la utilización de recursos económicos, así como de los indicadores de resultados. Para completar el estudio de la auditoría se abordará en el capítulo 7.

Conclusiones

Teniendo en cuenta que el control de calidad es una tarea de magnitud, pero factible e imprescindible, los métodos del control de calidad se deben instrumentar en todos los niveles del sistema y sus instituciones y, por tanto, en la atención primaria de salud donde se debe encontrar las vías de menor complejidad posible para aplicarlos de manera factible según las condiciones locales.

Por ejemplo, en la atención primaria de salud con el modelo de atención de la familia, pilar fundamental del sistema de salud en Cuba, se tiene una base muy amplia que atiende, prácticamente, 100 % de la población; cuenta con una elevada concentración de profesionales que deben producir entre 80 y 90 %

del total de las atenciones, por lo general, ambulatoria, por lo tanto, se requiere trabajar con métodos científicos.

Por esta razón es importante señalar que, aunque se utilicen los métodos menos complejos, esto no significa en absoluto comprometer la profundidad y calidad del propio control. Muchas veces se ha visto y escuchado que hasta los problemas de gran complejidad se resuelven por las vías más simples.

Bibliografía

- ALEMÁN, M.C. (2007): *Acreditación Hospitalaria*. La Habana. MINSAP.
- ARTILES, V.L. (1993): "El marco teórico como sustento conceptual del problema de investigación científica". *Rev Cubana Invest Biomed*; 10(2): 129-31.
- DONABEDIAN, A. (2001): "Entrevista al profesor Avedis Donabedian". Rosa Suñol. *Rev Soc Rev Española de Calidad*. Suplementi (1):16.
- ESCALONA, M, ILISÁSTIGUI, F., ET AL. (1962): *Comité de evaluación de las actividades científicas*. La Habana. MINSAP.
- ESCALONA, M.; ILISÁSTIGUI, F. (1962): *Comité de actividades científicas del hospital*. La Habana. MINSAP.
- FACHIM, O. (1997): *Fundamentos de metodología*. Edit. Villempres. R. Preto. Brasil. Pp. 20-49.
- FAWZI, F. M. (1985): "Aspectos económicos de la calidad". *Taller Internacional sobre calidad y desarrollo*. Facultad de Economía. ISPJAE. La Habana.
- GARCÍA, M.H. (1983): *Manual de investigaciones para servicios sociales y de salud*. La Prensa Médica Mexicana, S.A. pp. 1-24.
- ILISÁSTIGUI, D.I. (2001): "El método clínico, muerte y resurrección". *Rev Cubana Educ Med Sup*; 14-21.
- ISHIKAWA, K. (1977): *¿Qué es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Editorial Ciencias Sociales, La Habana. Pp 83-96.
- _____ (2007): *¿Qué es el control total de calidad?* Google.
- JURAN, J.M. (1990): *Planificación para la calidad*. Díaz Santos, S.A. Madrid. pp. 16.
- LAIN, P. (1998): *La historia clínica*. 3ª ed. Madrid: Tricastela; 237-41.
- Lee, I; Jones, L.W. (1990): *Fragmento de traducción: the fundaments of good medical care*. Univ. Of Chicago Press. 1993, en Salud Pública de México.
- LEMBEQUE, P.A. (1956): "Métodos científicos de auditoría médica". *Journal of Medical Association*; 162:646-55.
- MARTÍNEZ, J, H Y FERNÁNDEZ, J, S. (1998): "Sistema de auditoría médica en hospitalaria". *Rev Cubana Admin Salud*; 14 (1).
- MINSAP (2007): *Programa de perfeccionamiento continuo de la calidad hospitalaria*. La Habana.
- PAGANINI, J.M. (1993): "Calidad y eficiencia en hospitales". *Bol Of Sanit Panam*; 115(16).
- PÉREZ, A., ET AL. (2007): *Auditoría médica. Revisión de expediente clínico*. Hospital Central. Uruguay en Google.
- ROSENFELD, L S. (1957): "Calidad de la atención médica en hospitales". *American Journal of Public Health*; 47:405-14.
- S/A (1981): *Metodología de la investigación social*. Facultad de Filosofía de la Universidad de La Habana. Pp. 1-11.
- S/A (1986): "Reseñas investigación en Tecnología de Salud". *Bol Of Sanit Panam*; 100(2).
- S/A (2001): *Auditoría NHS*. Sec. Wales y Escocia. Londres.
- SANAZARO, P.J. (1983): *Verificación de la calidad en medicina*. Simposio Internacional de Calidad de la Atención de Salud. OMS. Suiza. Pp. 33-7.

Círculos de control de calidad y otros métodos de trabajo de grupos

Introducción

Los métodos de grupo complementan los expuestos en el capítulo anterior que se desarrollaron, sobre todo, después de los años cincuenta, por la gran influencia que ejerció el surgimiento de la escuela conductista o de las relaciones humanas, que desarrolló el sentido de pertenencia, por la aplicación de la sociología y psicología.

El trabajo de grupos es un subsistema especializado dentro de una organización; lo componen un grupo de trabajadores, y se diseña con un funcionamiento fijo para proyectar y realizar una de las diferentes tareas más importantes de una institución en la búsqueda de la calidad. Se aplican desde organismos internacionales o cualquier actividad de un país, gobierno e instituciones. La concepción de estos grupos se aplicó, por supuesto, en los programas de calidad teniendo en cuenta que los trabajadores conocen los problemas y sus causas, son estos los que, en definitiva, tienen que darle solución. Al crear el grupo se desarrolla un sentimiento de pertenencia automático y de alta satisfacción, que es lo común por involucrarse en la solución de problemas de la institución.

La estructura del grupo varía según el país y el perfil de la institución, algunos lo consideran con un presidente o director, que es el responsable y establece el funcionamiento del grupo, un secretario y los participantes. En la terminología inglesa con un concepto de célula que convoca al responsable, lo denominan como facilitador, el cual ofrece la información y la conducción del grupo y asegura la participación por igual de los miembros sin autoridad; y un registrador que toma notas y se considera como la memoria del grupo, que trasmite la información o acuerdos y cita al grupo a las reuniones. No hay o no debe haber en el grupo líderes informales, que quizás no sea necesario su carisma porque el grupo es técnico y no pretende ser de otro tipo. Puede estar presente un directivo de la institución, pero en función de igualdad como otro miembro. Las funciones de los responsables pueden ser rotativas. Debe ser

aprobado un reglamento para establecer las reglas de todo lo dicho o acordado y, normalmente, las personas se renuevan en este tipo de grupos a los pocos años, ya sea por falta de interés o porque lo establece el reglamento.

El grupo debe cumplir un orden lógico, como sigue:

1. Las reuniones deben comenzar y terminar en tiempo.
2. Tener en cuenta las características de los participantes.
3. Generar soluciones creativas.
4. Trabajar en atmósfera positiva.
5. Definir la responsabilidad de cada cual.
6. Desarrollar el consenso.

En el caso de la calidad, en la atención médica se han utilizado varios tipos de grupos como los círculos del control de calidad y otros como: el de generación de ideas, lograr consenso, analizar datos y planear acciones entre otros.

Círculos de control de calidad

Por su importancia histórica, se comienza con los círculos de control de calidad (CCC) en el que se considera como su padre a Kaoru Ishikawa, y su contribución fue tan sencilla como genial. En efecto, él argumentó que en lugar de centralizar el control de la calidad del trabajo de producción cotidiano, para confiárselo, exclusivamente, a un servicio especializado, lo que se necesita es integrar ese control al proceso, en este caso de la atención médica y de esta manera la calidad se convierte en asunto de todos los trabajadores, profesionales y servicios, en lugar de ser la carga de uno solo.

El primer círculo de control de calidad se creó en Japón en 1962 y se estima que la membresía de los círculos de calidad creció en Japón de 400 en 1962 a 200 000 en 1968, 700 000 en 1978 y en 2008 son millones los trabajadores que en ellos intervienen.

Después de 1962 fueron surgiendo en otros lugares del mundo, en especial los países asiáticos, lo que trajo como consecuencia que se justificara decir que tenían que ver con la cultura, la escritura con caracteres jeroglíficos e ideográficos, la religión y las tradiciones de esas naciones.

Actualmente existen y se desarrollan círculos de calidad en empresas de todos los continentes, extendiéndose no solo a las productoras de bienes, sino abarcando también a las de servicios. Todavía queda un enorme campo por recorrer, sobre todo en Latinoamérica y muy especialmente en materia de organizaciones estatales. En la actualidad se han establecido en muchos países como EE.UU., Suecia, Brasil, México, Dinamarca, Bélgica y en otros.

Ruelas y otros autores plantean que los círculos de control de calidad constituyen una estrategia importante en el desarrollo de un programa de calidad en la atención médica.

En Cuba en la década del 80 del siglo xx hubo un momento en que los círculos de control de calidad se establecieron en algunos lugares, incluso

provocaron entusiasmo, pero después todo quedó en el olvido, con algunas excepciones que permanecen y se proponen en el actual Programa de calidad de los servicios hospitalarios del aprobado en Cuba en 2007.

Definición

Es un pequeño grupo de trabajadores que, como parte de las actividades de control de calidad en una institución o empresa, desarrollan, voluntariamente, actividades de control de calidad dentro de un mismo departamento, sección, servicio, taller o también en toda una institución, región, o país.

Los círculos llevan a cabo, continuamente, el autodesarrollo individual, el desarrollo mutuo (del grupo y resto de los trabajadores) y realiza actividades de control y mejoramiento continuo de calidad dentro de la unidad, pero con perspectiva para toda la institución, mediante el empleo de las técnicas del control de calidad y con la participación de todos los miembros para el desarrollo de capacidades humanas.

Aunque al principio se preocupaban, exclusivamente, de los problemas de calidad, ahora han expandido su campo al análisis de las condiciones de trabajo, los procedimientos y la tecnología de producción, los costos de explotación y, además, la calidad de los servicios.

Los requisitos que propone Ishikawa para la puesta en marcha de los círculos son:

1. Para su aplicación la institución debe estar implantando un programa de control de calidad. Lo contrario es posible, pero estos círculos son parte del control de calidad y sin un programa no podrán subsistir.
2. Los jefes de división, directores, jefes de departamento y otros, deben ser los primeros en promover los círculos, además de dar un apoyo sostenido en la educación o capacitación.
3. En la capacitación o en los cursos deben considerarse las técnicas del control de calidad, como la identificación de problemas, análisis causal de los problemas e incluso técnicas estadísticas básicas y para el proceso de solución de problemas.
4. El número de personas en cada grupo no debe exceder de 10 miembros; los mejores grupos son los constituidos por 3 a 7 personas, seleccionadas dentro de todos los trabajadores, para que participen activamente. Lo idóneo es que el responsable del grupo no debe ser un dirigente, es preferible que sea un coordinador o facilitador elegido por el grupo y que se utilice la técnica o método interactivo.
5. En ocasiones se le asignan al círculo funciones que no le competen, por lo que sus actividades deben precisarse adecuadamente.

Funciones de los círculos de control de calidad:

1. Lo primero es el desarrollo del grupo.
2. Evaluar la situación actual y dar solución a problemas de calidad conocidos.
3. Identificar problemas de calidad.

4. Estudiar las causas de los problemas de calidad y proponer soluciones a los que orientan al círculo y a los directivos.
5. Escoger temas de investigación de la unidad en cuestión, sección o servicio o de toda la institución.
6. Programación de actividades del futuro y autoevaluación.

En la actualidad las actividades de los círculos de control de calidad se han constituido en una de las herramientas fundamentales de las cuales hacen uso las empresas de alta competitividad a los efectos de incrementar la participación y compromiso del personal, aumentar su autoestima y motivación, mejorar la calidad de vida laboral, mejorar los niveles de calidad, incrementar la productividad y reducir los costos.

Organización

Deben cumplir los requisitos del método interactivo, el cual se explica más adelante en este capítulo, y el primer paso es designar, por acuerdo y unanimidad del grupo, el facilitador o coordinador y el registrador.

Entre las funciones del facilitador o coordinador se encuentran las siguientes:

1. Elaboración del plan de implementación de los círculos e informar al responsable de la unidad organizativa de calidad (UOC) de la institución.
2. Asistir a las reuniones que sean citadas por la unidad organizativa.
3. Participar en las actividades de capacitación.
4. Programar las actividades de capacitación.
5. Informar, mensualmente, a la unidad organizativa de calidad de los resultados del círculo de control de calidad.

El registrador tiene las tareas siguientes: acompañar al facilitador en sus funciones y sobre todo ser la memoria de los acuerdos, registro, misiones del círculo, las conclusiones y opiniones del grupo.

Círculos de control de calidad en Cuba

Para ello se creó el Programa del perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios de Cuba sobre la base de los círculos de control de calidad. El programa lo define un grupo de trabajadores como parte de la dirección y del control de calidad de la institución.

Este círculo, según el programa cubano, se define de la forma siguiente: la célula esencial que controla la calidad a nivel de los servicios o departamentos, constituida por un grupo de trabajadores que de forma voluntaria se comprometen y entrenan para identificar y analizar problemas relacionados con la calidad en su escenario laboral, y de hacer propuestas de solución.

El grupo debe desarrollar un sentido de pertenencia y de identificación de problemas de calidad dentro de un mismo servicio o departamento, para

identificar sus causas y darle solución. Lleva a cabo, continuamente, mejoramiento dentro de la unidad organizativa, el desarrollo individual y colectivo que se preocupa, además, de las actividades de propuestas de solución de problemas, hacen esfuerzo en la capacitación de los trabajadores y profesionales en el campo de la calidad de la atención médica. El círculo de calidad emplea métodos y técnicas de control de calidad con la participación de todos los miembros lo que ocasiona un desarrollo de las capacidades humanas.

Las premisas del programa cubano son las siguientes:

1. La introducción de los círculos de calidad deben estar precedidos de la implantación de un programa de control de la calidad.
2. Son parte de la gestión de la calidad y sin un programa no podrán subsistir.
3. Los directivos deben ser los primeros en participar y promover los círculos, además de dar un apoyo sostenido en la capacitación.
4. La capacitación debe considerar las técnicas de control de calidad.
5. Identificación de problemas y de sus causas para su solución y eliminar las causas.
6. Análisis causal de los problemas, utilizando técnicas estadísticas básicas, para la solución de problemas.

Características del círculos de control de calidad:

1. El número de miembros de cada círculo no debe exceder de 9 trabajadores.
2. Dentro de los aspectos principales que se deben realizar se encuentran:
 - a) El desarrollo del grupo.
 - b) Evaluar la situación actual.
 - c) Proponer la solución a los problemas conocidos o identificados.
 - d) Seleccionar las investigaciones necesarias.
 - e) Diseñar proyecciones del futuro.
 - f) Autoevaluación.

Funciones:

1. Proponer soluciones a los problemas que influyen negativamente en la calidad de los procesos de la unidad organizativa.
2. Analizar el comportamiento de la adherencia a las guías de buenas prácticas clínicas en el servicio o departamento.
3. Monitorear las propuestas de soluciones realizadas a los problemas identificados, así como el desempeño de los indicadores de calidad de su área.
4. Mantener la información de forma periódica y oportuna a la unidad o jefe de unidad organizativa o servicio, con retroalimentación hacia los trabajadores.
5. Mantener vigilancia de la confiabilidad de los instrumentos de medición.
6. Favorecer la capacitación del grupo y de los trabajadores en materia del programa de calidad. Los supervisores deben recibir capacitación en habilidades de facilitación.
7. Los círculos de calidad deben ser considerados como un punto de partida para enfoques más participativos para utilizar en el futuro.

Factores que se han tener en cuenta y cómo superarlos

Entre los diversos problemas e inconvenientes más importantes que deben ser tenidos en consideración para implantar y dirigir los círculos de control de calidad se encuentran los siguientes:

1. Concepto equivocado de la alta gerencia acerca de lo que es un proceso de círculos de calidad.
2. Oposición del nivel gerencial medio y de la supervisión a la introducción de los círculos de calidad.
3. Capacitación deficiente.
4. Deseo de los círculos de calidad de convertirse en un imperio.
5. Imposibilidad de llevar a la práctica las propuestas de los círculos.
6. Imposibilidad de evaluar los resultados del proceso de los círculos de calidad.
7. Círculos de calidad que se alejan de la estructura básica.

Es factible superar exitosamente las barreras y aspectos sombríos que acechan la implementación del sistema de círculos de control de calidad, aplicando los cinco pasos siguientes:

1. Obtener el apoyo y el compromiso de la gerencia, y crear una oficina para los círculos de calidad, cuyo objetivo sea promover el proceso mediante toda la empresa.
2. Desarrollar una estrategia lógica para la formación de los círculos, basada en la perfecta comprensión de las dificultades y del objetivo a largo plazo: hacer que los círculos de calidad se conviertan en una parte permanente y autosostenida del proceso administrativo.
3. Fomentar dentro de la empresa los sistemas requeridos para dar apoyo al proceso de los círculos de calidad.
4. Preparar programas de capacitación para todos los trabajadores de la empresa.
5. Encargarse de todos los detalles, desde conseguir un salón de reuniones hasta codificar las reglas del proceso de los círculos de calidad.

Ishikawa considera que la esencia del control de calidad son los círculos de control de calidad.

Otros métodos de grupo

Existen otros métodos de grupo muy utilizados para aplicarlos en diferentes tareas, tomar acuerdos, llegar a consenso y en dar solución a diferentes problemas de calidad, por supuesto, participar en el control de calidad.

Se analizan algunas de las técnicas de grupo más utilizadas, que pueden ser empleadas en cualquier momento del proceso administrativo y del control de calidad.

Las técnicas de grupo o técnicas cualitativas, son ampliamente utilizadas en la actualidad por ser de fácil aplicación, y en la práctica se ha comprobado su gran utilidad y son aceptadas siempre que cumplan los requisitos.

Estas pueden ser utilizadas por diferentes grupos, como los focales y comunitarios, que no requieren de conocimientos previos, pero cuando se quiera ganar en profundidad se hace necesaria la participación de personas con experiencia en el tema que se ha de tratar y con conocimientos de otros procedimientos y métodos.

Se presentan las técnicas por grupos siguientes:

1. Generar ideas.
2. Lograr consenso.
3. Para reflejar y planear acciones.
4. Para reflejar y analizar datos.

Técnicas para generar ideas

Técnicas de tormentas de ideas

Técnicas para generar ideas, donde un grupo de personas exponen sus consideraciones sobre un problema específico a medida que les van surgiendo dichas ideas; cada miembro del grupo tiene la oportunidad de perfeccionarlas. La informalidad provoca una atmósfera de libertad y, además, asegura la participación de todos.

Todo comienza a partir de la propuesta del problema, que debe ser bien explicado por un facilitador para que sea comprendido por el grupo. El facilitador debe asegurar la participación de todos los participantes, así como estimular opiniones concretas y específicas para encontrar las respuestas al problema.

Existen dos variantes: la rueda libre, donde se exponen las ideas espontáneamente y un registrador las anota; y el *round-robin*, donde se pide la opinión por turnos, para que cada participante emita su criterio en cada vuelta, que luego se recopilan y organizan para su posterior empleo y análisis.

Técnica de escritura de ideas

Conocida también como método de la tira de papel o ficha índice, en que cada participante escribe sus ideas o respuestas en pequeños pedazos de papel que se pegan en pancartas, para después poderlas revisar.

En todas las técnicas la información recogida debe ser revisada, evaluada y agrupada; posteriormente se utilizan las técnicas de reducción de lista y priorización.

Técnicas para lograr consenso

Es un método interactivo o de interacción. Es una de las técnicas más utilizadas actualmente. Tiene como objetivo eliminar algunos de los inconvenientes de las reuniones tradicionales, como por ejemplo, reducir el tiempo de la reunión y lograr acuerdos por consenso con mayor éxito. Para alcanzar este

objetivo, además de cumplir con los requerimientos en la preparación, conducción y seguimiento adecuado de las reuniones, los miembros del grupo eligen un facilitador y un registrador, que aseguran la participación amplia de todos los involucrados y recogen la información para llegar a los acuerdos por consenso.

El facilitador es la persona que no está en la línea jerárquica y se le asigna la responsabilidad de asegurar la amplia participación de todos los miembros; conduce la reunión de manera que se aseguren los objetivos para arribar a decisiones por consenso: se alcanza una solución de ganar-ganar. Se dice que cuando las decisiones se toman por votación o el directivo lo hace independientemente, sin tener en cuenta otros criterios, siempre se pierde.

El facilitador es seleccionado por el grupo y debe conocer la técnica que se ha de utilizar. No evalúa ni aporta ideas, solo conduce la reunión con toda la autoridad y, excepcionalmente con previa aprobación, podrá participar luego de haber designado a otro facilitador.

El registrador o anotador recoge las incidencias y acuerdos como memoria del grupo. El dirigente debe participar como un miembro más, aunque resulta obvio que tiene posteriormente la posibilidad de tomar la decisión final, como máximo responsable de la institución.

Las funciones del grupo son:

1. Facilitador: árbitro y servidor del grupo, que hace cumplir las reglas del “juego”.
2. Registrador: miembro del grupo que anota todas las “jugadas” o acuerdos.
3. Participantes: miembros que deben encontrar soluciones de ganar-ganar.
4. Dirigente: responsable de la institución, que desempeña la función de participante.

Técnica de grupo nominal

Es muy utilizada en la identificación de problemas de servicios de salud, y para llegar a acuerdos combina las características de la tormenta, la escritura de ideas y la votación.

Se realiza con la división de los participantes en pequeños grupos. Resulta recomendable que los grupos sean de no más de siete personas para que exista una participación por igual, que debe ser asegurada por un facilitador seleccionado por el grupo, de manera que se puedan exponer todas las ideas y propuestas posibles. Los pasos son los siguientes:

1. Establecer el objetivo de la actividad; se aclaran con ejemplos los aportes que se buscan y se realiza una prueba piloto para alcanzar criterios uniformes.
2. Exponer la pregunta clave para alcanzar el objetivo que se persigue, por ejemplo, ¿cuáles son los problemas de calidad que afectan los servicios en la atención de una institución?
3. Pedir a cada participante que piense con cuidado y escriba en un papel sus respuestas o problemas. Debe recomendarse formular de 1 a 3 respuestas, aunque no con carácter obligatorio.

4. En la primera vuelta cada participante leer una sola respuesta. Al concluir la intervención de los siete integrantes del grupo, repetir la operación hasta terminar todas las propuestas. El facilitador u otro miembro asigna un número del 1 al 21 (si el grupo es de 7) a cada problema, y lo escribe en una matriz, en la línea vertical, en una pizarra o pancarta.
5. Se debe aclarar el significado de cada problema escrito.
6. Los problemas propuestos se someten a votación, con el objetivo de reducir su número. En este paso cada integrante del grupo selecciona 7 de los 21 problemas escritos; se le da un valor de 7 puntos al que considere de mayor importancia y se disminuyen los valores hasta 1 punto para el de menor importancia. Los valores atribuidos a los problemas se sitúan en una matriz: en la vertical aparecen los participantes y en la horizontal, los problemas. Al concluir se suman los puntos obtenidos por cada problema y se procede a organizarlos en un orden de mayor a menor, según la puntuación alcanzada.
7. El facilitador procede a examinar y analizar con el grupo el resultado de la votación según su importancia. Si se estima oportuno, se puede repetir la votación con el objetivo de seleccionar los 10 problemas fundamentales. Para esto, cada participante da un valor a cada respuesta entre 1 y 10 puntos; la operación se repite para seleccionar los 10 problemas de mayor interés.

Técnica de grupos focales

Conocida también como reuniones exploratorias para identificar y obtener información sobre lenguaje de destinatarios acerca de un programa o mensaje, de materiales de salud, de creencias y de percepciones de un problema de salud.

Al igual que las anteriores, se realiza en grupos pequeños. El moderador o facilitador deja que los entrevistados den sus opiniones de forma libre y espontánea y se va profundizando cada vez más, con el objetivo de obtener información útil para realizar pruebas previas antes de aplicarlas. También se pueden emplear en la interpretación de las investigaciones cuantitativas y comprender mejor los datos de encuestas a consumidores.

Se recomienda seleccionar a los participantes 2 o 3 semanas antes de la reunión, sin que estos conozcan previamente el tema. Los integrantes de estos grupos deben ser característicos del sector destinatario de los mensajes, y es mucho mejor agruparlos en varios subgrupos o estratificarlos, por ejemplo, en el caso de tratarse del hábito de fumar, separarlos en hombres y mujeres, jóvenes y adultos, raza, fumadores según cantidad de cigarros y otros.

El facilitador no tiene que ser un experto, pero sí contar con experiencia y ser capaz de manejar hábilmente al grupo.

Reducción de listado

Constituye un paso posterior, por ejemplo, a una tormenta de ideas y, como su nombre lo indica, el objetivo es reducir las ideas al mínimo posible. Por tanto, debe

cumplirse un primer paso de análisis de las ideas, hasta alcanzar una adecuada comprensión mediante la moderación del facilitador.

Para la reducción se recomienda utilizar filtros o criterios, los cuales deben cumplirse para que una idea se mantenga bajo consideración, por ejemplo:

1. ¿Se presta el aspecto o problema a ser resuelto por el grupo?
2. ¿Este se encuentra este bajo el control o influencia?
3. ¿Vale la pena resolverlo?
4. ¿Existen posibilidades de resolverlo?
5. ¿Es factible?
6. ¿Se poseen los recursos necesarios?

Estos criterios dan la posibilidad de hacer una votación que permita aprobar los puntos por mayoría simple. Los de menos votación se ponen entre corchetes para poder volver sobre ellos, si fuera necesario. Este paso puede ser repetido, si existe consenso. Para facilitar el análisis de la votación se puede utilizar una matriz: en la vertical se ponen los criterios o filtros y en la horizontal, los problemas o ideas.

Votación ponderada

Se utiliza, fundamentalmente, en la priorización de problemas, cuando es preciso seleccionar entre varias opciones. Para realizarla se hace una matriz o modelo cuadrículado que contemple en la vertical los participantes y en la horizontal las opciones o problemas que se han de priorizar para facilitar el consenso.

Para la votación, a cada participante se le asigna el número de votos que puede emitir, cuyo valor es igual a una vez y media el número de opciones. Si se analizan seis opciones o problemas, cada participante tiene nueve votos que distribuye en un papel por opciones.

Posteriormente, el facilitador solicita a cada participante la votación por opción, y la plasma en una pizarra o pancarta. Finalmente, se suman los votos para obtener los resultados *por opciones*, con el objetivo de conocer cuáles obtuvieron mayores preferencias.

Aunque este método no establece decisiones, sencillamente brinda una indagación para reafirmar las opiniones de cada uno y alcanzar un consenso.

Técnicas para reflejar y planear acciones

Es el método de los por qué; se aplica como técnica de grupo para analizar los problemas identificados y priorizados o probables y para precisar sus causas y sus múltiples factores. Para esto se requiere que los participantes tengan una determinada experiencia, de acuerdo con los problemas que se someten a análisis.

Para aplicarlo es necesario preguntarse muchas veces ¿por qué ocurre un determinado problema? De esta forma se profundiza para identificar el mayor

número posible de causas, hasta encontrar las respuestas más lógicas al fenómeno detectado. Se recomienda preguntar como mínimo cinco veces “¿por qué?”, aunque, por lo general, la respuesta se alcanza antes. A continuación se expone un ejemplo:

Problema: existen quejas por demoras para recibir tratamientos en consulta externa.

Pregunta 1: ¿por qué hay demora en decidir una conducta en consulta externa?

Respuesta: porque el médico tiene que citar varias veces para reconsultas, antes de orientar el tratamiento.

Pregunta 2: ¿por qué el médico cita varias veces para reconsulta?

Respuesta: porque recibe con demora la información sobre los resultados de las investigaciones de laboratorio.

Pregunta 3: ¿por qué los resultados del laboratorio demoran en llegar al médico?

Respuesta: porque hay una lista de espera para el turno y entrega de muestras.

Pregunta 4: ¿por qué hay una lista de espera para la entrega de turnos?

Respuesta: porque solamente se dan turnos limitados.

Pregunta 5: ¿por qué solamente se dan turnos de laboratorio limitados?

Respuesta: debe ser por la organización interna que tiene el servicio.

Esquema de Gantt

Surgió a fines del siglo XIX, Gantt pertenecía a la Escuela de Taylor, pero su propuesta se sigue utilizando y permite registrar la programación, actividades y acciones necesarias para cumplir o poner en práctica las tareas en el proceso de solución de problemas, y que está vigente (Ilizástigui, 2001).

Este esquema se aplica, generalmente, en el proceso de solución de problemas, que propuesto por el Elstein y sus colaboradores de la Universidad de Harvard, se parte del problema o problemas de salud para encontrar sus causas y proponer soluciones o un plan.

En el caso de los servicios de salud se completa estableciendo un plan de acción que incluye: la meta que se ha de alcanzar a largo plazo y, para un mediano plazo, el plan de acción que incluye: el objetivo que se ha de alcanzar a mediano plazo, las estrategias a cumplir y los recursos con que se cuentan.

En el esquema de Gantt lo adecuado es aplicarlo como un plan de trabajo o de ejecución, donde se responden 6 preguntas esenciales:

1. ¿Qué objetivo se ha de alcanzar?
2. ¿Cuándo y en qué fecha y tiempo?
3. ¿Quién es el responsable y otros participantes?
4. ¿Dónde y en qué lugar se desarrolla?
5. ¿Cómo, hacerlo?
6. ¿Por qué eliminar el problema?

Cada respuesta se plasma en una tabla por cada asunto o problema a resolver. Se estudiará el esquema de Gantt en el capítulo 7.

Diagrama de la técnica para la evaluación y revisión de programa

Por su sigla en inglés PERT significa técnica para la evaluación y revisión de programa. Se originó en la gestión de contratos de guerra, pero se aplicó a la administración y especialmente a programas de salud. Se utiliza cuando se trata de monitorear la puesta en práctica de un plan complejo o de gastos considerables.

Tiene como objetivo controlar el tiempo y los costos. Se elabora en forma de gráfico que muestra todas las actividades y sus interrelaciones o rutas, que se deben producir para que un proyecto sea terminado en el tiempo calculado. En cada actividad se señalan los gastos o costos, de manera que tanto el tiempo como el dinero sean controlados. Entre las diferentes rutas, la ruta crítica es la que refleja el tiempo mínimo requerido para completar el proyecto.

Diagrama de flujo

Se incluye dentro de las normas técnicas, operacionales o de proceso, como un procedimiento que se utiliza para planear acciones; tiene la propiedad de ayudar al esclarecimiento de cuáles son las tareas, o el orden en que se desglosa un proceso específico dentro de un sistema (Figs. 6.1 y 6.2).

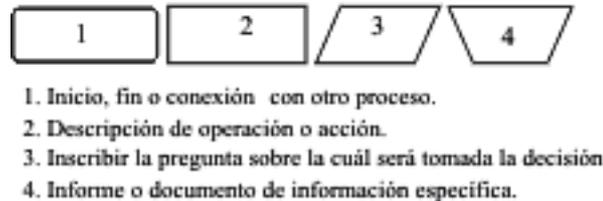


Fig. 6.1. Símbolos para caracterizar las actividades o acciones.

El diagrama de flujo muestra las entradas, puntos de decisiones y salidas de un proceso dado. Se puede elaborar de forma simple o con mayor complejidad y se utilizan símbolos unidos por líneas, las cuales deben ser las menos posibles, para demostrar cómo opera el proceso. Resulta, especialmente, útil para comprobar las contingencias y los planes de contingencia que pueden surgir durante la puesta en práctica de una solución propuesta.

Esta herramienta es propuesta por un grupo y existen muchas variantes para elaborarla. Se considera como una norma para los sistemas, que traduce la forma de trabajar la administración.



Fig. 6.2. Diagrama de flujo sobre referencia y contrarreferencia. Ejemplo hipotético.

Conclusiones

No hay dudas de que las organizaciones o instituciones en las cuales se obtienen buenos resultados y gran aceptación, uno de los aspectos más importante es la participación amplia de los trabajadores, y entre las formas de lograrlo son los círculos de calidad, las diferentes técnicas de trabajo de grupo, de sistemas de sugerencias y el denominado *empowerment* o empoderamiento que se alcanza con el respeto a los trabajadores, la delegación de autoridad, la gestión del conocimiento para el perfeccionamiento, en definitiva el enfoque humanístico de la administración y la motivación para lograr el sentimiento de pertenencia.

Kaoro Ishikawa plantea que los círculos de control de calidad son el alma de la calidad, ya que los trabajadores representan el factor protagónico y están en la primera línea, conocen los problemas y cómo deben darles solución.

El control de calidad es una tarea de gran magnitud, ya que debe realizarse en todos los niveles de cualquier sistema, y las técnicas y métodos de grupo en cualquier tarea son impredecibles. Por esta razón es importante señalar que, aunque se utilice los métodos menos complejos, esto no significa, en absoluto, comprometer la profundidad y calidad del propio control. Muchas veces se ha visto y escuchado que hasta los problemas de gran complejidad se resuelven por las vías más simples.

Los avances teóricos y prácticos del control de calidad han hecho posible que en la actualidad se entienda mucho mejor que el objetivo fundamental del control de calidad es identificar problemas de calidad, priorizarlos, encontrar las causas fundamentales o las pocas vitales que se estudian en el próximo capítulo y, entonces, aplicar el proceso de solución de problemas.

Se debe recordar que el diagnóstico y análisis causal puede realizarse por métodos simples como los métodos de trabajo de grupo, pero de ser conveniente se debe contar con personas de experiencia o posibilidades de ayuda y, por supuesto, también deben aplicarse los métodos estadísticos, que son de mayor complejidad, pero más efectivos. Sin identificar las causas de los problemas es imposible resolver problema alguno.

No se puede olvidar las técnicas (o herramientas) de Ishikawa universalmente reconocidas que se analizan en el capítulo 7.

Bibliografía

- ÁLVAREZ, A.S.; ÁLVAREZ, A.G. (2000): *Gerencia en salud*. MINSAP. La Habana. pp. 74-88.
- BONILLA, J. A. (1997): *Qualidade total na saúde*. Sec. de Saúde. Estado Minas Gerais. S P. Brasil. pp 29-37.
- Díaz, I.C. (1988): *El método de interacción*. CETD. Documento Universidad de La Habana, La Habana.
- ILISÁTIGUI, F. (2001): "El método clínico, muerte y resurrección". *Rev Cubana de Edc Med Sup*. pp 14-21.

- ISHIKAWA, K. (1994): *Introducción al control de calidad*. Díaz Santos, S. A, Madrid. pp. 116-47.
- _____ (1998): *¿Que es el control total de calidad? La modalidad japonesa*. Editorial Ciencias Sociales. La Habana. pp 40-60.
- Kume, I. (1993): *Métodos estadísticos para melhoria da qualidades*. Editora Gente S P Brasil. pp 29-37.
- LEFCOVICH, M. (2005): *Empresas tradicionales versus nuevas empresas competitivas*. www.degerencia.com.
- MINSAP (2007): *Programa de perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios Hospitalarios*. La Habana.
- OPS (1984): "Lecturas de comunicación social en salud". Documento Serie 11. Div. de Promoción y Prevención de Salud.
- RUELAS, B E. (1990): "Círculos de calidad como estrategia de un programa de calidad de la atención médica". *Rev. Salud Pública de México*; 32(2):208-21.
- S/A (2008): *Círculos del control de calidad*. http://www.Monografía_Com.Google.

Método estadístico y control de calidad moderno

Introducción

En los años 40 del siglo xx, al introducirse el método estadístico en el proceso de control de calidad, comenzó a denominarse “Control de calidad moderno” o también como control de datos o control estadístico.

Sin el análisis estadístico (diagnóstico y evaluación) las características del proceso, así como de los indicadores de sus resultados o de calidad, no se puede realizar un control eficaz debido, fundamentalmente, a la dispersión resultante de cualquier proceso.

La estadística se considera imprescindible para estudios de mayor precisión o de más profundidad, ya que junto con la informática brinda instrumentos que facilitan el acopio, selección, procesamiento, validación y análisis de un gran volumen de información, todo lo cual contribuye a la identificación de las posibles causas o factores involucrados en la producción o desarrollo de un determinado fenómeno, con la finalidad de establecer las acciones o estrategias para la solución de problemas.

Por consiguiente, en la investigación de la calidad de los servicios de la atención de salud es incuestionable la necesidad de aplicar el método estadístico que se ocupa de la recolección, organización y procesamiento de los datos y de la obtención de las inferencias en el campo de la salud.

La estadística se aplica en la medicina clínica para conocer los resultados del tratamiento, el empleo de procedimientos para la atención, el diagnóstico, los usos y economía de los medicamentos y otros. La atención de salud colectiva o con enfoque poblacional se emplea, además, para el estudio de las características del estado de salud de la población por sus variables dependientes y de sus variables independientes o determinantes o factores causales, es decir, condiciones de vida, y también la disponibilidad, universalidad y utilización de los recursos.

Lo más frecuente en la atención de los servicios de salud es que se utilicen estudios descriptivos o explicativos con datos de frecuencia en escala cualitativa;

sin embargo, en calidad se requiere hacer estudios de distribuciones en escala cuantitativa y, por supuesto, medidas de dispersión o variabilidad que posibilitan, por ejemplo, realizar el análisis para comprobar las hipótesis y determinar las causas fundamentales, conocidas como las “pocas vitales”, que tienen mayor impacto en los defectos o resultados.

Con mucha frecuencia, y quizás por falta de comprensión, algunos directivos no entienden el significado e importancia que tiene en el control de calidad la información presente en la variabilidad estadística. Por estas razones, se recomienda que aquellas personas que decidan implantar un programa de control de calidad deben aprender algunos de los métodos y técnicas de estadística; para mayor seguridad solicitar la colaboración de algún especialista o bioestadista.

Este capítulo trata del método estadístico de forma breve, con ejemplos dirigidos, fundamentalmente, a llamar la atención sobre su importancia, pero se recomienda al lector revisar la bibliografía especializada.

Variabilidad estadística, magnitud y naturaleza

Se puede considerar que, si las normas y procedimientos del proceso de atención de salud se comportan de forma adecuada o de manera uniforme, sus efectos en los resultados de estos servicios deben ser aceptables o conformes con lo esperado.

Lamentablemente, en la práctica no siempre ocurre así, ya que los resultados dependen de la interacción de múltiples factores que no se comportan todos, de manera adecuada, lo que ocasiona que algunos productos o resultados presenten defectos o incumplimientos en el servicio prestado. Por lo anterior, ante cualquier defecto o problema deben encontrarse las causas específicas en el proceso para que sean eliminadas o modificadas.

Las razones de la variabilidad en los resultados o características de calidad son universales y ocurren como consecuencia de las diferencias que experimentan los factores causales en los procesos, lo que se denomina “variabilidad estadística”.

Debe tenerse presente que las causas asociadas a la variabilidad de un proceso pueden ser múltiples, y es por ello que influyen en los efectos o resultados, los cuales presentan también una determinada variabilidad o dispersión. Por tanto, para lograr mejores análisis hay que guiarse por el concepto de distribución o variabilidad, que puede ser estudiado por medidas específicas como la desviación estándar y, mejor aún, utilizando la estratificación.

En el capítulo anterior se explica que las variables de verificación en el proceso, donde se encuentran el conjunto de factores causales que, por ser generalmente muy numerosos, se clasifican en 2 grupos:

1. Las pocas vitales, que son menos, pero afectan mucho los resultados o características de calidad.
2. Las muchas triviales, compuestas por múltiples factores causales, pero que afectan los resultados o características de calidad en menor grado.

A esta concepción se le denomina principio de Pareto, que se expone más adelante en este capítulo.

Es imprescindible tener presente que los malos resultados de un proceso o problemas de calidad pueden ser definitivamente erradicados cuando se conocen y eliminan los factores causales que los provocan, o al menos disminuirlos, si son controlados.

Suele ocurrir que algunos se conforman con una descripción elemental de frecuencias cualitativas o indicadores (razón, índice, proporción, porcentaje o tasas) o de los valores medios (promedio aritmético, mediana y la moda). De esa forma no se puede arribar a conclusiones para conocer las causas de los defectos y poder encontrarles solución.

Los valores medios de frecuencia cuantitativa son imprescindibles, pero insuficientes, por lo que resultan las informaciones necesarias sobre la variabilidad. Por todo lo expuesto se acepta el principio siguiente: si la variabilidad de los factores causales o defectos de cualquier proceso fuera reducida al mínimo, entonces la variabilidad en los resultados con deficiencia también disminuiría considerablemente, y en esto reside la importancia fundamental de su estudio con el empleo del método estadístico.

La variabilidad puede ser estudiada mediante dos enfoques diferentes: por su magnitud y por su naturaleza.

Magnitud de la variabilidad

Se explica con el ejemplo siguiente: si al analizar el número de atenciones de urgencia en dos instituciones de salud (A y B), ambas con un promedio de 500 casos por día y que cuentan con instalaciones, recursos y personal en condiciones similares, se observa que los datos de las atenciones diarias en el servicio A se encontraban entre 480 y 520 atenciones y en el servicio B entre 250 y 600. Se puede inferir que en A se trataba de un servicio estabilizado, con un empleo racional de los recursos y en B un servicio que implicaba subutilización de recursos de personal en cortos períodos y sobrecarga en otros, lo que debe provocar desconcierto e implica consecuencias no deseadas y pobre calidad.

Es importante señalar que para realizar este análisis los datos de una u otra institución tienen que ser comparables, de lo contrario se utilizan otros procedimientos.

Naturaleza de la variabilidad

La naturaleza de la variabilidad permite diferenciar las causas comunes de las especiales, aspecto de gran interés.

Según los estudios realizados por Deming, las causas comunes originan de 87 a 90 % de los problemas, lo que permite arribar a la conclusión de que las

mejorías en cualquier institución dependen, fundamentalmente, del cambio de políticas, de métodos y del comportamiento de la dirección o administración.

Se considera que la naturaleza de la variabilidad es un componente imprescindible en las perspectivas acerca de la prosperidad, sobrevivencia o perfeccionamiento de cualquiera organización humana.

Las causas comunes se pueden demarcar, son originadas por factores del sistema y conducen a problemas crónicos. Se considera que estas causas comunes conducen a problemas crónicos, pero son evitables por ser técnicamente factible la eliminación de estos factores que las provocan y que son: las variaciones de los recursos humanos y materiales, equipos y máquinas. En salud las diferencias en el proceso de la atención médica y la inspección o control se explican por las variaciones estadísticas.

No hay dudas de que si se duplica un turno de trabajo de una enfermera las posibilidades de cometer un error se incrementan notablemente y constituye una causa institucional.

Las causas especiales son aleatorias (ocasionales); se señala que se generan en el sector operacional o de los trabajadores, son inevitables y ocurren en cualquier proceso, aunque se utilicen los mismos factores causales del proceso.

De acuerdo con las particularidades de la atención médica el factor, el hombre, no puede ser olvidado, ya que el profesional de salud debe poseer la capacidad y competencias adecuadas, nivel científico debidamente actualizado y un comportamiento ético.

Otros autores plantean que las causas comunes no son factibles de ser eliminadas desde el punto de vista técnico y económico, para otros es un aspecto imprescindible.

En las siete herramientas o instrumentos de estadística recomendada por Kaoru Ishikawa, se explica cómo diferenciar las causas comunes de las especiales.

Diagnóstico, evaluación y capacidad del proceso

Diagnóstico

Se denomina diagnóstico del proceso al procedimiento mediante el cual se aplica el método estadístico para su estudio e identificar las innumerables causas comunes de variación de una característica de calidad en un proceso.

Para realizar el diagnóstico del proceso se parte del conocimiento de las características o indicadores de calidad en los resultados, con el objetivo de detectar si existen defectos o insatisfacciones y después ir a estudiar el proceso, con la finalidad de encontrar las causas o factores causales que lo originan y de ese modo poder dar solución a los problemas mediante la eliminación de las causas fundamentales, básicas o vitales.

Las incontables causas en el proceso pueden ser clasificadas en dos grupos, uno con cantidades pequeñas de causas que provocan grandes efectos, son las pocas vitales y otro grupo compuesto por múltiples causas que provocan efectos de pequeña intensidad que son las muchas triviales. Generalmente son pocas las causas o factores causales que origina defectos. Lo anterior es llamado el principio de Pareto.

El procedimiento mediante el cual se encuentran las causas de los defectos dentro de muchos factores, se llama diagnóstico del proceso.

Otro camino comienza por el proceso mismo para conocer si se cumplen o no las normas y procedimientos adecuados, con la finalidad de que los fallos o incumplimientos sean corregidos y actuar de manera preventiva, aunque una vez hechos los cambios, sus efectos deben ser comprobados posteriormente, para lo cual se debe conocer si se alcanzaron resultados positivos en las características de la calidad. Esto resulta importante para la formación.

No obstante, es muy importante aplicar un enfoque integral; para ello se estudian, sistemáticamente, los indicadores de resultados, los cuales miden la calidad de la atención (control selectivo) y se mantiene una vigilancia permanente sobre el proceso (control por excepción). Se puede comenzar por uno u otro, pero es lógico que sea a un mismo tiempo, pero ante la identificación de un problema de calidad hay que estudiar sus causas en el proceso para controlarlas o eliminarlas.

Realmente lo que se recomienda es mantener una verificación permanente sobre los diferentes procesos para detectar, eliminar o disminuir los fallos o incumplimientos, principalmente de los factores ya conocidos, que requieren un control frecuente. Estos factores o procesos se denominan puntos de verificación, como pudieran ser: incumplimientos en la continuidad de la atención, inadecuado lavado de manos, pobre calidad en el pase de visita, no realizar el diagnóstico de salud de la población o cualquier otro incumplimiento de las normas. Lo anterior permite poder actuar preventivamente y evitar defectos en los resultados, de lo contrario, sus consecuencias pueden ser muy costosas, especialmente en la atención de salud, donde los impactos pueden ser irreparables.

Evaluación

Significa conocer su capacidad, es decir, lo que el proceso es capaz de hacer o producir para cumplir con las características de calidad.

El estudio de la evaluación del proceso significa comparar los indicadores de calidad o expectativas, con lo que el proceso es capaz de hacer.

En este análisis se utilizan dos de las siete herramientas o instrumentos básicos para el control de calidad: el gráfico secuencial o de control para conocer si el proceso es estable, lo que significa bajo control, y el histograma para saber si es normal, para entonces estar en condiciones de poder determinar la capacidad del proceso, comprobando si cumple o no con las especificaciones, requisitos o características de calidad.

En el caso de que el proceso no fuera estable y, por tanto, se considere fuera de control, equivale a decir que existen causas comunes que deben ser eliminadas o controladas para mejorarlo.

Capacidad

Cuando el proceso es estable y normal, se puede realizar el estudio del índice de su capacidad, mediante el cual se trata de verificar si el proceso puede cumplir las especificaciones o los requisitos de calidad que se demandan. La capacidad puede ser estimada por la expresión siguiente:

$$C = PA \pm 3DE$$

Donde: PA, es el promedio aritmético y DE, la desviación estándar.

La capacidad de un proceso está comprendida en el intervalo igual a 6 DE que, de acuerdo con la teoría de la distribución normal, comprende 99,73 % de las observaciones de un aspecto o variable en una población.

De esta forma, la capacidad se puede clasificar del modo siguiente:

1. Verde (adecuada o buena), cuando es capaz de aceptar las expectativas o demandas, porque son menores que su capacidad.
2. Amarilla (dudosa o bastante satisfactoria), cuando se encuentra en los límites cercanos a los justos, pero siempre la demanda es menor.
3. Roja (inadecuada o mala), cuando el proceso no puede satisfacer los requisitos de los clientes porque su capacidad es menor que las demandas y, por ende, constituyen problemas.

La capacidad de un proceso indica el campo de variación inherente a su naturaleza o características. Se debe tener en cuenta que la capacidad tiene aquí un sentido diferente al empleado usualmente en otras comparaciones, donde a mayor capacidad resulta mejor, pero en la evaluación de procesos de calidad es lo contrario, será mejor cuando la capacidad esté más ajustada a los requisitos, ya que implica que el producto es homogéneo, con poca variabilidad.

Al considerar que en los resultados de este ejemplo el proceso no es estable ni normal, no es posible obtener el índice de capacidad.

Para obtener la capacidad del proceso se debe utilizar la estadística y en este caso se hace aplicando las herramientas de Ishikawa para el estudio del proceso.

Siete herramientas de Ishikawa

Kaoru Ishikawa recomendó asegurar que los datos concuerden con los hechos; para ello se emplean los métodos y técnicas de la estadística, con la finalidad de buscar la información, según los requerimientos y, además, el uso de las “siete herramientas para el control de calidad” que son las siguientes:

1. Hoja de recolección de datos y verificación.
2. Estratificación.

3. Gráfica secuencial o cuadro de control.
4. Histograma.
5. Diagrama de causa-efecto (no es un método estadístico).
6. Diagrama o cuadro de Pareto.
7. Diagrama de dispersión.

Según este autor, 95 % de los problemas de calidad se resuelven con la utilización de las siete herramientas. Por esta razón los japoneses las emplean ampliamente en la práctica y en la preparación de los directivos o gerentes de todos los niveles, e incluso, hasta del trabajador simple. Esto explica por qué en Japón el índice de utilización de estos métodos es el más alto del mundo. A los anteriores agrega otros más especializados:

1. Métodos intermedios: método de muestreo, inspección estadística por muestreo, métodos para realizar estimaciones y pruebas estadísticas.
2. Métodos de utilización de pruebas sensoriales y métodos de experimento.
3. Métodos de experimentos, análisis multivariado e investigación en servicios operacionales.

Estos últimos métodos presentan en su mayoría determinadas complejidades y en los casos donde no haya suficiente experiencia es recomendable buscar la asesoría de un especialista. En este libro se estudiarán brevemente los métodos del primer grupo, es decir, las siete herramientas.

Antes de aplicar estos instrumentos lo primero es definir: el tipo de problema a investigar, las variables, dimensiones e indicadores, el formulario y método de recolección, el lugar y el período a estudiar. Es necesario, además, tener en cuenta que al determinar el tamaño de la muestra se deben cumplir dos requisitos: margen de seguridad, el más aceptado es el de 95,0 %, y grado de precisión por el error de muestra de 5,0 %.

Aplicación de las siete herramientas o técnicas de Ishikawa

Las técnicas o herramientas de Ishikawa las aplicó el autor de este libro en un estudio en consulta externa en un hospital de Ciudad de La Habana, con la finalidad de conocer el grado de satisfacción de los pacientes, sus insatisfacciones y determinar sus causas aplicando el diagrama de causa-efecto y el de Pareto para conocer las causas “pocas vitales”, que fueron aplicadas para dar solución a los problemas con buenos resultados. Por tanto, se modificó positivamente la situación y los datos que aparecen en este capítulo son el resultado del estudio realizado.

A continuación se describen las técnicas y resultados donde se utilizaron los datos de la investigación.

Hoja de recolección de datos y verificación

La hoja de recolección de información constituye el primer paso de cualquier estudio y se obtiene a partir de fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias son aquellas de las cuales no se ha efectuado un resumen, documento o publicación; mientras que las secundarias se refieren a boletines, anuarios, tesis, monografías, libros u otras.

Para la recolección de datos se utilizan métodos y procedimientos fundamentales como la observación, el interrogatorio y las entrevistas, todo ello mediante formularios, cuestionarios o encuestas, entre los que se incluyen la hoja de recolección de datos o verificación.

Las hojas de recolección se elaboran según el problema, su finalidad u objetivos. Deben ser simples, confiables, fáciles de llenar o completar y que estén confeccionadas de forma tal que puedan ser utilizadas sin dificultad.

Después de la recolección de cada observación se resumen los datos en otra hoja, como la que aparece en la tabla 7.1, que es un ejemplo de una encuesta aplicada a los pacientes asistentes a consulta externa, para conocer su grado de satisfacción en una institución X.

En la tabla 7.1 se presentan los resultados del estudio de una muestra de 100 observaciones o entrevistas, con un total de 382 insatisfacciones, que representó 5,0 % del total de las consultas (7 640); el requisito o resultado esperado era de menos de 2,0 % de insatisfacciones. El promedio aritmético fue de 3,8, con una desviación estándar $\pm 2,4$. De cada encuesta se consideraron los señalamientos críticos más importantes, que aparecen en las tablas 7.2 de recolección y 7.3 de verificación de datos.

Tabla 7.1. Hoja de resumen de insatisfacciones

Pacientes en consulta externa en una institución X durante 100 días											
Intervalo de observaciones											Sumatoria de las insatisfacciones
1-10	1	2	3	4	5	6	4	3	5	4	37
11-20	4	4	2	3	5	5	6	5	5	4	41
21-30	3	3	4	4	5	2	3	4	5	6	39
31-40	3	4	4	5	3	4	4	4	2	5	38
41-50	5	3	3	2	5	2	3	4	4	2	33
51-60	2	4	5	5	3	4	5	3	4	4	39
61-70	2	2	4	5	5	3	2	4	5	4	36
71-80	4	4	3	5	2	4	6	3	4	4	39
81-90	4	4	4	3	5	6	2	3	4	4	37
91-100	4	2	3	4	4	5	5	7	3	6	43
	32	32	35	40	42	39	39	42	39	41	382

Fuente: resultado de la investigación del los pacientes en consulta externa en una institución X durante 100 días.

La hoja de verificación se utiliza para registrar con qué frecuencia se produce un hecho durante un período determinado. Por lo general, la información se recoge a medida que los hechos ocurren y es menos frecuente que se realice posteriormente. Los datos deben ser, cuidadosamente, anotados para su análisis, de modo que permitan identificar cuál es el problema. Dichos datos pueden ser: las veces que algo sucede, el tiempo que demora en realizarse una operación y su costo, la frecuencia de la ocurrencia según su origen y el efecto o impacto de una acción en un lapso de tiempo. Se preparan hojas de verificación para la distribución de defectos en los resultados y también para las causas.

Estratificación

Cuando los valores observados se dividen en dos o más subpoblaciones o grupos, conforme a las existentes en la hoja de datos, se les denomina estratos y a la operación, estratificación, sin la cual no se podrá hacer un verdadero análisis de la variabilidad.

Toda hoja de verificación implica una estratificación, es decir, la separación de los datos originales por grupos, para un análisis acertado de la información recogida. Es necesario que se determinen con mucho cuidado todos los aspectos que se requieran, para no perder información necesaria. El número de clases no debe ser menor que 5 ni mayor que 15 y su amplitud, que es la diferencia entre los límites de clase, debe ser un número simple.

A continuación se ofrecen algunos criterios para estratificar datos:

1. Por tiempo: hora, día de la semana o mes, estación climática y otros.
2. Por local: sector, sección, área, lugar, organización y unidad organizativa.
3. Por tipo: enfermedad, sexo, grupo de edad y nivel económico o cultural.
4. Por síntomas: defectos, pérdidas, atrasos, errores y fallos.
5. Por factores: equipo de trabajo, turnos e instrumentos de medida.

En la hoja de verificación, tabla 7.2 se muestra ejemplo para estudiar los defectos en las características de calidad, sobre la base de los datos que aparecen en la tabla 7.1, para utilizar las frecuencias en el histograma.

La tabla 7.3 relativa a la verificación de insatisfacciones y la tabla 7.4 para conocer los tipos de causas de insatisfacciones: si absoluta, acumulada, relativa, y porcentajes de acumulada que se utilizan para el diagrama de Pareto, como también se requiere aplicar el diagrama de causa-efecto de Ishikawa en la figura 7.1.

Gráfica secuencial o cuadro de control

Se acota anteriormente que por el gráfico secuencial se conoce la estabilidad del proceso y por el histograma su normalidad. Esto posibilita estudiar la capacidad del proceso, es decir, en qué medida este es capaz de cumplir con las especificaciones o requisitos de calidad.

Tabla 7.2. Hoja de verificación y estratificación de insatisfacciones de la población en consulta externa, sobre la base de los datos

Clase	Intervalo de clase	Punto medio	Verificación, frecuencias	Frecuencia absoluta
1	0,5 a 1,4	1	I	01
2	1,5 a 2,4	2	IIII IIII IIII	15
3	2,5 a 3,4	3	IIII IIII IIII IIII	20
4	3,5 a 4,4	4	IIII IIII IIII IIII IIII IIII IIII I	36
5	4,5 a 5,4	5	III IIII IIII IIII II	22
6	5,5 a 6,4	6	IIIII	5
7	6,5 a 7,4	7	I	1
Total				100

Tabla 7.3. Hoja de verificación y estratificación de las causas de las insatisfacciones en consulta externa

Tipo de causa	Verificación de insatisfacciones	Subtotal
A. Pérdidas de documentos	IIII IIII IIII	15
B. Demora en el proceso de atención	IIII IIII IIII IIII IIII...IIII IIII	185
C. Pobre comunicación e información	IIII IIII IIII IIII.....IIII	58
D. Orientaciones muy deficientes	IIII IIII IIII IIII IIII.....IIII	76
E. Problemas de higiene y comodidad	IIII IIII IIII IIII IIII IIII	30
F. Otros	IIII IIII IIII III	18
Total		382

Tabla 7.4. Hoja de verificación de las causas de insatisfacciones en consulta externa (para utilizar en el diagrama de Pareto)

Tipo de causa	Frecuencia absoluta	Frecuencia acumulada	Frecuencia relativa (%)	Frecuencia acumulada (%)
A. Pérdida de documentos	185	185	48,4	0
B. Demora en el proceso de atención	76	261	19,9	68,3
C. Orientaciones muy deficientes	58	319	15,2	83,5
D. Pobre comunicación, información	30	349	7,8	91,3
E. Problemas de higiene y comodidad	15	364	4,0	95,3
F. Otros	18	382	4,7	100,0

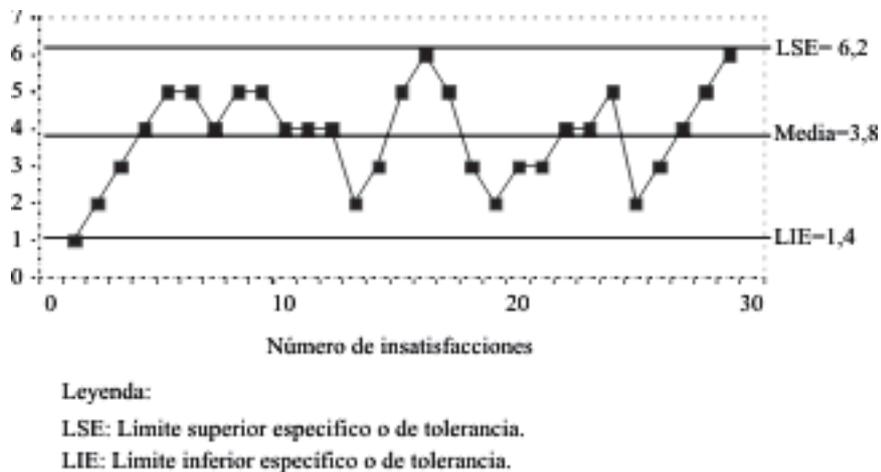


Fig. 7.1. Gráfico secuencial o de control con los datos de insatisfacción en consulta externa.

El gráfico secuencial fue originalmente propuesto por W. A. Shewart en 1924 (Daniel, 1991), con la intención de conocer la estabilidad del proceso, lo que significa que está bajo control; de lo contrario, es considerado fuera de control, ya que existe gran variabilidad y los puntos que se marcan en el gráfico presentan una tendencia particular o están por encima de los límites de control. Cuando esto último sucede se dice que están actuando causas comunes que pueden y deben ser eliminadas, mientras que las causas especiales o aleatorias, originadas por los trabajadores, son inevitables y en general no son factibles de solución desde el punto de vista técnico y económico.

¿Cómo construir el gráfico secuencial? El primer paso para elaborar el gráfico es recoger los datos y elaborar una tabla con las observaciones. Existen diferentes tipos de gráficos para valores continuos o valores discretos, como los que se presentan en la tabla 7.1, que miden los efectos o resultados. Se recomienda disponer, al menos, de 100 observaciones.

El gráfico se construye con un eje horizontal o abscisa, donde se señala el orden temporal, y un eje vertical izquierdo, donde se presentan los valores o frecuencias correspondientes a la variable específica (en el ejemplo quejas de insatisfacción). A la derecha se expone el promedio aritmético o la mediana para las variables continuas y la desviación estándar (DE), la cual es una medida para el estudio de la dispersión, cuya utilización es básica en el análisis de la información, debido a sus propiedades matemáticas en la distribución normal.

Se trazan 3 rectas horizontales: una que marca la del promedio aritmético y otras dos con las ± 3 DE encima o debajo del promedio aritmético, que son los límites de tolerancia superior e inferior y representan la capacidad de respuesta del proceso.

Para facilitar el ejemplo de un gráfico se toman los primeros 30 resultados de las encuestas de las 100 observaciones de la tabla 7.1.

En la coordenada o vertical izquierda se señalan los valores correspondientes al número de insatisfacciones en cada una de las observaciones. A la derecha del gráfico, a nivel de la línea central, se expone el promedio aritmético, que resultó ser 3,8 y encima y debajo la $\pm 3DE$. La desviación estándar fue de 1,4, por tanto, su límite superior fue de 6,2 y el límite inferior 2,4. Se debe añadir lugar, fecha y período de estudio. En la abscisa se coloca el orden temporal de las observaciones.

En el gráfico se marcan con un punto los diferentes valores o la frecuencia del problema: se comienza por el primer resultado en el orden temporal, hasta el último, que en el ejemplo es de 30, y se unen los distintos puntos.

¿Cómo interpretar un gráfico de control? Un proceso se considera estable cuando está bajo control, considerándose como tal que los valores observados en el gráfico estuvieren dentro de los límites de tolerancia ($\pm 3DE$), es decir, entre las dos líneas de las desviaciones estándar (o límites de tolerancia) y, además, los datos presentados en el gráfico secuencial oscilan de forma razonable encima y debajo de la media, sin otra tendencia particular.

El proceso se considera inestable o fuera de control cuando los valores o puntos están fuera de los límites de tolerancia y/o los datos de las frecuencias se presentan de forma irregular, situación que se explica por estar incidiendo causas comunes que, como se ha referido, son debidas al sistema y de posible solución.

Los tres criterios principales para determinar la inestabilidad del proceso son los siguientes:

1. Tener puntos aislados fuera de los límites específicos definidos por el valor $\pm 3DE$.
2. Tener siete o más puntos consecutivos, tanto encima como debajo de la media.
3. Tener seis o más puntos sucesivos, ascendentes o descendentes.

Según el gráfico de control de la figura 7.1 que presenta otro caso donde puede concluirse que el proceso no es estable, está fuera de control, ya que los puntos presentan una tendencia particular por tener varios puntos ascendentes sucesivos, uno en los límites de seguridad y, sobre todo, nueve puntos consecutivos encima de la línea central. Esto significa que existen causas comunes que inciden en el incumplimiento del requisito de calidad establecido, lo que requiere ser analizado para darle solución.

Histograma

Se conforma a partir de datos con una frecuencia en escala cuantitativa continua, que posibilita una mejor percepción de la información contenida en una tabla de frecuencia, especialmente cuando existen muchos datos, debido al tamaño de la muestra.

El gráfico es un diagrama de barras que representa la distribución de frecuencias de una muestra para verificar el comportamiento de un proceso sobre la base de las características de calidad.

¿Cómo se construye el histograma? El histograma se construye con un eje horizontal o abscisa (X), donde se señalan los límites o amplitud de las clases específicas (interna de clases), y un eje vertical izquierdo u ordenada (Y), donde se anotan las frecuencias absolutas; además, se puede agregar una línea vertical a la derecha con las frecuencias relativas o porcentajes. Se diseñan las barras o rectángulos en la horizontal, teniendo como base los límites de clase y para la altura, las frecuencias absolutas.

Para confeccionar el histograma se obtienen de la tabla de frecuencia los datos con los límites de clases, el punto medio y la verificación de ocurrencias o frecuencias absolutas y relativas (según la tabla 7.2).

También se recomienda trazar dentro del gráfico los límites inferior y superior de tolerancia, especificaciones o control, según la desviación estándar.

¿Cómo interpretar el histograma? El histograma se utiliza para definir si el proceso es normal o no y en caso de que sea normal y estable, poder medir su capacidad.

El gráfico debe incluir una línea que represente la media y los límites de la especificación o límites de tolerancia ($\pm 3DE$) para valorar la variación.

De acuerdo con su distribución, existen siete formas típicas de gráficos. El tipo general es simétrico o normal, en forma de campana; la frecuencia más alta está situada en el valor medio de la amplitud de los datos y decrece hacia los extremos, además, se encuentra holgadamente dentro de los límites de tolerancia y todo lo que requiere el proceso es mantener la actual situación. Existe un segundo tipo donde el gráfico se encuentra justamente dentro de las líneas de especificación y no existe ningún margen, lo que requiere reducir un tanto el grado de variación. Los restantes tipos son aplanados, se alejan mucho más de los límites de tolerancia y requieren de acciones más fuertes (se debe consultar la literatura especializada).

En el caso del ejemplo de insatisfacciones en consulta externa (Figs. 7.2 y 7.3), el histograma sale ligeramente fuera de las especificaciones o límites de tolerancia y, por tanto, no es normal; en este caso es imprescindible realizar acciones para disminuir la variación.

Diagrama de causa-efecto o de Ishikawa

Este diagrama fue propuesto por Kaoru Ishikawa en 1953, para analizar y relacionar el no cumplimiento de una característica de calidad, efecto o problema, con sus factores causales; su utilización fue recomendada para los círculos de calidad.

Posibilita determinar las múltiples causas, así como los factores primarios y secundarios y su posterior simplificación para definir cuáles son los más importantes o probables, que serán objeto de las acciones para su corrección.

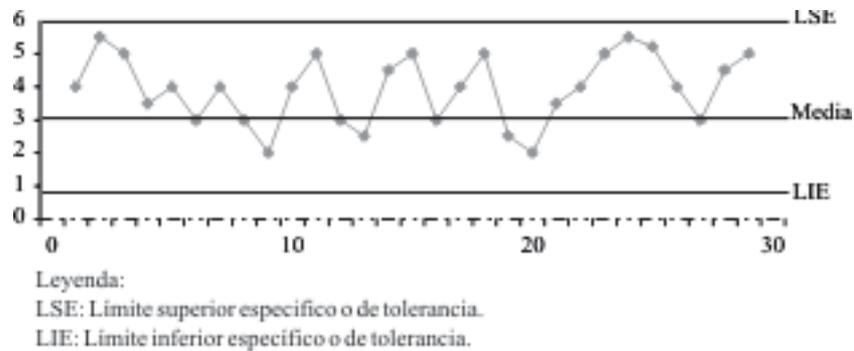


Fig. 7.2. Gráfico de control bajo control (ejemplo de Kume).

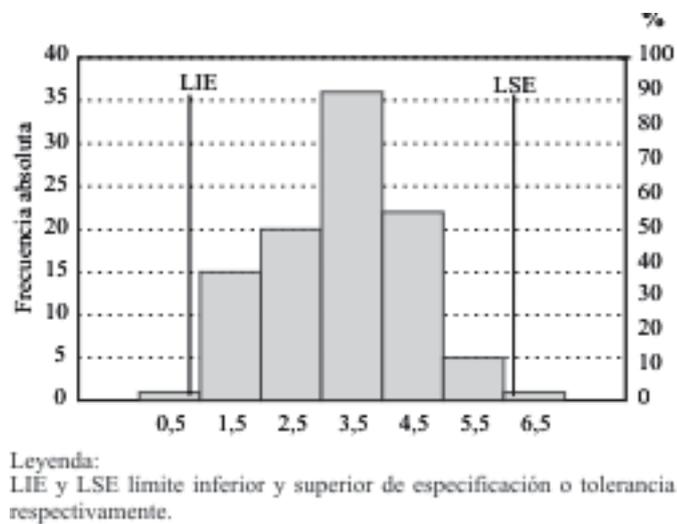


Fig. 7.3. Histograma sobre la base de los datos de la Tabla 7.2.

El diagrama causa-efecto, que por su forma se conoce como “espina de pescado”, se realiza aplicando las técnicas de grupo, respetando sus reglas. Resulta más complejo y rico que el método de los por qué mencionado en el capítulo 4, por lo que requiere de una amplia participación de los que están vinculados al problema, sin olvidar elementos claves con alguna experiencia en el problema y determinada información.

¿Cómo construir un diagrama de causa-efecto? Mediante el trabajo del grupo se construye una figura que se divide por una línea horizontal en dos analiza; encima y debajo se destacan las líneas inclinadas hacia arriba o hacia abajo con las causas primarias que se han ido identificando mediante la pregunta ¿por qué ocurre? el problema. Después, cada una las causas primarias

se desdoblan en líneas horizontales y, en estas, los diferentes factores causales secundarios y, de ser preciso, los terciarios (Fig.7.4).



Fig. 7.4. Diagrama de causa-efecto de insatisfacción en consulta externa.

Diagrama de causa-efecto:

1. Determinar el problema y cumplir los pasos del análisis con técnicas de grupo.
2. Definir las características de calidad del problema en cuestión y exponerlas en la parte derecha de la figura, al final de la línea o espina central. En las espinas grandes, encima y debajo de la línea central, escriba las causas primarias.
3. En las líneas de las causas primarias se agregan los factores o causas secundarias y en estas las terciarias, que afectan las secundarias. El estudio deben ser exhaustivo; el número de factores debe ser el mayor posible y aparecer todos en el diagrama.
4. Tanto las características o requisitos de la calidad real, como sus causas, deben ser propuestas y analizadas por el grupo de manera abierta y directa. Conocidos todos los factores causales, se definen los importantes o causas fundamentales y se interrelacionan avanzando desde las “espinas” pequeñas hacia las “espinas” medias y grandes.
5. Para reducir los factores se utilizan como criterios básicos la experiencia del grupo y, además, la valoración de los datos recogidos en el proceso de observación.

Es recomendable comparar el diagrama de causa-efecto con un diagrama de Pareto, que posibilita evaluar los resultados una vez eliminados los factores causales.

Otra recomendación se refiere a que en el seguimiento de un diagrama pueden ocurrir cambios o variaciones en las características de calidad, lo que necesariamente responde a una variación de los factores causales y, por tanto, estos deben ser analizados de nuevo.

Al igual que ocurre en otros fenómenos con la relación causa-efecto, también en el control de calidad los problemas tienen un origen multifactorial. Por esta razón es necesario priorizar el total de causas en el menor número posible; para ello se facilita el análisis con la finalidad de mantener solamente las fundamentales, que tienen un mayor impacto en los efectos, sobre las que hay que actuar para su control o eliminación.

Intente mejorar cada vez el diagrama de causa-efecto y, de ser posible, combínelo con otros métodos, ya sea el diagrama de Pareto u otro.

Se expone un ejemplo de diagrama de causa-efecto en relación con las insatisfacciones en consulta externa, pero analizándolo según los cinco aspectos o factores que se propuso para estudiar en el proceso: factores de la atención de salud, de los recursos humanos, entorno, recursos materiales y financieros, y métodos de trabajo y control.

¿Cómo interpretar el diagrama de causa-efecto? Al concluir la identificación de todos los factores causales, es necesario que el grupo pase a un segundo momento: analizar cuáles son los factores fundamentales, vitales y más específicos que influyen mayormente sobre el incumplimiento de la característica de calidad estudiada, con la finalidad de facilitar el análisis y decidir las acciones que se deben realizar para eliminar los factores causales del problema.

Diagrama de Pareto

Pareto fue un economista italiano que presentó en 1897 una fórmula para estudiar la distribución de la renta en la población y demostró que era desigual. Otro economista norteamericano, M.C. Lorenz, propuso en 1907 una teoría similar (Kume, 1993 y Ramos, 1982).

A mediados del siglo xx, J. M. Juran aplicó el gráfico para clasificar las causas de los problemas de calidad y demostró que en muchos casos la mayor parte de los defectos y sus costos se debe a un número pequeño de causas, a las que llamó, las pocas vitales y otras en mayor número, las muchas triviales, que son las que solo producen defectos de poca intensidad o importancia. A esta concepción se le denominó principio de Pareto.

El diagrama de Pareto es un gráfico de barras que ordena las ocurrencias de mayor a menor para destacar las más importantes y priorizar la toma de decisiones.

¿Cómo construir un diagrama de Pareto? Una vez decidido el problema que se va a estudiar, la muestra, el período, recolectados los datos necesarios y clasificada la información (Fig. 7.5), se debe proceder del modo siguiente:

1. Crear una hoja de verificación y hacer una lista con los acápite de causas y espacios para registrar los datos y totales. Preparar una planilla para anotar la frecuencia absoluta y acumulada de cada acápite, en orden decreciente, los totales, y los datos de frecuencia relativa y acumulada, como en la tabla 7.4.
2. Trazar un eje horizontal dividido en un número de intervalos igual al número de causas o efectos de la clasificación. Se debe evitar que el acápite "otros" no represente un porcentaje alto.
3. Trazar dos ejes verticales: el del lado izquierdo con una escala de las frecuencias absolutas de 0 hasta el valor total general y del lado derecho con una escala de frecuencia acumulada de 0 hasta 100 %.
4. Construir las barras del diagrama.
5. Diseñar una curva acumulada o curva de Pareto y marque los valores acumulados desde la mayor frecuencia hacia el lado derecho, según los respectivos intervalos, hasta 100 %.

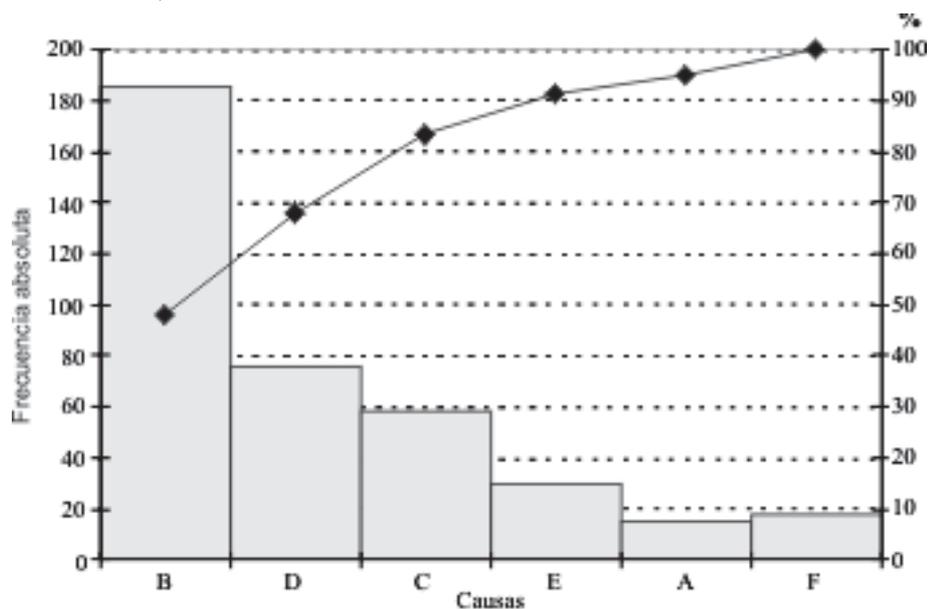


Fig. 7.5. Diagrama de Pareto de causa de insatisfacción sobre la base de los datos de la tabla 7.4.

¿Cómo interpretar el diagrama de Pareto? En un diagrama de Pareto se trata de precisar cuáles son las causas fundamentales (pocas vitales), que ayuden en la toma de decisiones para priorizar cuáles serán eliminadas. En el diagrama de Pareto elaborado según los datos de la tabla 7.4, se aprecia que, si las tres primeras causas son corregidas, se resolvería 83,5 % de los problemas, aunque se

recomienda tener en cuenta los factores causales de solución simple, para que también sean eliminados.

El diagrama de Pareto se puede emplear para estudiar las causas y los efectos, e incluso para utilizar diagramas más complejos empleando, por ejemplo, la estratificación. Además, el diagrama de Pareto puede servir de ayuda para priorizar las causas de un problema y para compararlo con un diagrama de causa-efecto.

Diagrama de dispersión o correlación

Los diagramas de dispersión o correlación son muy utilizados y consisten en gráficos con límites de tolerancia que permiten estudiar la relación entre dos variables para verificar si existe relación entre ellas. Estas dos variables pueden ser:

1. Una característica de calidad y un factor causal en el proceso que la afecta.
2. Dos características de calidad que se relacionan.
3. Dos factores causales que se relacionan con una misma característica.

El primer paso para realizar el estudio con la información obtenida, es recopilar los datos de los dos factores que se han de considerar, elaborar un conjunto de pares de datos y construir un diagrama cartesiano para valorar si existe o no correlación.

Los diagramas y análisis correspondientes no constituyen el propósito de este libro, por lo que se recomienda la asesoría de un especialista o revisar la literatura especializada.

Para determinar la influencia entre una y otra variables y conocer la relación causa-efecto de dos o más variables, se utilizan también las tablas de contingencias, según la regla de Zeizel, empleadas en los problemas de salud para el riesgo relativo, atribuible al factor etiológico del riesgo.

Estudio de los resultados como producto del proceso

Los resultados como producto de un proceso, en este caso el de atención médica, se estudian por indicadores y que cada vez más se le hace mayor énfasis, así el interés por estudiarlos se ha generalizado, incluyendo en el sistema de salud.

Un indicador se utiliza para medir o describir un fenómeno dado o los elementos que lo caracterizan, con propósitos descriptivos o de comparación.

El indicador mide una variable, en este caso variable dependiente, que es el caso de los resultados y que a su vez parte de una dimensión y resume el resultado. Se considera como el conjunto de rasgos perceptibles que hacen posible una referencia empírica a la presencia del concepto de variable.

Es decir, los indicadores son la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización o de una de sus partes, cuya magnitud, al ser

comparada con algún nivel de referencia, puede estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas, según el caso.

Estos son esenciales para medir los resultados o del desempeño de los servicios de salud y al obtenerlos pueden ser evaluados o comparados con los requisitos establecidos, como elemento fundamental para el control de la calidad.

El enfoque tradicional de medir calidad por la estructura se ha modificado, en la actualidad se hace mayor hincapié por los resultados de la atención médica y también por indicadores de desempeño como importante indicador de resultados.

En segundo lugar la relación causa-efecto, entre el proceso de atención y sus resultados depende de la interacción de otros factores como la mezcla de casos y la gravedad de la enfermedad, como el *case mix* o mezcla de casos, caso por causa es decir todas las veces que el hecho ocurra y que se pudiera clasificar por algunos como evento centinela, por ejemplo: mortalidad infantil y mortalidad poscesárea.

De acuerdo con la gravedad de la enfermedad en salas de atención al grave se han agregado otras clasificaciones que pueden caracterizar las diferencias entre los pacientes, su estado de gravedad y uso de recursos que debería dar lugar a grupos de pacientes diferentes en diagnóstico (*case mix*) pero homogéneas en consumo de recursos, llamado índice de Horn. Se agregan otros como el Apache y el índice de Salemi.

Los requisitos para la construcción de indicadores son:

1. Validez: significa que en realidad mide lo que se pretende.
2. Confiabilidad: grado en que las aplicaciones repetidas producen los mismos resultados.
3. Sensibilidad: significa que el indicador refleja los cambios que ocurren.
4. Especificidad: mide solamente los cambios que tienen que ver con el fenómeno en cuestión.
5. Ser sumamente exacto, preciso y fácilmente obtenible.

Su construcción o formulación debe incluir los aspectos siguientes: lugar, tiempo, población objetivo, cantidad, calidad y unidad de medida.

El número de indicadores puede ser infinito y deben ser construidos según lo normado en cada institución, de acuerdo con sus características, los problemas de calidad que se han de resolver y sus variables. Se mencionan algunos a modo de ejemplo:

Los indicadores de resultados pueden ser: un número, una razón o índice, una proporción o porcentaje y una tasa (también se miden por indicadores de desempeño). A continuación se exponen algunas propuestas de ejemplos:

Ejemplo 1:

Variable: grado de satisfacción de la población.

Dimensión: tiempo de espera en consulta de urgencia.

Indicador: porcentaje de casos en estado no crítico, con más de 15 min de espera, en servicio de urgencia en el centro de salud X.

Requisito: tiempo de espera máximo de 15 min, en no más de 2 % de los casos.

Ejemplo 2:

Variable: mortalidad.

Dimensión: mortalidad infantil.

Indicador: tasa de mortalidad infantil en menores de 1 año por mil nacidos vivos, en el territorio-población del área de salud X.

Requisito: siete fallecidos menores de 1 año por cada 1 000 nacidos vivos.

Ejemplo 3:

Variable: letalidad.

Dimensión: porcentaje de fallecidos por infarto agudo del miocardio (IAM).

Indicador: número de fallecidos por IAM del total de casos ingresados.

Requisito: menos de 15,0 % de fallecidos.

Ejemplo 4:

Variable: intervenciones quirúrgicas.

Dimensión: operaciones quirúrgicas injustificadas.

Indicador: porcentaje de operaciones injustificadas en casos no urgentes de cirugía general, en el hospital X.

Requisito: operaciones injustificadas por debajo de 2 %.

Como puede apreciarse se otorga una alta valoración, tanto al indicador que mide la variable o dimensión, como el resultado alcanzado, lo que permite compararlo o evaluarlo con el objetivo propuesto o requisito de calidad que se acordó, sin lo cual no hay control de calidad, ni posibilidad de mejoría.

Los indicadores de desempeño son utilizados por diferentes autores y, como su nombre indica, resulta de valorar o conocer qué porcentaje de lo propuesto fue cumplido; se usa mucho en la producción material, pero también en los servicios, por ejemplo: el objetivo es disminuir la letalidad del infarto agudo del miocardio de 15 a 20 %.

Conclusiones

Estos indicadores miden el producto de los procesos de atención, es decir su calidad para evaluarlos o compararlos con los objetivos o características acordados o esperados.

1. Porcentaje del grado de satisfacción de pacientes y familiares, de quejas y demandas.
2. Porcentaje del grado de satisfacción de los trabajadores.
3. Porcentajes de reingreso, reintervenciones quirúrgicas y sus causas.
4. Porcentaje de operaciones injustificadas o exageradas y complicaciones anestésicas graves.
5. Porcentaje de eventos adversos de la atención médica producidos por error médico, de equipos médicos, medicamentos, postransfusionales y otros (Resolución No. 218/2000 del Ministro de Salud Pública).

6. Tasa de infecciones intrahospitalaria, por tipo, global y por servicio.
7. Número de brote de infección, global y por servicio.
8. Letalidad de la infección intrahospitalaria, según tipo, global y por servicio.
9. Porcentaje de mortalidad bruta y neta y por servicio.
10. Mortalidad por infección intrahospitalaria, según tipo, global y por servicio.
11. Mortalidad materna.
12. Mortalidad infantil, fetal tardía y neonatal precoz.
13. Mortalidad perioperatoria y anestésica.
14. Letalidad por diferentes enfermedades: crónicas: infarto agudo del miocardio, accidente vascular encefálico, asma, diabetes.
15. Índice de necropsia.
16. Correlación diagnóstica clínico-patológica y por servicio.
17. Porcentaje de fallecidos con deficiencias detectadas en el diagnóstico, evolución, conducta o tratamiento.
18. Indicadores de utilización de la cama: promedio estadía, intervalo de sustitución, índice ocupacional y rotación.
19. Costo día-paciente, días-camas, costo de egreso y por consulta.
20. Otros.

Comentario. Es incuestionable la importancia de los métodos estadísticos, tanto para el control de calidad como para cualquier otra investigación. Estos métodos presentan sus complejidades y requieren de mucha dedicación, así como de la asesoría de un especialista.

Los análisis pueden realizarse mediante métodos más simples, pero no debe renunciarse, en principio, a la posibilidad de utilizar la estadística por su utilidad en el perfeccionamiento de la calidad y del propio proceso de control de calidad; además, en el análisis para la confirmación de las interrogantes e hipótesis con más precisión.

Las siete herramientas de Ishikawa para el estudio del proceso son imprescindibles para poder determinar las causas fundamentales y, sobre todo, diferenciarlas y determinar las *pocas vitales* que deben ser las de mayor atención.

Esto permite establecer las estrategias y posibles soluciones a los problemas de calidad identificados y priorizados, de modo que, en cualquier lugar, se deben hacer esfuerzos por encontrar la ayuda necesaria cuando no existan posibilidades locales.

Debe considerarse que se impone introducir el método estadístico en los cursos que se brindan en este campo, especialmente en la atención de salud, ya que una pobre calidad en los servicios de salud cobra un altísimo precio. Sin estadísticas no hay control de calidad moderno.

El control de calidad también se puede enriquecer de manera simple, al alcance de cualquier especialista o interesado, mediante el método y las técnicas de grupos, que son aplicables a cada uno de los pasos del proceso del control de calidad y ampliamente aceptados, siempre que se cumplan las reglas o requisitos que aseguren su valor.

Bibliografía

- BONILLA, J. A. (1993): *Reposta a Crise y Cualidad Total*. Makron books, Sao Paulo. Pp 93-107.
- _____ (1997): *Qualidade total na saúde*. Secretaría de Saúde. Minas Gerais. Brasil. pp. 83-97.
- DANIEL, W.W. (1991): *Bioestadística: base para la ciencia de la salud*. UTEHA. México. pp. 17-66.
- DEMING, W.E. (1989): *Calidad, productividad y competitividad*. Díaz Santos, S.A. Madrid. pp. 15-74.
- GALGANO, A. Los siete instrumentos de la calidad. Díaz Santos, S.A. Madrid, 1995. pp. 15-27.
- GARCÍA, M.H. (1983): *Manual de investigación aplicado a los servicios sociales de salud*. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México. pp. 142-62.
- GILBERT, M.; DE MORAES H.(1996): *Manual de Gerencia de la Calidad*. OPS/OMS. Fundación W.K.Kellog.
- ISHIKAWA, K. (1988): *¿Qué es el control total de calidad?* Editorial Ciencias Sociales. La Habana. pp. 191-9.
- _____ (1994): *Introducción al control total de calidad*. Díaz Santos, S.A. Madrid, 1994. pp. 17-65.
- JIMÉNEZ, E. (2004): "Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios". *Una mirada actual. Rev. Cubana Salud Pública*; 30(19): 17-36.
- KUME, I. (1993): *Métodos estatísticos para melhoria da qualidades*. Editora Gente SP Brasil. pp 73-195.
- _____ (1993): *Métodos estadísticos para melhoria da qualidade*. Editorial Gente. 11ª edição. São Paulo. pp. 1-8.
- MINSAP (2007): *Programa de perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios*. La Habana.
- RAMOS, B N. *Optimización del trato a pacientes en consulta externa*. Reunión Nacional de Directores de Hospitales, La Habana, Libro publicado por el MINSAP 15-17, 1982
- SAN MARTÍN, H., ET AL (1986): *Salud, sociedad y enfermedad. El método estadístico en epidemiología social*. Editorial Ciencia 3. Madrid. pp. 315-408.
- WALLER, T.; STERKY, G. (1994): *¿Cuál es el mejor indicador de salud?* Foro Mundial de Salud. Vol. 5.

Error médico y la seguridad del paciente

Introducción

Una de las causas que se ha de tener en cuenta en los inadecuados resultados del proceso de la atención de salud está relacionada precisamente con el error médico, que en la actualidad constituye el problema de calidad más importante en todas las latitudes, incluyendo los organismos internacionales de salud.

Para algunos es un término ominoso que determina cierto rechazo para su abordaje y para otros, como se señala en un estudio realizado en el sistema de salud del país, prácticamente lo desconocen, ya que solamente 30 % de los profesionales encuestados respondieron satisfactoriamente sobre la ética y el médico.

Lo anterior dificulta su estudio, es decir, que, si se rechaza, se comete “error sobre el error” a pesar de que algunos autores plantean que el error médico es el más importante factor causal de eventos adversos o consecuencias indeseadas del proceso de atención médica, muy por encima de la falta médica, lo anterior requiere de la mayor dedicación y vigilancia de todos los que tienen la responsabilidad de brindar los servicios de salud, y que es posible su prevención en 80 %.

Este tema es realmente inagotable, complejo, polémico y difícil de estudiar, por estas y otras razones; sin embargo, la mayoría de los científicos consideran que el error médico siempre existió y siempre existirá, y coinciden que errar es de humano.

Antecedentes del error médico

El problema del error médico no es nuevo, sus antecedentes se pierden en la historia, al menos con el surgimiento de la escritura.

En Mesopotamia, Babilonia en 1750 años a.n.e, con la aparición del código de leyes del reinado de Hamurabi, se reguló el trabajo médico y se castigaba severamente los malos resultados de un tratamiento u operación, según el nivel social del enfermo.

En el mundo antiguo se utilizó también la frase *primum non nocere* como una forma concreta de expresar el necesario humanismo de la atención médica y que señalaba la necesidad de evitar los malos procedimientos en aquel entonces. En estados como Egipto y la India existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas establecidas.

El juramento hipocrático (siglo V a.n.e) estableció las bases para la ética y conducta médica, cuyo fin era mejorar su práctica y sus resultados, postulados que están vigentes en la actualidad. Más tarde en el siglo XIII d.n.e., con la primera escuela de medicina del mundo en Salerno, Italia, se establecen regulaciones del trabajo médico que contenían elementos de auditoría.

En Francia P. Ch. Louis (1740-1795) señaló que los resultados de la atención médica podían ser medidos y, por tanto, ser controlados; en 1865, F. Nightingale, durante la guerra de Crimea, planteó que las leyes de la enfermedad podían modificarse, si se relacionaban los resultados con el tratamiento (Cordera, 1983).

Cuando Abraham Flexner presentó su informe al congreso de EE.UU. puso al desnudo la pobre calidad de los servicios hospitalarios en ese país y también de la docencia, que obligaron a mejorar la atención médica, clausuraron Facultades de Medicina y motivó el comienzo del control de calidad moderno, primero la acreditación de hospitales y después la auditoría médica.

Lucian Leape, uno de los científicos más destacado en el error médico, declaró que las evidencias eran abrumadora y que los errores médicos se originan de una compleja interrelación de múltiples factores.

En noviembre del año 1999 la población de EE.UU. se estremeció con los resultados obtenidos por una investigación del Instituto de Medicina de Boston (IBM) que por su enorme importancia fueron publicados, donde se reconocía que un millón de personas sufrieron daños en la atención médica, que eran prevenibles; de ellos, fallecieron 98 000. Los fallecidos por error médico constituyeron la octava causa de mortalidad general y la sexta de los hospitales.

Se estima que los años 90 del siglo XX fue una década de la mayor atención y dedicación de los científicos sobre el error médico y, especialmente en 1999 con el reporte que presentó el Instituto de Medicina (IOM) al gobierno de EE.UU., donde se saca a la luz nuevamente los malos resultados de la atención médica en hospitales causada, específicamente por el error médico.

Starfield de la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins, publicó un trabajo con el título: "Los médicos son la tercera causa de muerte en los EE.UU"., y causan 250 000 fallecidos por: cirugías, errores de medicación, infección hospitalaria y de medicamentos. En esta publicación otro dato de interés fue que en los servicios ambulatorios, de 4 a 18 % de los pacientes experimentan efectos negativos y 199 000 fallecidos adicionales. Los gastos en los servicios ambulatorios fueron de 97 000 millones de dólares. Por estas razones actualmente la OMS y la OPS se ocupan por el desarrollo de una metodología para el estudio de eventos adversos para la seguridad del paciente y, sobre todo, por errores de la atención médica, y ha publicado suficiente información de un grupo que estudia el tema en Ginebra.

En Cuba, el tema se ha tratado en diferentes documentos y también se han realizado estudios de las consecuencias de la atención médica relacionadas con el error médico, como por ejemplo, de operaciones injustificadas, mortalidad quirúrgica y anestésica, letalidad por enfermedades y la infección intrahospitalaria. También de la no correlación diagnóstica clínico-patológica y errores del diagnóstico por fallos en el interrogatorio. Pero se requiere hacer investigaciones con resultados que sean comparables a las estadísticas internacionales.

Por todo lo dicho, debe reconocerse la gran importancia que tiene el diagnóstico precoz y la prevención oportuna del error médico, para lo cual hay que desmitificar o esclarecer el verdadero significado de este concepto.

Error médico y falta médica

No existe un consenso internacional sobre la definición del error médico. Para algunos el término resulta un tanto ominoso o peyorativo; tanto es así, que incluso, se evita mencionarlo o analizarlo; sin embargo, en la actualidad las instituciones y científicos de todo el mundo casi coinciden en que “errar es humano”, que siempre existió y existirá, por tanto, requiere ser estudiado, conocer sus causas para poder hacer su prevención.

El error médico se ha definido como, “el fracaso de aplicar un plan de acción como fue propuesto o también del uso de un plan equivocado para alcanzar un objetivo”. Los errores pueden incluir problemas de la práctica, productos, proceder o procedimiento y sistemas.

Para el Instituto de Medicina de los EE.UU. (IOM) el error médico es la causa de un evento adverso o cerca de ser producido, que en su mayoría puede ser prevenido, con los actuales conocimientos de las ciencias médicas.

En el sistema las definiciones del error médico se han basado en concepciones y principios de la moral, la ética y deontología médica; es decir, vinculadas al deber, al humanismo, a la hermandad y a la solidaridad, que significan el respeto a la dignidad humana. Autores cubanos han propuesto varias definiciones, se exponen dos de estas a continuación:

1. Error médico: “es el que resulta de una equivocación en que no exista mala fe, ni se ponga de manifiesto una infracción o imprudencia, negligencia, abandono, indolencia, desprecio, incapacidad, impericia e ignorancia profesional”.
2. Error médico: “es todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponda con el real problema de salud del paciente. Se excluye la imprudencia, infracciones y la mala práctica”.

Por las definiciones expuestas debe diferenciarse el error médico de la falta médica que es importante, puesto que la conducta que se ha de seguir es muy diferente en cada relación consultar los principios de la ética médica.

Para Lancís, la falta médica, implica responsabilidad moral y legal del profesional de salud que, de acuerdo con la esfera jurídica en la que se produce, puede ser penal, civil o administrativa, según esté previsto en la ley o en el código penal.

Es conveniente aclarar lo expuesto por Lancís que la falta médica esta en relación con la responsabilidad legal médica como “la obligación de sufrir las consecuencias de ciertos hechos cometidos en el ejercicio de la profesión. Pero es necesario añadir a la definición: que las consecuencias estén jurídicamente previstas por la ley”.

Por tanto, se debe distinguir el error médico de la falta médica.

Iatrogenia versus evento adverso

El término iatrogenia o iatropatogenia, han sido utilizados desde la década del 50 del siglo xx y definido como la producción de un daño en un paciente a partir de la acción de un profesional de la medicina; pero en la actualidad, y teniendo en cuenta que las modernas concepciones de diferentes autores que estudian este tema, han llegado a la conclusión que el error médico al igual que una enfermedad, tiene un origen multicausal o multifactorial, y se ha impuesto el uso del moderno término de evento adverso, propuesto por OMS.

Un evento adverso (error médico) se ha definido como el daño o lesiones causadas en el proceso de la atención médica.

En resumen, en el sistema de salud cubano se señala que el error médico resulta de una equivocación, siempre que se compruebe haber actuado con sinceridad, buena fe, se cumpla con las reglas del arte y ciencias médicas, haber realizado todo lo que esté al alcance de las condiciones concretas de su medio de trabajo, con el fin de obtener un diagnóstico oportuno y prestar la mejor atención a las personas.

Se debe agregar que el profesional de salud debe cumplir sus deberes de acuerdo con la *Lex Artis* y, entre estos, el consentimiento informado y el respeto a la autonomía e integridad del paciente

Taxonomía o clasificación del error médico

Existe un gran interés por encontrar una clasificación del error médico que permita la comparación mediante una nomenclatura estandarizada, de la cual se ocupa actualmente la OMS.

Una clasificación debe comenzar por la posibilidad de diferenciar ante consecuencias indeseadas o eventos adversos del proceso de atención médica y su origen, es decir, poder determinar si es producto de la propia evolución de una enfermedad, de las condiciones del paciente, de la falta médica o de un error médico. Lo anterior es muy importante, pues la conducta que se ha de seguir es bien diferente entre la falta médica o el error médico

Para el estudio o investigación del error médico se pudiera utilizar una clasificación, que fue propuesta por el Instituto de Medicina de los EE.UU., de la forma siguiente:

1. Tipo de institución o instituciones de salud y sistema donde ocurrió.

2. Personas implicadas, médicos, enfermeras, técnicos y otros trabajadores de la salud.
3. Tipo de servicio de atención donde se produjo, consulta, terapia intensiva y otros.
4. Severidad y tipo del daño ocurrido desde un simple evento centinela, discapacidad, lesión, infección, reacción alérgica, intoxicación, hasta un fallecimiento.

Quizás debe agregarse a los anteriores aspectos, los factores causales o de riesgos del error médico en cada evento adverso, lo que permite poder actuar con un enfoque preventivo.

Epidemiología del error médico

La epidemiología del error médico consiste en: distribución, prevalencia, factores causales y prevención

Distribución

Se debe considerar que el error médico es un problema global que afecta a todos los países, pero son los desarrollados los que se han ocupado en estudiar el problema con mayor profundidad, quizás debido a los recursos con que cuentan y a las demandas que se plantean ante consecuencias indeseadas, que, por ejemplo, en los EE.UU. están en los 17 mil millones de dólares anuales.

Según los criterios de algunos científicos se dificultan mucho los estudios del error médico por no estimar su importancia, los temores, por considerar el error médico como algo ominoso y sus impactos o por falta de integración de un sistema de reporte y la dificultad de diferenciar un error prevenible de otro inevitable o no prevenible.

Sin embargo, hay que modificar esta concepción teniendo en cuenta las consecuencias del error médico por sus insatisfacciones, alta letalidad, costos, que en el tiempo en que se lee un artículo, ocho pacientes reciben un daño o lesión y de estos uno muere.

En ocasiones el médico tiene una experiencia inoportuna en convertirse en lo que se ha llamado la segunda en un error víctima participando en un error o lesión de los pacientes con el consiguiente sentimiento de culpa.

Prevalencia

La posibilidad de un error, por ejemplo, en la aviación es de una frecuencia de un error en dos millones de vuelos. Pero en un hospital puede ser de un error en 300 egresos en los mejores casos.

El estudio de los eventos adversos se ha realizado siempre, pero la preocupación y su prevención se ha incrementado, sobre todo, después del informe del Instituto de Medicina de los EE.UU. sus resultados se exponen a continuación.

En 1999 el reporte del Instituto Medicina de EE.UU. sobre el error médico fue de una relevancia muy especial y sus resultados más importantes fueron que, más de un millón de norteamericanos sufrieron de algún error prevenible y 98 mil fallecieron (para otros las cifras varían entre 40 y 100 mil) con un costo de 17 a 29 billones de dólares.

El error médico fue la octava causa de muerte nacionalmente, por encima del cáncer de mama, accidentes de vehículos y el sida y la sexta causa de mortalidad en hospitales.

Muchos autores han publicado sus experiencias, después del informe del Instituto de Medicina de EE.UU., que constituyó un nuevo despegue e incremento de estos estudios sobre el error médico.

A pesar de lo anterior, no todos los países se han unido a este interés. A continuación se exponen resultados de diferentes estudios.

La OMS publicó un trabajo sobre la prevalencia de los error médico en diferentes países (Tabla 8.1)

Tabla 8.1. Prevalencia del error médico en algunos países en 2003

País	Fecha	Egresos	No. de eventos adversos	X error médico	%
New York, Harvard		1984	30 195	1 133	3,8
Colorado, UTCOS		1992	14 665	14 565	5,4
Australia		1992	14 179	2 353	16,6
Dinamarca		1998	1 087	176	9,0
Reino Unido e Irlanda		2000	1 014	119	11,7
Sociedad de Cirugía de Mexico		2002	7 745	3 840	49,0
Reino Unido		2000	-	-	12,0

En Cuba, Moreno y colaboradores, realizaron una investigación en 2 años diferentes para conocer el grado de error en la no correlación clínico patológico para el diagnóstico de bronconeumonía y en 1989 encontraron 28,9 % y en 1994, 28,6 % de errores, valores que se encuentran por encima de lo reportado en la literatura internacional revisada.

Aspiazú y colaboradores en Cuba, en 2002 en un estudio para conocer los errores más frecuentes de los residentes en el interrogatorio a pacientes, con relación a la anamnesis, encontraron 10,5 % de errores que dificultaron el diagnóstico y lo consideraron como un fallo de la docencia.

En 1984, en los hospitales estatales en Colorado, EE.UU., se encontró que la frecuencia del error médico fue de 2,9 % de los egresos.

En 1999 la Agencia de investigación de la calidad de atención y el error médico, reportó que hasta finales de 2006 se habían publicado más de dos millones de artículos científicos. Médica (AHRQ) de EE.UU reportó que en las UCI se producía al menos un error por día.

Blendon, en una encuesta nacional en EE.UU. a 831 médicos y 1 207 familiares, encontró en los primeros que 35 % conocían de eventos

adversos y en los segundos fue 4,42 % y de estos eventos adversos fallecieron 7 y 10 %, respectivamente.

Agundez, en hospitales de California, año 2003, al analizar los resultados de las necropsias, plantea que se encontraron entre 8 y 24 % de errores.

En 2004, en un estudio de la Asociación de Cirugía de México, en 7 715 historias clínicas, se encontró 49,9 % de error médico y 16,8 % de malas prácticas.

Harding, en una investigación, en 2004, en más de cinco millones de egresos en hospitales pediátricos, en menores de 19 años, de 27 estados de EE.UU. encontró 4 500 fallecidos por error médico para 0,9 % de los egresos.

En 2004 la Comisión Internacional de Enfermería (CIE) resumió los estudios de Europa y Australia sobre error médico en los aspectos siguientes:

1. Australia, en un estudio en hospitales se encontró 26,0 % de errores médicos.
2. Inglaterra, en hospitales del Servicio de Salud Inglés se producen 850 000 errores médicos por año (10,62 % de los egresos hospitalarios).
3. Comisión Europea, del error médico, encontró que de cada 10 pacientes egresados en hospitales en Europa, uno sufre de enfermedades evitables y efectos adversos, producto de la asistencia que recibe.

Factores causales

Lo primero que se debe tener en cuenta es que el error médico no solamente es privativo del médico, sino que incluye a todos los profesionales, técnicos, trabajadores, la propia institución, programas y al sistema.

Leape plantea que la mayoría de los eventos adversos no son producidos por negligencia, inadecuada atención, educación o entrenamiento, más bien ocurren en los servicios de salud debido al diseño del sistema o factores de organización, y afirma que las evidencias son aplastantes en reconocer que el error médico se debe a múltiples factores y raramente a falta de cuidado o depende de un solo individuo.

Debe considerarse que las causas o factores de riesgo en el error médico son innumerables, por lo tanto, difíciles de resumir. Por ejemplo, en un estudio sobre las causas del error médico en hospitales de California, fueron agrupadas en 39 variables y en cada una diferentes dimensiones o factores causales.

Otra propuesta para clasificar las causas del error médico es la del Instituto de Medicina de los EE.UU., que las resume en tres grupos de la forma siguiente:

1. Por exceso de servicio (*overuse*): tratamiento innecesario o que tiene pocas probabilidades de beneficios. Como ejemplo: indicar incorrectamente un antibiótico que causa resistencia y reacciones adversas, realizar una operación innecesaria.
2. Por insuficiencia de servicios (*underuse*): no utilizar o demorar un servicio o tratamiento potencialmente adecuado, que trae como consecuencia complicaciones, muerte prematura y altos costos. Por ejemplo: no usar betabloqueadores en el infarto agudo del miocardio, lo que aumenta su

letalidad, no realizar un control adecuado a los diabéticos para la prevención de complicaciones, no utilizar el examen para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino o la mamografía, un inadecuado seguimiento del embarazo y no lavarse las manos como está normado.

3. Por inapropiado diagnóstico (misuse): errores en el diagnóstico, por diferentes factores, que demora o atrasa una oportuna conducta o tratamiento, que causan innecesarios eventos adversos y peligro de perder la vida. Se considera que este grupo incluye la mayoría de las causas de error médico.

A continuación se relacionan un grupo de causas o de riesgos del error médico, que pueden ser considerados.

Agotamiento físico y mental (síndrome de Burnout):

- Exceso de confianza.
- Vacilación, timidez, rutina.
- Inadecuada información y orientación.
- Fallos en la docencia.
- Demoras en la atención.
- Aplicación de nuevas tecnologías.
- Fallo en la farmacovigilancia.
- Inadecuada relación médico-paciente:
- Transfusiones de sangre no segura.

Inadecuadas condiciones de trabajo.

- Inadecuados métodos de trabajo.
- No actualizar o incumplir normas.
- Accidentes.
- Falta de equidad.
- Errores de escritura y lectura.
- Inyección y vacunación no segura.
- Investigaciones diagnósticas no seguras.
- Defectos de recursos y organización.
- Incumplimientos requisitos de calidad y otras.

Prevención

Debe considerarse que hay estudios que prueban la posibilidad de prevención del error médico, aunque existen errores no prevenibles. Así, en una investigación en hospitales del estado de Colorado, EE.UU., 1999, en 15 000 historias clínicas se encontró que 54 % de los errores médicos eran prevenibles.

En este mismo estado, en 2000, otro estudio en hospitales, de 1 133 historias clínicas se determinó que:

- De los eventos adversos eran prevenibles 70 %.
- Potencialmente prevenibles 6 %.
- No prevenibles 24 %.

Lucian Leape uno de los científicos más importantes en este tema en EE.UU. e investigador del Instituto de Medicina de los EE.UU., considera que, si se ofrece una atención médica segura, se reducen los errores médicos en 80 %.

¿Cómo enfrentar el problema del error médico para mejorar la seguridad del paciente?

La seguridad del paciente, ha sido definida por la OMS como “la iniciativa diseñada para prevenir un evento adverso producto de un error médico”.

Las intervenciones que se realizan en la atención de salud tienen por objeto beneficiar al público pero, por la compleja combinación de procedimientos, tecnologías e interacciones humanas, siempre hay un riesgo, en muchas ocasiones inevitable, de producir eventos adversos.

Con relación a lo anterior, se han aportado numerosas pruebas sobre los riesgos hospitalarios o cualquier otra atención médica; sin embargo, la información acerca de tales eventos adversos que se producen en diferentes niveles en los servicios de atención de salud, como centros de salud, consultorios y otros, no está bien documentada.

Por esto, se ha presentado una realidad que es un asunto prioritario en todo el mundo: el error médico; más grave en los países subdesarrollados que debe ser prevenido para reducir el número de los eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud.

La única forma de resolver esta situación es identificar los eventos adversos y determinar sus causas o sus múltiples causas y factores de riesgos para poder eliminarlas, para esto se requiere despojarse de los temores y autosuficiencias, recordar que todos, al asistir a un servicio de salud existe riesgo de sufrir un daño o evento adverso.

Hay que tener en cuenta que el error médico siempre ha existido y lo más serio es que siempre existirá, por lo tanto, se requiere de una vigilancia permanente de todos los profesionales, directivos, pacientes y familiares.

A pesar de la importancia del tema, son muchos los que todavía rechazan la idea de la necesidad del estudio del error médico; se requiere convencer a estas personas que, además, confunden a otros.

Por ejemplo hay pruebas cada vez más claras de que los niveles inadecuados de la dotación de personal en las instituciones, el exceso de tareas, el agotamiento físico y mental (síndrome de Burnout) la falta de control y otras causas guardan relación con el aumento de eventos adversos. Entre estos ejemplos, se encuentran: las infecciones hospitalarias, el aumento cada vez más de las nuevas tecnologías, las caídas de pacientes, la falta de exigencia en el cumplimiento de normas, las heridas que se producen en la cama, los errores de medicación y en el diagnóstico, las tasas de reingresos por diferentes causas, que pueden dar lugar a estancias hospitalarias más prolongadas y al aumento de mortalidad en los hospitales. En otros servicios los recursos humanos inadecuados, son una grave amenaza para la seguridad y la calidad de la atención de salud.

Se destaca la gran importancia que tiene el diagnóstico precoz y la prevención oportuna del error médico, y para ello hay que desmitificar o esclarecer el verdadero significado de este concepto y verificar el proceso de atención.

Pero, por lo general, no se hace prevención, tampoco una adecuada vigilancia del proceso de atención médica y el diagnóstico se hace al final por los resultados, identificando los eventos adversos. Para este se requiere seleccionar una metodología para estudiar las causas de los errores médicos, como la que propone la OMS, que se expone a continuación:

1. Revisión de historias clínicas.
2. Estudios de observación.
3. Entrevistas al equipo médico.
4. Autopsia y correlación clínico patológica.
5. Auditoria médica y pesquisa confidencial.
6. Estudios de quejas y demandas.
7. Sistema de reporte de eventos adversos o incidentes.
8. Estudios de mortalidad y morbilidad.
9. Información y datos estadísticos.
10. Historia clínica e información electrónica.
11. Estudios de caso control.

A los métodos anteriores se pudieran agregar: estudios de reingresos, de reintervenciones quirúrgicas, operaciones injustificadas y otros. No estudiar el error médico por los directivos, profesionales, técnicos, funcionarios, es inaceptable y debe constituir una preocupación permanente de responsables de la institución, ya que conociendo sus consecuencias indeseadas, su repetición no es aceptable, sobre todo, teniendo en cuenta que pueden ser prevenidos casuísticamente. En cualquier sistema o manifestación el error es lamentable y se debe evitar, pero en la medicina o atención de salud debe prevenirse siempre.

Los principios de la ética establecen que los errores médicos deben ser conocidos, analizados científicamente en reuniones médicas, con libertad y profundidad necesarias con la finalidad de evitar su repetición.

Para los que reciben los servicios de salud y según la literatura, el error médico es mucho más frecuente que la mala práctica, el autor sostiene la hipótesis de que en Cuba son de menor frecuencia según la información brindada por los profesionales entrevistados, pero se precisa de un estudio.

Otro aspecto de mucho interés es que existen “eventos adversos inevitables” que resultan de complicaciones que no se pueden prevenir, dados los actuales conocimientos de la medicina. Pero estos deben estar debidamente identificados para su conocimiento general y también para incluirlos en la información que se debe brindar al paciente y familiares, previo a la aprobación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, lo que en ética se conoce como consentimiento informado, asegurando la autonomía e integridad del paciente.

Se debe tener presente, además, que el error médico se puede prevenir casuísticamente, pero es imposible impedir que surjan nuevos errores, por

múltiples razones, en primer lugar porque el error es humano y, además, que obedece a muchas causas, su prevención constituye una tarea permanente. Esto último refuerza la necesidad de tener informado al paciente respetando su integridad y autonomía.

Lo más importante no es partir de un evento adverso o daño ya producido, sino de la vigilancia y el control de calidad permanente, de forma concurrente durante el proceso del control de calidad de la atención de salud, a fin de detectar los fallos e incumplimientos para actuar preventivamente, evitando errores para elevar la seguridad del paciente.

Si bien los errores humanos pueden a veces dar origen a fallos graves, existen factores sistémicos más profundos que, de haberse identificados de forma temprana, hubieran evitado los errores.

De ahí que, para aumentar la seguridad de los pacientes, se precise de una amplia serie de acciones en la selección, formación y retención de los profesionales de salud, para mejorar los resultados, la seguridad del entorno y prevención del riesgo para el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, la seguridad de la práctica clínica y del entorno de los cuidados.

En los países en desarrollo, la probabilidad de eventos adversos es mucho mayor que en los países industrializados. Esto se debe al mal estado de las infraestructuras y el equipamiento, la falta de fiabilidad del suministro y de la calidad de los medicamentos, las deficiencias en la eliminación de los desechos y el control de las infecciones, el escaso número y los malos resultados del personal por su baja motivación o por la insuficiencia de sus capacidades técnicas, y la grave falta de financiación de los costos esenciales de funcionamiento de los servicios de salud.

Repercusiones financieras

Los sucesos adversos de atención de salud tienen además de un alto costo humano, también un alto costo financiero y, aproximadamente, la mitad de los costos de los errores evitables se producen en actos de atención directa de salud.

Según estimaciones, en los EE.UU., el costo nacional anual de los actos de atención de salud perjudiciales evitables, incluidas las pérdidas de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos, es de entre 17 000 y 29 000 millones de dólares.

En el Reino Unido y según estimaciones del servicio nacional de salud, los actos perjudiciales cuestan 2 000 millones de libras esterlinas al año, solo en estancias hospitalarias adicionales.

¿Cómo se recomienda actuar?

En la actualidad, la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención médica ha alcanzado una relevancia prioritaria, determinando la necesidad urgente de garantizarles que sus necesidades de salud se vean satisfechas en

las mejores condiciones posibles, sin verse complicadas por eventos adversos ocurridos durante el proceso de la atención.

Como consecuencia en la práctica médica cada paciente es una situación inédita que requiere de todos los conocimientos, habilidades y experiencias, para satisfacer sus necesidades de salud particulares, especialmente en situaciones críticas.

Teniendo en cuenta que las causas del error médico son multifactoriales y diversas en origen es necesario la acción de todos los profesionales, trabajadores y profesionales de la salud, y muy especialmente de quienes proveen los servicios.

Además, es necesario instruir a los pacientes, que son los que reciben las consecuencias, que se les suministre información para su mayor cuidado, pensando que pueden influir en la prevención del error médico.

Para los pacientes y la comunidad:

1. Informar a los profesionales de salud de todos los medicamentos que el paciente ingiere y de los estados médicos por los que ha atravesado.
2. Hacer preguntas para esclarecer la información y mejorar la comprensión de los estados de salud, los medicamentos y la dispensación de la atención de salud.
3. Asegurarse de obtener los resultados de toda prueba o procedimiento.
4. Solicitar a los profesionales de la salud información necesaria para el consentimiento informado.
5. Comunicar a las autoridades competentes los errores o los casos adversos

Para los profesionales de salud:

1. Participar activamente en la evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados en la práctica.
2. Mejorar la comunicación con los pacientes y con los demás profesionales de atención de salud.
3. Informar a los pacientes de los posibles riesgos.
4. Trabajar para mejorar los sistemas relacionados con la práctica profesional.
5. Informar de los sucesos adversos a las autoridades competentes.
6. Fortalecer los aspectos de colaboración de los planes de tratamientos con medicamentos.
7. Cumplir el consentimiento informado y ante un error analizarlo con el equipo para conocer las causas y hacer prevención.

Para las instituciones de servicios de salud:

1. Mantener los recursos humanos en niveles adecuados.
2. Ocuparse de mejorar los sistemas de prestación de los cuidados, sin culpar a las personas.
3. Establecer programas rigurosos de lucha contra las infecciones.
4. Normalizar las políticas y protocolos de tratamiento para evitar la confusión y no tener que basarse en la memoria, que como se sabe, es falible y origen de muchos errores.

5. Evitar nombres y conjuntos de medicación que parezcan iguales o suenen de modo similar.
6. Cumplir el principio de informar un error o un evento adverso para analizarlo a fin de encontrar las causas y poder hacer la prevención en el futuro.

Para la dirección o administración:

1. Establecer sistemas nacionales de información para registrar y analizar los incidentes adversos y para aprender de ellos.
2. Promover una cultura de la comunicación e información.
3. Insistir en que la seguridad es una de las preocupaciones primordiales para conseguir resultados y para la gestión de calidad de los sistemas de salud.
4. Aplicar mecanismos para que, cuando se identifique la necesidad de cambios, estos se apliquen y se sigan los progresos.
5. Elaborar políticas basadas en pruebas, que mejoren la atención de salud.
6. Preparar mecanismos, por ejemplo, mediante la acreditación u otros medios, para reconocer las características de los dispensadores de atención de salud que ofrecen hitos de excelencia para la seguridad de los pacientes.

Conclusiones

El error médico, como ya se señaló, es un viejo problema que ha transitado por diferentes momentos sobre todo en el siglo xx y su clímax en 1999 con el informe del Instituto de Medicina de los EE.UU., surgiendo nuevas ideas que han modificado viejas concepciones por otras más acorde con el avance de los conocimientos científicos.

Por ejemplo, el origen multicausal de las malas consecuencias del proceso de atención que condicionó el cambio del concepto de iatrogenia por el de evento adverso, justamente adecuado, a lo que ocurre en la práctica.

Otro aspecto de interés es la imperiosa posibilidad y la necesidad de la prevención del error médico, el cual es la causa más importante de las malas consecuencias de la atención médica, con un enfoque abierto, amplio y eminentemente científico, que permita su control y disminución para elevar la calidad de la atención médica y la seguridad de los que reciben la atención de salud.

En primer lugar se debe desmitificar el error médico y excluir una atmósfera inadecuada que impide el amplio análisis, creando un ambiente positivo para estudiar y reducir el error médico; eliminando las barreras internas y externas que impiden su prevención.

También se puede hacer prevención en el caso de la falta médica, por suerte de mucha menor frecuencia que el error médico, pues los directivos casi siempre conocen a los profesionales identificados por su ignorancia o comportamiento falto de ética.

Lo anterior permite dar un tratamiento diferenciado al error médico, en concordancia con los principios establecidos en Cuba de la ética

médica, con la finalidad de que los errores sean conocidos y analizados crítica y científicamente en reuniones de profesionales de la salud, con libertad y profundidad necesarias, que permitan derivar experiencias e impidan su repetición.

Para eliminar un problema de calidad de la atención de salud, como el error médico, es claro que se debe conocer su causa o factores de riesgo, aplicando la concepción multicausal, al igual que en proceso salud-enfermedad, ya que estos resultan de un conjunto de múltiples factores y raramente debido a falta de cuidado o incorrecta conducta de un individuo.

Tener en cuenta que de acuerdo con la concepción multicausal hay que considerar que no es solo el médico quien comete errores, sino todos los profesionales, técnicos, trabajadores, la propia institución y el sistema, para lo cual cada institución debe aplicar una metodología efectiva para el diagnóstico y posible solución.

Uno de los elementos que se olvidan es la de no solo hacer cumplir las normas y procedimientos establecidos (para asegurar las normas o buenas prácticas) pero además se deben actualizar frecuentemente y sobre todo hacer esfuerzos por cumplir características de calidad en los resultados acordados.

Para conseguir buenos resultados es necesario aplicar el trabajo en equipo con la amplia participación de los trabajadores, sin olvidar los Círculos del Control de Calidad, para lo cual se debe establecer las políticas dirigidas a la prevención del error médico.

También se puede llegar a la conclusión de que:

Error médico se define como: “todo acto médico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico, que no se corresponde con el real problema de salud de la persona que está siendo atendida, por tanto, excluye las malas prácticas, imprudencias e infracciones”.

Error médico también se define “como el resultado de una equivocación, donde no exista mala fe ni elementos de mala práctica, negligencia, despreocupación, ignorancia, desprecio o incapacidad profesional”.

El error médico es un evento adverso o cerca de ser producido que, es prevenible con los actuales conocimientos de las ciencias médicas Instituto de Medicina de los EE.UU.

Evento adverso: daño o lesiones causadas en el proceso de la atención médica, que en su mayoría pueden ser prevenibles con los conocimientos actuales de la medicina (AHRQ).

Eventos adversos inevitables: resulta de complicaciones en las que no se pueden prevenir, dado los actuales conocimientos de la medicina (Instituto de Medicina de los EE.UU).

Iatrogenia o iatropatogenia: daño, lesión, afectación, discapacidad, que puede ser medida y causada por la acción del “médico”.

Falta médica (mal *praxis* en inglés): es todo acto culposo o imperito (acto mal hecho), por omisión que incluye: la negligencia, incuria, olvido, por

comisión indolencia, desprecio, impericia, ignorancia profesional, incluso violación de normas disciplinarias, que sí son sancionables desde el punto de vista legal, civil o administrativo, siempre que exista una relación de causa-efecto.

Para Lancís la falta médica implica responsabilidad moral y legal del profesional de salud y que de acuerdo con la esfera jurídica en la que se produce puede ser penal, civil o administrativa, según este previsto en la ley.

Seguridad del paciente: “la iniciativa diseñada para prevenir un evento adverso producto de un error médico y también de las malas prácticas” (OMS).

Bibliografía

- AGUNDEZ, J.M. (2003): Entre 8 y 24 % de las autopsias revelan errores médicos. California. Diario Médico.Com, junio 2003. <http://www.diariomedico.com/anapato-logical/home.html>.
- ALONSO, M.D. (1979): *El error médico. Valoración ética*. MINSAP, Ética y deontología Médica MINSAP, La Habana. pp. 96-100.
- AHRQ (2000): *Medical errors: the scoop of the problem*. Agency for Health Research and Quality. Estados Unidos de Norteamérica, Boston, Ma. february <http://www.ahrq.gov/qual/errback.htm>.
- Blanco, M.A. (2002): “Errores cometidos por residentes de Medicina Interna en la entrevista médica bajo observación directa”. *Rev Cubana Med Milit*;31(2):104-9.
- BLENDON, ET AL. (2002): “Views of practicing physician and public on medical errors”. *NEJM*; 347 (24) 1833.
- CIE (2004):. Seguridad de los pacientes. CE http://www.icn.ch/matters_ptsafetsp.html.
- CORDERA, A; BOBENRIETH, M. (1983): *Administración de sistema de salud*. Tomo II. Edit. Cordera -Bobenrieth. México; pp. 529-542.
- COTE, E. L. GARCÍA, T. P. (2004): *Error médico en cirugía*. Asociación Mexicana de Cirugía, México 2004. ascomexg@aol.com <http://www.acmg.org.mx>.
- DI CATALO, V. (2002): *Errores médicos más comunes*. Infocomercial.Com. California 1998-2002 http://infocomercial.com/articulos/pm_articulos.
- GÁLVEZ, C.E. (1998): “Criterio profesional del error médico”. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 14(1) <http://www.sld.cu/revistas/mgi/vol14-198>.
- HARDING, A. (2004): Study finds US pediatric medical errors kill 4,500 children a year. *BMJ*; 328: 1458.
- IOM. (1999): *To err is human*. Growing consensus about Medical Error, chapter 1. Institut Of Medicine. Boston, EE.UU., 1999 <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>.
- LANCÍS, S.F. (1983): *La responsabilidad legal del médico*. Temas de Ética Médica, ISCM. La Habana. pp. 73-84.
- LARA, M.C, DE LA FUENTE, J.R. (1990): “Sobre el consentimiento informado”. *Bioética*. Boletín especial OPS. Washington, DC;9(108): 439-44.
- LEAPE, L.L. (2000): *Can we make health care safe? Accelerating Change Today for American Safe*. National coalition on health care and Institute for health care improvement, Boston; 1-3.
- _____ (2004): “Making health care safe. Are we up to it”. *J Ped Surg*;39:258-66.
- LISITSIN, Y. P. (1981): La higiene social y organización de la Salud Pública IDS. MINSAP. La Habana. pp. 42-60.
- MARTÍNEZ, H. BORROTO, R. IGLESIA, M. (1986): *Iatrogenia y error médico*. Temas de Ética Médica. Instituto de Ciencias Médicas La Habana.pp. 51-72.
- MELLA, M.C. (1990): *Ética médica: algunas reflexiones*. Asociación Médica Dominicana, Santo Domingo RD. (folleto).

- MORENO, R., ET AL (1996): *Ausencia de correlación clínico-patológica en el diagnóstico de la bronconeumonía*. Rev Cubana Med;35(3) <http://bvs.sld.cu/med/vol35-3-96/med01396.htm>.
- RENCORET, G. (2003): "Auditoría médica: demandas y responsabilidades por negligencia médica". *Rev Chil radiol*: 9 (3).
- SIGERIST, H. E. (1974): *Historia y sociología de la medicina*. Editora Gustavo Molina. Bogotá;19-48.
- SCHWAPPACH, .L B, KOECK, CH M. (2004): "What make an error unacceptable?" *International Journal for Quality in Health Care*;16:317-26.
- STARFIELD, B. (2006): "Los médicos son la tercera causa de muertes en los EE.UU." *Journal American Medical Association (JAA)*.
- WHO (2003): *Quality of care: patient safety*. Executive Board, E 133/37.
- _____ (1983): *Principios de la ética médica*. Editora Política. La Habana.
- _____ (2002): *Patient safety: rapid assesement methods for estimating hazards*. Report of the WHO Woring Group meeting. Geneva, 17-19 December .

Economía y eficiencia en la atención de salud

Introducción

La economía de la salud está considerada como la integración de las teorías económicas, sociales y clínico-epidemiológicas, para el estudio de los mecanismos determinantes y condicionantes de la producción y el financiamiento de los servicios de salud.

La economía y la salud están íntimamente vinculadas, dada la influencia de la primera en el desarrollo y, por ende, en la atención de salud. Por otra parte, los servicios de salud no solo tienen una implicación económica, sino que también son determinantes en la preservación de la principal fuerza productiva de la sociedad, que es el hombre, el cual influye en el desarrollo del potencial económico de un país. Esto explica la importancia del estudio de la economía de la salud pública.

A partir de los años 60 del siglo xx, el interés por la economía en el campo de la salud ha experimentado un auge ostensible debido, fundamentalmente, al aumento progresivo e impresionante de los gastos generados por los servicios de atención. Una prueba fehaciente de ese hecho es el comportamiento del gasto destinado a la atención de salud, en proporción al producto nacional bruto (PNB) y al producto interno bruto (PIB) en algunos países desarrollados. A continuación los ejemplos siguientes:

1. Estados Unidos de Norteamérica: el gasto en salud, que fue de 5,9 % del PNB en 1965, pasó a 8,4 % en 1976 (\$618 per cápita); en 1991 fue de 9,1 % y ascendió a 13,3 % (\$3 000 per cápita) en 2001.
2. Canadá: en 1968 los gastos del PNB aumentaron a 6,8 % y en 1978 a 7 %; en 2001 ascendieron a 9,6 % (\$ 2 000 per cápita).
3. Suecia: el gasto del PNB fue de 9,5 % en 1974 y de 11,3 % en 1978.
4. Gran Bretaña: gastó 3,8 % del PIB (gasto total de £927 millones) en 1961 y 5,4 % (gasto total de £5 470) en 1975.

Lo anterior es la forma más común de analizar los gastos en salud; sin embargo, no refleja la realidad, pues, si se compara los datos de los países desarrollados, como los mencionados, con los datos de los países pobres, las

diferencias en salud son enormes, particularmente en los servicios, pues aunque los porcentajes de los gastos puedan ser parecidos, el PIB y el PNB resultan muy inferiores en los últimos. Un estudio más real sería conocer el gasto público y los resultados de los servicios prestados.

Por ejemplo, en 1998 los países de América Latina y el Caribe utilizaron 7,5 % de su PIB y el promedio de gasto per cápita anual fue de 240 00 dólares, aunque con grandes diferencias entre unos y otros: Haití gastó 3,5 % de su PIB, que equivale a 9 dólares per cápita anual, y Argentina 9,8 % del PIB, que representó un per cápita de 795 dólares.

En 1998, el informe de la OMS sobre la salud en el mundo, en ocasión de su 50 aniversario, recogió como preocupación creciente la situación de los recursos para la salud, ante la complejidad y el alto costo de sus servicios, ya que a pesar de haber signos de recuperación económica, las desigualdades se incrementaron. Se encontraba en la pobreza más abyecta el 40 % de la población aquejada de carencia de vivienda, educación, deterioro del saneamiento ambiental, hambre y desnutrición, que afectaban el estado de salud de millones de seres humanos.

Se debe tomar en consideración que las múltiples vías para mejorar las condiciones y calidad de vida, vinculan estrechamente a la salud pública y sus servicios con la economía nacional y el conjunto de ramas relacionadas en la producción social (producción, distribución y consumo).

Los crecientes gastos en la utilización de los recursos humanos, materiales y financieros en los servicios de salud, constituyen un reto por parte de los directivos y economistas en este campo, que obliga a la utilización óptima de los escasos recursos disponibles y, además, la situación actual con la crisis económica, recesión y estancamiento, a mayores esfuerzos en la eficiencia económica el uso más racional de los recursos, por supuesto sin afectar la calidad de la atención médica.

Economía y el proceso salud-enfermedad

La economía de la salud es un área del conocimiento, cuyo objeto de estudio es el proceso de salud-enfermedad, tanto en su descripción, como en la búsqueda de sus causas y consecuencias, y se estudia por medio de las técnicas, conceptos y herramientas propios para el uso óptimo de los recursos y para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Su tarea consiste en estimar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización.

De la aplicación de la economía en salud surge la fármaco-economía, que estudia la evaluación económica de las intervenciones en salud aplicada al uso de fármacos, equipos y otros materiales. La evaluación económica utiliza la investigación de resultados en salud para responder las tres preguntas claves de la economía: ¿qué se produce?, ¿para quién se produce? y ¿cómo se produce?; además, ¿qué enfermedad se trata?, ¿cómo se trata? y ¿cuál es la mejor manera de tratarla?

La investigación de resultados en salud se divide en tres áreas principales: resultados clínicos, económicos y humanísticos. Los resultados clínicos tratan con temas de eficacia o efectividad del medicamento en el contexto de los servicios de salud. Los resultados económicos tienen que ver con el costo y utilización de los medicamentos e intervenciones en salud relacionadas y con la obtención de la eficacia clínica. Los resultados humanísticos son específicos al paciente, y enfocados a su bienestar físico y social, y a la calidad de vida obtenida con cada intervención o medicamento.

Nájera (Montesinos, 1991), planteó que desde la década de 1950 a 1960 todos han convenido en que la epidemiología es la ciencia básica para planificar, organizar y evaluar los servicios de salud, pero que, exceptuando los programas verticales o de determinado tipo de atención médica, esta rama nunca se ha utilizado para eso; razón por la cual los servicios de salud han cambiado, en sentido general, de manera muy anárquica.

Farmacoepidemiología y farmacovigilancia

En Cuba un aspecto de interés para la economía se relaciona con la farmacoepidemiología. Su estrategia comenzó a desarrollarse en Cuba en el año 1996, pues era necesario contar con una disciplina nueva que abarcara todos los aspectos relacionados con el medicamento, desde su producción hasta su consumo; para ello se definió como centro rector el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología (CDF). Su estructura descansa en una red nacional formada por 175 centros municipales de farmacoepidemiología, ubicados en la farmacia principal municipal (FPM).

El Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología cuenta, entre sus principales líneas de trabajo, con la investigación, docencia, información de medicamentos, consulta terapéutica y programa para el uso racional de los medicamentos.

La farmacovigilancia en el sistema cubano, con su unidad coordinadora, está integrada por 15 unidades provinciales en las que se ha implementado un programa de vigilancia farmacológica para los profesionales y técnicos de la salud, con un único método de validación e identificación de los riesgos asociados con los medicamentos comercializados. Como resultado de este trabajo, en los últimos años se ha sobrepasado la cifra de 7 000 notificaciones anuales, exhibiendo una tasa de reporte de sospechas de reacciones adversas por millón de habitantes entre las más altas del mundo.

En Cuba, estos aspectos se han analizado por epidemiólogos, otras especialidades médicas y el sistema de salud; se ha enfocado con los programas dirigidos sobre el principio de profilaxis para toda la población y del mejoramiento de las condiciones de vida de la población. También se han hecho grandes esfuerzos en las enfermedades no transmisibles, que son las que más costos generan, por su larga duración y porque tienen períodos de remisión y recaídas.

La salud en Cuba ha tenido cambios positivos y sustanciales después del triunfo revolucionario, que se han reflejado igualmente en las tendencias demográficas y sociales. Por ejemplo, los resultados del estudio realizado por De la Torre y un grupo de científicos cubanos llegan a la conclusión de que los servicios de salud en este medio son: eficaz, eficientes, equitativos y humanísticos, en el logro de la salud de la población, que se demuestran con infinidad de datos.

Evaluación económica. Eficiencia económica

Dentro del campo de la economía de la salud resulta de gran importancia la evaluación económica, la cual se refiere al conjunto de instrumentos dirigidos a caracterizar la eficiencia de sus servicios y de las tecnologías sanitarias introducidas, como un proceso analítico que ayuda a la toma de decisiones, normalizando los criterios de asignación y empleo de recursos.

El autor de este libro realizó estudios que demuestran la importancia del conocimiento de las normas de asignación y recursos, además con la eficiencia médica, económica y social.

El primer estudio denominado "Hogares Maternos en Cuba. Su eficiencia", propuso indicadores específicos para la evaluación de la eficiencia económica y social, y demostró la influencia de la atención médica preventiva en los hogares en la reducción de la mortalidad materna e infantil.

El segundo fue un estudio de los egresos hospitalarios en la población del municipio Plaza de la Revolución a partir de entrevistas para conocer los diagnósticos de ingreso-egreso por familias, que fueron muy diferentes cuando se analizan en el hospital a cuando se hace a partir del estudio de la población, que aportó una información para aplicar la planificación de los servicios y con enfoque estratégico y poblacional para la toma de decisiones en cuanto a los servicios médicos.

Se insiste en que la economía de la salud, no solo se ocupa del análisis económico de los costos y la eficiencia, sino que, además, se interesa por la calidad de sus servicios, los beneficios alcanzados, la equidad, la calidad de vida y el grado de satisfacción de la población.

La economía de la salud se alcanza cuando en una actividad o acción se logra el máximo beneficio con la utilización mínima de recursos y a un menor costo, o cuando se alcanza un mayor nivel de producción o servicio con una misma cantidad de insumos, sin afectar la calidad.

Dentro de las múltiples interpretaciones entre recursos y resultados, la eficiencia se suele interpretar por medio de aproximaciones sucesivas. Una de ellas es la siguiente:

Eficiencia técnica. Obtención de un producto o resultado determinado de cualquier proceso, disminuyendo los factores de producción, es decir, la maximización del producto con unos factores de producción dados.

Eficiencia de gestión. Obtener un producto disminuyendo los costos.

Eficiencia económica o asignativa. Se refiere a la producción y distribución de los bienes y servicios, que más valora la sociedad, al menor costo social posible. Es la de mayor nivel e incluye las anteriores.

En el capítulo 4 se mencionó que la eficiencia en el sector de la salud se estudia también en tres dimensiones: por la eficiencia social, médica y económica.

Eficiencia social. Se relaciona con el grado de satisfacción de la población por la equidad o igualdad de acceso a los servicios, su calidad y el mejoramiento del estado de salud individual y colectiva.

Eficiencia médica. Se relaciona con una atención lo más temprana y oportuna posible, en la cual se cumplan las premisas de la prevención primaria, secundaria y terciaria, lo que permite disminuir la morbilidad y mortalidad y alargar la vida útil de las personas. Cuanto más eficiente, es también más humana, lo que provoca un impacto beneficioso en la población y, por supuesto, en la economía.

Eficiencia económica. Se valora por el aprovechamiento racional u óptimo de los recursos humanos, materiales y financieros, expresados en forma monetaria.

Es preciso tener en cuenta que en el sector de la salud no debe ser aceptada la concepción de emplear recursos y gastos mínimos, si en la búsqueda del ahorro o uso racional, disminuye la calidad de la atención y se afecta por ello la salud o satisfacción de las personas. Recordar la premisa siguiente:

“No hay calidad sin eficiencia. No hay eficiencia sin calidad”.

En los análisis de los resultados también se utilizan también otros conceptos económicos como la eficacia y efectividad:

Eficacia. Se logra cuando en el desempeño del trabajo se cumplen los reglamentos, normas, procedimientos, actividades y acciones propuestas, y los resultados son satisfactorios. Es hacer bien las cosas.

Efectividad. Cuando se obtienen los efectos o impactos propuestos hacia donde fueron dirigidas las acciones, por ejemplo, si se cumplió el impacto esperado de la vacunación en la reducción de la morbilidad de la enfermedad objetivo.

Métodos para la evaluación económica

Los resultados de las evaluaciones económicas pueden ubicarse en los tres niveles de gestión sanitaria:

Macrogestión. Nivel que decide las políticas y el financiamiento.

Mesogestión. O de directivos intermedios y sistemas de atención primaria y secundaria.

Microgestión. Donde se aplica la práctica de médicos, enfermeras y otros profesionales y técnicos que utilizan los recursos en el proceso de atención de salud.

Por tanto, no se puede realizar el control de calidad, si no se conocen las características de la calidad real; entre estas se encuentran los indicadores microeconómicos de los costos y la eficiencia; por esto se afirma que la calidad y los costos son dos caras de la misma moneda.

Gálvez plantea que existen distintas técnicas de evaluación económica, y menciona a Drummond, el cual propuso una clasificación que divide estos

métodos en parciales y completos, de acuerdo con tres elementos: recursos o costos, consecuencias o resultados y alternativas. Si en un estudio no se utiliza al menos uno de estos elementos, este se considera parcial. Estos métodos de la evaluación económica son:

1. Métodos parciales:
 - a) Descripción de consecuencias.
 - b) Descripción de costos.
 - c) Descripción de costos y consecuencias.
 - d) Eficacia y efectividad.
 - e) Análisis de costos.
2. Métodos completos:
 - a) Costo-beneficio.
 - b) Costo-efectividad.
 - c) Minimización de costos.
 - d) Costo-utilidad.

Métodos parciales de evaluación económica

Descripción de consecuencias. En este método no hay comparación de alternativas ni se analizan los costos; es el caso en que un programa o un servicio es evaluado.

Descripción de costos. Se analiza el comportamiento de los costos, sin tener en cuenta las alternativas ni las consecuencias. Aquí se incluyen otros estudios, como los costos por enfermedad.

Descripción de costos y consecuencias. No se tienen en cuenta las alternativas; en ellos clasifican aquellos en los que para determinada enfermedad se calculan los costos y los resultados que pueda tener.

Eficacia y efectividad. Los estudios se incluyen como evaluaciones económicas parciales, ya que consideran alternativas y resultados, pero no consideran los costos.

Análisis de costos. Se comparan las alternativas y se tienen en cuenta los costos, sin embargo, no se incluyen los resultados.

Métodos completos de evaluación económica

Costo-beneficio. Este análisis incluye los gastos y las consecuencias o efectos de las opciones, comparadas y expresadas en dinero. Este tipo de estudio se utiliza cada vez menos, ante la dificultad que se plantea al tratar de aplicarle un valor monetario a los resultados de la atención de salud.

Costo-efectividad. Es más adecuado para el nivel de microgestión de salud. Se caracteriza porque los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades clínicas habituales, como los años de vida ganados y los ingresos hospitalarios y recetas evitados. Su principal ventaja reside en expresar los

efectos en las mismas unidades. Su mayor inconveniente es que solo permite opciones similares que tengan los efectos medidos en las mismas unidades. Sus resultados se presentan de dos modos.

Resultados del costo-efectividad

1. Costo-efectividad medio: $\text{costo-efectividad} = \text{pesos por unidad de efectividad}$.
2. Costo-efectividad incremental: $\text{costo A} - \text{costo B} - \text{efecto A} - \text{efecto B} = \text{pesos por unidad de efectividad añadida}$.

Minimización de costos. Se utiliza cuando no existen diferencias entre los efectos de las alternativas que se comparan (los beneficios son iguales en todas las opciones). En este caso se selecciona la opción menos costosa.

Costo-utilidad. Con esta técnica las consecuencias o efectos en salud se miden en años de vida ajustados a la capacidad (AVAC). En este enfoque la calidad de vida está relacionada con la función habilidad física, social y laboral de los individuos.

En el Informe sobre desarrollo humano mundial de 1993, se adoptó el AVAD o años de vida ajustados a la discapacidad, que se define como la eficacia en función de los costos; su propósito fue evitar la asignación de un valor monetario a la vida humana.

Factores que determinan los costos y la eficiencia económica

La evaluación económica en el sistema presupuestario financiero se realiza, en primer lugar, por el análisis de indicadores microeconómicos como la medida de los costos y la eficiencia, pero antes es oportuno considerar algunos de los factores de importancia que se deben tener en cuenta como determinantes de los costos; estos son:

1. Utilización de las capacidades instaladas.
2. Equipos y recursos materiales que no son utilizados.
3. Sistemas de control de los recursos humanos y materiales disponibles.
4. Control del presupuesto financiero.

Utilización de las capacidades instaladas

Se refiere al aprovechamiento que se hace de las instituciones del sistema de salud, teniendo en cuenta que su utilización óptima disminuye los gastos e inversiones, ya que permite incrementar los servicios a la población, por ejemplo: rotar a más de un especialista por local de consulta o por sillón de estomatología, para utilizarlo mayor tiempo y en varios turnos. Otro ejemplo es, en el caso de los hospitales, la utilización eficiente de la cama instalada, los salones de operación y los diferentes equipos.

Los hospitales constituyen las instituciones más complejas del sistema de salud y sus costos se han venido incrementado de manera extraordinaria en los últimos 40 años debido, fundamentalmente, a la mayor especialización, el aumento de precios en equipos, los productos farmacéuticos y otros factores. Por ello se recomienda profundizar en los costos hospitalarios y la naturaleza de su utilización, mediante el análisis del indicador día-paciente, que está determinado por tres componentes: el costo de tratamiento, el costo de hotelería y el costo básico (Fig. 9.1).

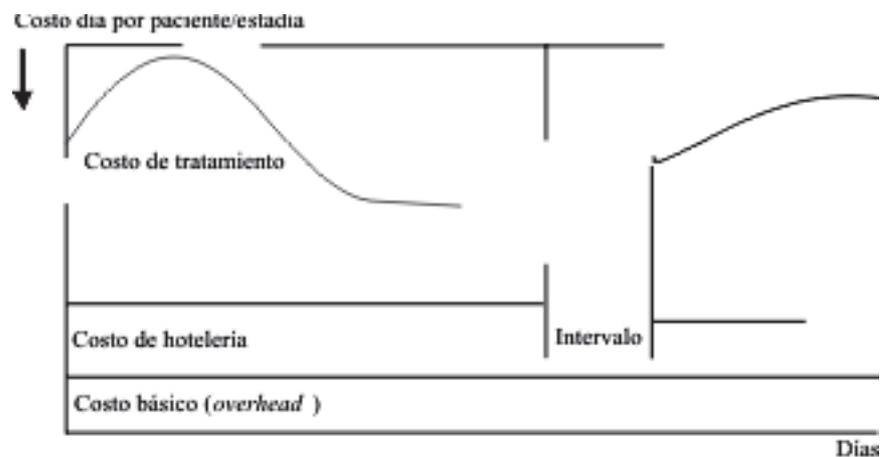


Fig. 9.1. Perfil del costo por día-paciente.

En esencia, el costo básico permanece constante, independientemente de que la cama esté ocupada o no, e incluye calefacción, ventilación, mantenimiento y personal.

El costo de hotelería se refiere a la alimentación, lavandería y limpieza. Es constante para cada paciente, pero varía de acuerdo con su estado y diagnóstico.

Los costos de tratamiento son los de mayor volumen y están influenciados por la gravedad y necesidad de atención especial e intensiva. Tienen una tendencia a ser altos en los primeros días de la estadía y después descienden.

En la atención hospitalaria se concede gran importancia a los indicadores de utilización del recurso cama, como criterio importante para evaluar los costos y la eficiencia por día-paciente.

El análisis estadístico resulta imprescindible para calificar como eficiente el grado de utilización de la cama hospitalaria. Es necesario conocer la cantidad de camas reales, de acuerdo con la dotación normal, los días-cama, los egresos realizados durante un período y los días-paciente, para elaborar los diferentes indicadores, como el promedio de estadía y el índice de sustitución, los cuales determinan el índice ocupacional y la rotación de la cama. Se recomienda estudiar los indicadores integralmente.

Se debe recordar que una elevada ocupación no significa necesariamente un mejor funcionamiento hospitalario. Algunos recomiendan que para considerarlo eficiente, se requiere entre 75 y 80 % de ocupación, lo que en ocasiones es difícil de alcanzar en un hospital pequeño.

Estos indicadores están influenciados por la capacidad, el tipo y perfil de los hospitales y, por supuesto, por la normación en el empleo de los recursos de diagnóstico y tratamiento, a lo que se añaden la enfermedad, su gravedad y complicaciones como la infección intrahospitalaria, los procedimientos innecesarios, el abuso en los medios diagnósticos y otras.

Equipos y recursos materiales que no son utilizados

El presupuesto de gastos corrientes está destinado al consumo social y no a la acumulación.

Cuando los valores de los productos almacenados superan las necesidades de aseguramiento de las actividades, se están inmovilizando recursos innecesarios y esto afecta los servicios destinados a la población, al emplearse un financiamiento no planificado para estos fines, a expensas del fondo de consumo social.

Además de generar productos ociosos o pendientes de instalación por exceso o desuso, afecta los gastos por vencimientos y roturas y hace más complejo el control, lo que trae como consecuencia resultados negativos en los gastos y graves afectaciones a la población.

Sistemas de control de los recursos humanos y materiales disponibles

La efectividad del sistema de control de los recursos humanos, materiales y financieros, constituye la base para mejorar la eficiencia económica y se logra por el cumplimiento de las normas y los reglamentos establecidos.

En el caso de los recursos humanos, si se persigue alcanzar rendimientos satisfactorios, es muy importante cumplir con la política de empleo, su planificación adecuada, la plantilla aprobada, el horario, la permanencia en el puesto, la superación y la utilización eficiente.

Los salarios absorben generalmente más de 50 % del presupuesto en los servicios de salud. En Cuba existen estudios en la atención primaria, donde el salario representa hasta 75 % de los gastos, a lo cual hay que agregar 16 % por impuestos a largo plazo a la seguridad social, y un porcentaje del total de otros gastos para pago de certificados médicos, o seguridad a corto plazo.

En el caso de los recursos materiales es indispensable el control de las entradas de insumos, almacenamiento y distribución, ya que para obtener los costos se debe tener constancia de su entrega a los diferentes centros de costos.

Los recursos financieros que se gastan en las instituciones por las partidas de salarios, materiales, servicios productivos y otros, deben ser contabilizados oportunamente y reflejarse en los estados financieros que se elaboran y entregan cada mes. La actualización de estos recursos y de las disponibilidades bancarias constituye una ineludible obligación.

Control del presupuesto financiero

Aunque implícito en el epígrafe anterior, se separa para destacar su relevancia. En el sistema de salud cubano se elabora anualmente el presupuesto por niveles, desde la base, a partir de ciertos requisitos basados en normas unitarias de gastos, que son los límites máximos de gastos por unidad de servicio del nivel de actividad.

En este presupuesto se consideran el plan de inversiones y los gastos corrientes, que se desglosan en salarios y otros gastos, entre ellos la seguridad social y otros epígrafes y partidas, de los cuales ninguno puede exceder a expensas del otro. En Cuba el presupuesto o plan financiero de toda la economía nacional tiene fuerza de ley.

Tradicionalmente, la atención secundaria constituye el servicio que consume el mayor porcentaje de los gastos en la atención de salud, pero en Cuba la participación porcentual de estos gastos se ha venido modificando, después del surgimiento del Programa de atención integral a la familia (PAIF) en 1984, a favor de la atención primaria de salud.

Sin embargo, se plantea la importancia de prestar más atención a los costos en la atención primaria de salud, ya que existen estudios que señalan reservas para la eficiencia económica sin ejecutar, por ejemplo, en la utilización de los recursos humanos y otras áreas de responsabilidad.

Sistemas de costos ¿cómo se determinan los costos en salud?

Los costos en los servicios de salud se fueron elevando progresivamente, determinados por el aumento de los precios de los recursos materiales, equipos y medicamentos, en especial por la elevación artificial de los costos por las transnacionales.

Se añaden otros factores como el desarrollo de los servicios de salud, el aumento de la cobertura, la disponibilidad y utilización de los recursos, el incremento de la especialización de los profesionales de la salud, la aplicación de los avances científico-técnicos.

Para evaluar la eficiencia económica en las instituciones de los servicios de salud es imprescindible conocer sus costos, que son el resultado de la ejecución del presupuesto de gastos corrientes.

Para ello es necesario aplicar el sistema de costos aprobado por el Ministerio de Salud Pública, que es una norma en Cuba.

¿Qué importancia tiene el sistema de costos?

El sistema de costos es un instrumento necesario para la dirección, teniendo en cuenta que en este se vincula la economía con la actividad médica, lo que permite conocer el gasto por unidad de medida y cómo se comporta la eficiencia económica. Hay que tener en cuenta que a iguales gastos no siempre se producen iguales resultados.

La contención de los costos es un reto para el sistema de salud, pues los recursos son limitados y las necesidades, crecientes.

El principal obstáculo para racionalizar y optimizar los gastos e inversiones en los servicios de salud, es la ausencia de un sistema de costos.

Metodología del sistema de costos

El costo es la cuantificación de los recursos invertidos en la producción de bienes o en la prestación de servicios, expresado en términos monetarios. Los costos están influenciados por las múltiples y diversas acciones que ocurren en las actividades de la institución y la complejidad de sus interrelaciones. Conocerlos requiere de un trabajo sistemático y en equipo.

La metodología del sistema consiste en el registro de información de gastos de procesos para obtener un conjunto de indicadores o costos unitarios, relacionados con las diferentes actividades o acciones que se realizan en la institución, los cuales permiten conocer la eficiencia del trabajo de toda la institución y la incidencia de cada unidad organizativa en la gestión general.

La metodología debe considerar los pasos siguientes:

1. Diagnóstico técnico-administrativo.
2. Determinación de centros de costos.
3. Identificación de componentes del costo.
4. Determinación de actividades finales e intermedias o auxiliares.
5. Determinación de instrumentos de los centros de costos finales.
6. Aplicación de formularios de recolección de información sobre: recursos humanos, materiales y suministros, gastos generales y actividades intermedias de producción.
7. Aplicación de formularios para el procesamiento de información sobre: costo directo por centro de costo, composición del costo total de la institución, costo total de los centros de costos finales y distribución del costo de administración.
8. Presentación y análisis de la información.

¿Qué es un centro de costos?

Es la unidad lógica del trabajo de costos, caracterizada por representar una actividad relativamente homogénea, con una clara definición de autoridad, en la cual se acumulan gastos.

En gran parte su selección debe coincidir con la estructura organizativa de la institución y sus departamentos, aunque también puede agrupar a varios de estos o sus subdivisiones.

¿Cómo se clasifican los centros de costos?

Centros de servicios generales o administrativos. Constituyen las dependencias que apoyan la actividad fundamental de la institución, como por ejemplo: la dirección, administración, estadística, contabilidad, personal, almacén, mantenimiento y otros.

Centros auxiliares o intermedios. Son los que cooperan o coadyuvan en la prestación de servicios fundamentales, denominados médico-asistenciales o finales, de atención a personas; por ejemplo: medios diagnósticos, radioterapia, banco de sangre, fisioterapia, esterilización, bloque quirúrgico, de alimentación, farmacia y otros.

Centros finales. Corresponden a los asistenciales de atención directa que brindan los servicios fundamentales de urgencia en salas de hospitalización, en consulta externa, en centros de prevención y promoción, de docencia e investigación y otros de tratamiento.

¿Qué es el costo unitario?

El costo unitario es el resultado de dividir el gasto acumulado de un centro de costo en un período dado, contabilizado por epígrafes y partidas, entre la cantidad de acciones obtenidas de este, según su base de distribución, por ejemplo: días-pacientes, egresos, consultas, análisis de laboratorio y sesiones de tratamiento.

Cada costo unitario incluye en su composición costos directos e indirectos, e identifica lo consumido para obtener los costos unitarios de toda la institución por cada unidad organizativa, ya sea departamento, servicio, sala o área de responsabilidad, que son los centros de costos. También determina lo que corresponde a las grandes actividades institucionales.

¿Cómo se determinan los costos directos, indirectos y totales?

Los costos pueden obtenerse para toda la institución o para cada uno de los centros de costos. Para conseguirlo se necesita precisar los costos directos, indirectos, totales y su base de distribución.

Lo primero debe ser contabilizar los gastos en que se incurre por unidad, según los requerimientos del sistema, clasificándolos por epígrafes y partidas entre las actividades o acciones, para obtener los diferentes costos.

Costos directos. Se obtienen a partir de lo utilizado en cada centro de costo, salarios, medicamentos y material de curaciones, vestuario, artículos de limpieza, mantenimiento y otros gastos. Esta distribución se denomina primaria.

Costos indirectos. Es la distribución de los costos recibidos de los servicios auxiliares y de los gastos de servicios generales y administrativos, en relación con los servicios que prestan a otros centros; se denomina distribución secundaria.

Costo total. Es la suma de los costos directos o propios, de los productos de otros centros de costos que prestan servicios y de los gastos de los servicios y de los gastos de los servicios generales y administrativos (Fig. 9.2).

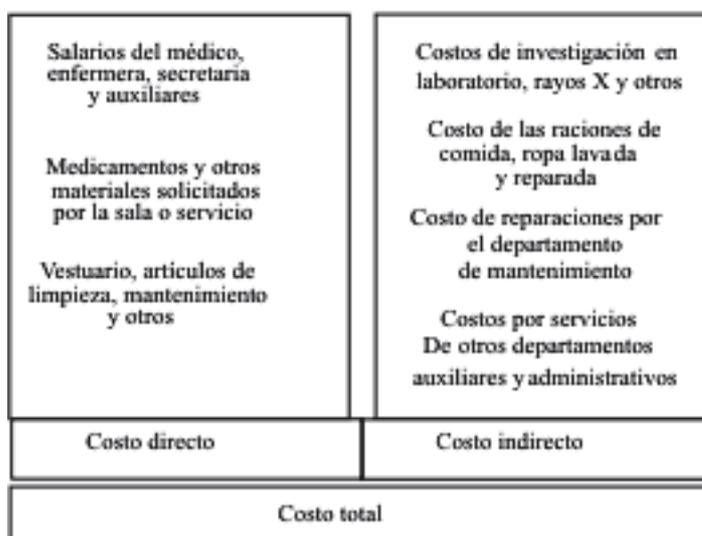


Fig. 9.2. Ejemplo de determinación del costo en sala de hospitalización.

¿Cuál es la base de distribución?

Es el fundamento o razón en que se basa la acción de repartir las cuantías acumuladas en un centro de costos, en relación con aquellos centros de costos a los cuales apoya con sus servicios.

La importancia de la adecuada selección de esta base radica en que debe identificar las principales acciones que realiza el centro de costo referido. Como ejemplo de base de distribución, se señala los siguientes:

Centros de costos finales. El costo por consulta, por visita de inspección, día-paciente, por paciente consultado o atendido, día-cama, por egresado, acciones preventivas y otras como por diagnóstico o tratamiento.

Centros de costos auxiliares. Placa radiográfica, análisis de laboratorio, ración de alimentos y otros.

Centros de costos administrativos y servicios generales. Mantenimiento, balones de oxígeno consumidos, raciones servidas, kilogramos de ropa lavada, ropa reparada, horas de mantenimiento y otros.

Condiciones para aplicar el sistema de costos

El sistema requiere de condiciones necesarias para aplicar el procedimiento y de la metodología establecida que, por ser laboriosa, precisa de una gran atención y dedicación, tanto de los encargados de aplicarlo como de todos los responsables y trabajadores de las unidades organizativas.

En resumen, se requieren los aspectos siguientes:

1. Decisión administrativa.
2. Diagnóstico de la estructura organizativa.
3. Determinación de los centros de costos.
4. Identificación de los componentes del costo que van a ser medidos.
5. Determinación de los formularios que se han de utilizar.
6. Establecer la organización y los recursos. Capacitar a los responsables.
7. Informar a los trabajadores.
8. Aplicar el sistema.

Las condiciones que se requieren para la implantación del sistema de costos son, en primer lugar, la decisión administrativa del primer nivel de la institución, la necesidad de un contador de costos, como mínimo, y en dependencia de la complejidad o la estructura organizativa de la unidad. Requiere, además, preparar los documentos y formularios de acuerdo con los aspectos normativos y metodológicos del sistema que corresponda con la institución.

Resumen

Al comenzar este capítulo se analizó que el interés por la economía en el campo de la salud se ha incrementado en los últimos años. Sin embargo, la ocupación y dedicación a esa materia, a nivel de los servicios y sus unidades, es realmente pobre.

Hay que reconocer que para el sistema de salud cubano, la utilización racional de los recursos y la disminución o contención de los gastos requieren del estudio de los costos como paso previo para conocer si existe eficiencia económica. Se debe recordar que no hay calidad sin eficiencia y viceversa.

Además, en los servicios de salud, de acuerdo con las concepciones, la meta no es económica, aunque este aspecto es importante, sino que es, sobre todo, social, pero, por supuesto, se pretende optimizar el gasto social con eficiencia y efectividad.

La aplicación del sistema de costos resulta laboriosa, pero, si se cuenta con la asesoría adecuada cuando es necesaria, si se toman todas las precauciones y se crean las condiciones requeridas por el sistema de costos, es realmente factible su aplicación para alcanzar la debida correspondencia entre los recursos con los cuales se cuenta y los volúmenes de servicios prestados y, por supuesto, para contribuir al mejoramiento de la calidad.

El deber del profesional de salud es hacer todo lo que sea posible en la atención de salud del individuo o población, sin dejar de tener en cuenta los costos al decidir cuáles acciones recomendar.

Bibliografía

- BAMUM, H; KUTZIN, J. (1990): *Public hospitals in developing countries*, Population and H.R The World Bank. Pp 3,3-3,50.
- CAMARÓS, F. J. (1995): *Costos hospitalarios. Contabilidad*, MINSAP. La Habana.
- _____ (1996): Sistema de costo del policlínico. *Departamento de Contabilidad*. MINSAP, La Habana.
- CORDERA, A., BOBENRIETH, M. (1983): *Administración de sistemas de salud*. Tomo II. Editado por Cordera y Bobenrieth, México D.F., Pp. 513-28.
- CORE (2001): *Datos: country health profile*. OPS/OMS.
- COSME, C. J., ET AL (1999): *Economía y Salud: conceptos, retos y estrategias*. Serie Desarrollo de la Representación, No. 22, OPS/OMS. Cuba.
- CULLIS, J.G., WEST, P.A. (1984): *Introducción a la economía de la salud*. Edit. D. Brouwer, S.A. Pp. 221-47.
- DE LA TORRE, M., LÓPEZ, P. MÁRQUEZ, M. GUTIÉRREZ, A. ROJAS, F. (2004): *Salud para todos. Si es posible*. Sociedad cubana de Salud Pública. Sección Medicina Social. La Habana.
- DEBESA F., JIMÉNEZ, G., PÉREZ J. (2001): *Vigilancia farmacológica en Cuba. Situación actual*. Bol FÁRMACOS;4(1). Disponible en : www.boletinfarmacos.org.
- DONABEDIAN, A. ET AL. (1985): *Quality, cost and health: an integrative model*. Medical Care Vol. XX No. 10 J.B. Lippincott Co. Pp. 975-91.
- GÁLVEZ, G.A., LÓPEZ, P.C. (2002): *El concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana. Economía y salud*. ENSP-MINSAP, La Habana. Pp. 42-61.
- HERNÁN SAN MARTÍN, P. (1996): *Economía de la salud*. Edit. Mc Graw Hill Interamericana. Colombia. Pp. 82-85.
- HERNÁNDEZ, T. (1995): *Por qué y para qué el sistema de costos hospitalarios*. Departamento de Contabilidad, MINSAP. La Habana.
- _____ (1986): *Manual de Costos. Dirección General de Atención Médica*. SESPAS. Santo Domingo, República Dominicana.
- JIMÉNEZ, G., DEBESA, F., GONZÁLEZ, B., ÁVILA, J. Y PÉREZ, J. (2006): “El sistema cubano de farmacovigilancia, seis años de experiencia en la detección de efectos adversos”. *Rev Cubana Farm*; 40(1).
- MINISTERIO DE LA INDUSTRIA ALIMENTARIA (2001): *Sistema de costos*. CANEC. La Habana.
- MONTESINOS, R. (1991): “La formación de recursos humanos en economía de la salud”. *Rev Educ Med Salud de México*; 25(3):254-7.
- MUKODSI, M., BORGES, L. (2000): “Aplicación del costo-eficiencia en un área de salud”. *Rev Cubana Med Gen Int*;16(5): 461-7.
- RAMOS, B. (1991): “Hogares maternos en cuba. Su eficiencia”. *Rev Cubana Salud Pub*;17(1): 4-14.

- RAMOS,B., ET AL. (1995): “Egresos hospitalarios en el municipio Plaza de la Revolución”. Rev Cubana de Salud Pub*Rev Cubana Salud Pub*; 21(1)19-26.
- RAMOS, B., ALDEREGUÍA, J. (1990): *Medicina social y salud pública en Cuba*. Edit. Pueblo y Educación. La Habana, 1990. Pp. 105-194.
- S/A (2001): *Alcance y aplicación de la economía de la salud*. Serie desarrollo de la Representación de la OPS/OMS en Cuba. No. 24. La Habana.
- THE WORLD BANK (1990): *Informe sobre el desarrollo mundial*. Oxford University Press para el Banco Mundial, The World Bank;3-3,50. .

Conclusiones y recomendaciones

Introducción

La mayoría de los autores aceptan que el éxito de cualquier misión o tarea depende, en gran medida, de la correcta aplicación de las concepciones modernas de la ciencia y el arte de administrar que, desde sus inicios, se consideró como ciencia universal cuyo objeto de estudio son los sistemas sociales que son autogobernados

Conclusiones generales

La administración es el resultado de un proceso iniciado en los albores de la humanidad que ha evolucionado por las diferentes épocas y que se aplica por un proceso que concluye con el control, o dicho mejor, el control de calidad, y que aplica el método científico como una investigación, realmente, menos compleja y que no siempre se aplica de manera adecuada.

En el decursar del tiempo surgieron las escuelas que dieron fundamento científico, muy especialmente, la escuela conductista o de las relaciones humanas, que surgió en los años 40 del siglo xx y que argumentó el enfoque humanista sin el cual es difícil alcanzar la calidad.

Más adelante se propuso, entre otros avances, el enfoque integral del control de calidad, el cual incluye el proceso y los resultados, y el prospectivo concepto que significa mejoría continua de la calidad.

Otro aspecto de interés resulta que, a pesar de los esfuerzos que se realizan y lo mucho que se publica, todavía se presentan dificultades en la evaluación y garantía de la calidad de la atención médica o de la salud.

En ocasiones los conceptos, métodos y procedimientos para evaluar la calidad de la atención médica crean confusión por su terminología utilizada, las palabras de moda y la incorrecta aplicación del control de calidad.

Se señalan las dificultades que impiden la correcta aplicación del control de calidad, que se presentan en la práctica y se consideran como verdaderos desafíos que son necesarios eliminar para alcanzarla calidad en la atención médica.

Existen discrepancias en cuanto a la política que se ha de seguir, las categorías que se deben utilizar y cuál programa aplicar, con el ajuste de sus concepciones según las características del lugar.

Dentro de los programas existentes, los más utilizados son el de mejoramiento continuo del control de calidad (MCC) de Deming y otros científicos norteamericanos, y el programa del control total de calidad (CTC) del japonés de K. Ishikawa.

Ambos programas brindan una idea de lo que realmente ocurre en el nivel práctico, aunque presentan sus diferencias en la práctica y su desempeño.

No siempre resulta fácil llevar a la práctica las teorías y los principios de un programa que es complejo, pero es imprescindible hacerlo, así en el nuevo programa de calidad para los hospitales en Cuba se fundamentan en los señalados, que se detallan más adelante.

Recomendaciones

Algunos autores recomiendan que antes de aplicar un programa de control de calidad, los responsables deben conocer previamente, como motivación, cuál es “el precio de la mala calidad” para que una vez en ejecución, se puedan evaluar las mejorías en los resultados, por la disminución de los efectos indeseados.

¿Qué debe hacer la administración en el control de calidad?

Siempre se ha planteado que la esencia de la administración es la toma de decisiones, y esto obedece a que la responsabilidad de administrar lleva al constante enfrentamiento a infinidad de problemas y la necesidad de darles solución.

Existen problemas simples cuya solución es fácil; también hay problemas urgentes que requieren de tratamiento inmediato, cuya solución dependerá de las habilidades y competencias de quien decide y de sus colaboradores.

No obstante, con frecuencia surgen problemas más importantes que pueden presentar un mayor o menor grado de complejidad, los cuales requieren de tiempo para el análisis de su posible solución.

Para resolver esos problemas complejos será necesario emplear los métodos y procedimientos expuestos en los capítulos 4 y 5, donde se plantean dos aspectos de interés que deben ser recordados por los que dirigen: un programa de mejoramiento de la calidad, y el proceso de su puesta en marcha.

Programa de perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios

El programa de perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios (PPCCSH) de Cuba, aprobado por Resolución

Ministerial en abril de 2007 y se basa en los fundamentos de los programas de mejoramiento continuo de la calidad y del control total de calidad que son los más utilizados en el mundo, tanto en la producción material como en los servicios.

Es importante aplicar los enfoques para el control de calidad (que se propone por el autor) siguientes:

1. *Enfoque integral*: incluye el proceso y los resultados.
2. *Enfoque prospectivo*: significa que el control de calidad no tiene fin, siempre se puede mejorar.
3. *Enfoque humanista*: recordar que los trabajadores son los que realmente hacen la calidad con su participación y protagonismo, que son los que saben de los problemas y cómo resolverlos, de aquí, la importancia de estimular los círculos de calidad.

Principios del programa

Cumplir los principios del programa de perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios que son los siguientes:

1. El consejo de dirección del hospital tiene la responsabilidad de implantar y desarrollar el programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios dirigido de manera esencial hacia el paciente.
2. La calidad hospitalaria es una responsabilidad del director del hospital junto a todos los trabajadores.
3. El programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios requiere como cimiento a un colectivo de trabajadores motivado, comprometido, con sólidos valores humanos, morales y éticos en correspondencia con la ideología de la revolución cubana y la ética médica socialista.
4. Al jefe de servicio le corresponde la misión de dirigir todos los procesos de asistencia médica, docencia e investigación a ese nivel y debe organizar, exigir y controlar el cumplimiento de las tareas con el propósito de alcanzar la mejoría continua de la calidad.
5. La realización del perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios incluye las etapas de atención de pacientes y familiares y a los procesos de gestión de los recursos humanos, los aseguramientos y la dirección.
6. Asegurar la evaluación integral de la calidad técnica y la calidad percibida como objetivos inseparables del programa.
7. Incorporar en la calidad hospitalaria acciones dirigidas a fortalecer su carácter preventivo e integral.
8. La asistencia médica, la docencia y la investigación constituyen los elementos principales de la calidad, se integran de manera indisoluble en un mismo proceso.

9. El control de calidad se realiza interno, mediante autoevaluación, y externo con la evaluación retrospectiva y concurrente.
10. La concepción de calidad hospitalaria requiere de un proceso de cambio planificado, sistemático y continuo.

Objetivo del programa

El objetivo general del programa mejorar continuamente la calidad de los servicios hospitalarios en busca de la excelencia.

Los objetivos específicos son:

1. Disponer de bases organizativas que permitan el desarrollo integral y permanente para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios.
2. Evaluar integralmente la calidad de los procesos hospitalarios y sus resultados.
3. Evaluar el estado de opinión y la satisfacción de los pacientes, familiares, trabajadores y otras partes interesadas relacionadas con la actividad hospitalaria.
4. Definir y divulgar la política de calidad de la institución.
5. Definir indicadores de resultados para todos los niveles de la organización y los objetivos.
6. Realizar investigaciones necesarias sobre calidad para mejorar y perfeccionar la atención que brinda la institución.

La mayoría de los científicos de la calidad están de acuerdo en que para hacer calidad y realizar su control, se requiere que los que dirigen y los trabajadores deben conocer la ciencia de la administración que como tal tiene su objeto de estudio, que son los sistemas sociales los únicos sistemas que son autogobernados, tiene sus principios, regularidades, instituciones y, por supuesto, trabajadores, profesionales, científicos y directivos; es decir, aplicar la teoría de sistema que se analizó en el capítulo 1 de este libro.

¿Cómo poner en marcha el programa?

Para la puesta en marcha el programa este programa se debe tener en cuenta los aspectos siguientes:

1. El programa debe adecuarse a la estructura y las características de la institución.
2. El programa debe ser debidamente conocido por todos los factores de la institución, los directivos y trabajadores antes de ponerlo en práctica, e incluso, realizar talleres que permitan aplicarlo sin dificultad y hablar el mismo lenguaje.

3. Seleccionar y aprobar los miembros del comité médico auditor (CMA), de la unidad organizativa (UO) sus comités y miembros.
4. Estimular, junto con los departamentos, servicios y los trabajadores, la creación de los círculos de control de la calidad (CCC) según los requisitos que aparecen en el programa.
5. Todos los trabajadores deben conocer con claridad cuál es la política de la dirección en cuanto a la calidad.
6. Los directivos, funcionarios, comités y los trabajadores deben hablar el mismo lenguaje sobre la calidad, por tanto, es imprescindible el conocimiento del programa y la capacitación sobre el tema de calidad, el control de calidad y el programa; los japoneses incluyen la estadística.
7. Cada unidad organizativa debe decidir cuáles son las características de calidad u objetivos que se han de alcanzar en el período para cada indicador y compararlos o evaluarlos con los resultados obtenidos en el período. Para eliminar el problema se requiere conocer su causa y lograr la garantía de calidad o solución de problema (recordar a José Martí cuando dijo: “ me interesa más las causas que el fenómeno”).
8. Tanto la unidad organizativa como el comité médico auditor deben informar de sus conclusiones, defectos y logros a la dirección del hospital y recomendar los mejores departamentos, servicios, profesionales, técnicos y trabajadores para que sean reconocidos.
9. Los datos estadísticos hospitalarios e indicadores de resultados y resumen de las conclusiones de los diferentes comités se deben informar en las reuniones del hospital.

Qué diferencia tiene el programa cubano (PPCCSH) con relación a los demás:

1. Que aplica los enfoques humanista, integral y prospectivo.
2. La calidad no se alcanza por generación espontánea hay que hacerla con los pacientes, familiares, profesionales, trabajadores, para conocer su satisfacción, identificar incumplimientos o comportamientos inadecuados, incumplimiento de normas y malos resultados.
3. La máxima dirección debe estar en contacto permanente con los pacientes, familiares y los trabajadores.
4. La calidad debe formar parte del pensamiento integral y mayor interés de cada director, administrador, responsable y cada trabajador.
5. El programa está dirigido a cumplir los requisitos de los pacientes de la institución y satisfacción de los trabajadores.
6. El control de calidad se logra con un trabajo en equipo y método interactivo, con responsabilidad de todos y no solo de los especialistas de calidad, sino de los directivos y de los trabajadores que son los que conocen los problemas y cuál es su solución.
7. Permanecer menos tiempo en las oficinas. Estar en contacto con las diferentes áreas del hospital y así conocer mejor los problemas y encontrar sus soluciones.

8. Revisar y perfeccionar con frecuencia los reglamentos y programa de calidad, normas y procedimientos.
9. El control de calidad moderno aplica la estadística y hace énfasis en la prevención, verificación de los procesos retrospectivamente y también, de manera concurrente, mientras se hace el trabajo.
10. El control incluye el proceso, pero, si no se evalúan los resultados no se hace control de calidad.
11. El control de calidad está basado en el respeto a la humanidad, lo que quiere decir que es totalmente participativo, para lograr el sentido de pertenencia de cada trabajador.
12. La esencia del control de calidad es la garantía de calidad.
13. Considerar que la calidad y el control de calidad “no tiene fin”, y que siempre se puede mejorar la calidad.

En el capítulo 4 se explica cómo administrar o dirigir el control de calidad y donde se exponen los programas más utilizados y, sobre todo, los que guardan más relación con nuestras concepciones: el programa de mejoría continua de la calidad y el programa de control total de calidad aplicado durante más de 50 años y con éxitos.

Los científicos de la ciencia de administración recomiendan que el directivo del siglo XXI debe ser una persona integradora, pues en la sociedad (también en la naturaleza) todo está concatenado o integrado y, además, de la necesidad de cumplir los valores positivos se requiere de conocer y aplicar las competencias adecuadas e insisten en que la orientación al cliente o paciente es la competencia más valorada.

¿Cómo aplicar el proceso de solución de problemas?

En el capítulo 4 se analizan los tres enfoques para el control de calidad que debe ser administrado, y el primero en proponerlo fue el propio Taylor aplicando tres pasos: planear, hacer y verificar.

Después H. Fayol propuso el proceso administrativo, que incluye: la planificación, la organización, la coordinación, la autoridad y el control, y que después infelizmente lo modificaron.

Se debe recordar que para el control de calidad se aplican diferentes propuestas y una de estas es el proceso de solución de problemas que recomendaron los científicos de Harvard, y que es la que se propone en este libro. La dirección de la institución como máxima responsable del desarrollo del programa, comunica a sus colaboradores y a todos los trabajadores su decisión; para ello explica, claramente, el porqué de la importancia y la necesidad de aplicarlo.

El primer paso es designar el consejo médico auditor, supeditado al director por ser el de mayor importancia dentro del programa. El número de miembros

y especialidades estará de acuerdo con la categoría y complejidad del hospital.

El presidente del consejo médico auditor será miembro del Consejo de Dirección y, además, estará en estrecha relación con la unidad organizativa de calidad.

Uno de los primeros pasos es seleccionar o crear la unidad organizativa y el equipo de trabajo responsable de implantar y desarrollar el sistema de control de calidad; se tiene en cuenta que se delega la autoridad, pero no la responsabilidad.

El mejoramiento continuo de la calidad es tan rico en atributos como cualquier otro programa, siempre que se aplique con mucha dedicación, creatividad y de acuerdo con las características del lugar donde se implante.

En la figura 10.1 se representa el flujograma para la solución de problemas.

En los casos donde aquellos que van a aplicar el programa no tengan suficiente experiencia, se recomienda la asesoría.

Una vez identificados los problemas y sus causas, se debe seleccionar el procedimiento que se ha de ejecutar para eliminar las causas y dar solución a los problemas.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, se utiliza el procedimiento o proceso de solución de problemas según la propuesta del japonés Kume, para la solución de problemas de calidad.

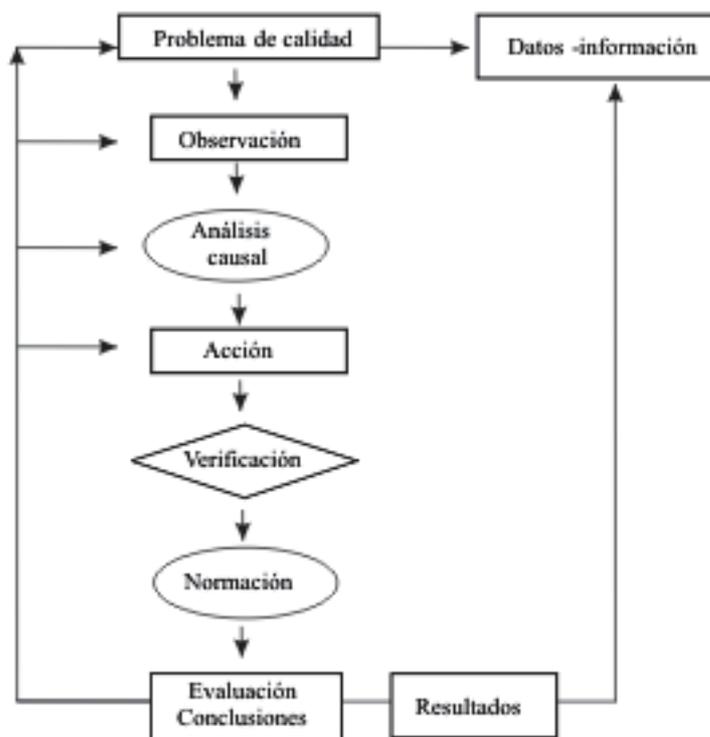


Fig. 10.1. Flujograma para la solución de problemas.

Debe recordarse que un proceso se puede definir como una sucesión de actividades y acciones que utilizan diferentes insumos para obtener un producto o resultado.

Problema

Como en cualquier otro estudio, en el proceso de control de calidad se parte del problema o los problemas, con la finalidad de que sean analizados para encontrarles su solución. Por tanto, el primer paso será necesariamente identificar los problemas de calidad y después encontrar las causas básicas o fundamentales y eliminarlas para impedir la repetición de errores.

Existen problemas de calidad de la atención de salud cuando sus servicios y resultados no están acordes o conformes con las especificaciones o características de calidad esperadas por los clientes externos e internos, así como de la institución o el sistema.

¿Cómo identificar problemas?

El diagnóstico es el primer paso del proceso. Su objetivo es conocer lo que debe cambiarse para desarrollar la organización, es decir, la identificación de todos los problemas que lo impiden.

Según la definición de *proceso* se estudia, tanto este, como su producto o resultados.

El proceso mediante los métodos de acreditación, auditoría, supervisión y verificación del desempeño o ejecución de las acciones, y por el grado de cumplimiento de actividades, reglamentos, normas y procedimientos que se aplican en la atención de salud sobre los individuos, la población y el medio ambiente; este incluye el proceso administrativo.

Los resultados son los impactos, efectos, productos o servicios que se derivan de la estructura y los procesos de atención. Tradicionalmente se han estudiados por los métodos de inspección o vigilancia que en la actualidad se recomienda no utilizarlo, es mucho mejor por la evaluación.

El control de calidad se refería en sus inicios, en el siglo xvii solamente a los malos resultados; ya en los albores del siglo xix, P. Ch. Louis plantea que los resultados del proceso de atención y con F. Nightingale en el siglo xx se brindó prioridad para estudiar el producto y así poder mejorar el tratamiento o proceso. Después se añadió el control del proceso, hasta que surgió el criterio integrador de proceso y resultado aceptado por todos los científicos.

Sin embargo, algunos autores defienden el control cuando se aplica el método de la inspección. No obstante, la idea más generalizada actualmente es que este último enfoque resulta inadecuado, si se tiene en cuenta que la inspección es un concepto anticuado, porque mediante ella no es posible encontrar las

causas y factores causales. La inspección exclusiva genera pérdidas económicas y graves consecuencias en los servicios de salud, ya que no se pueden evitar los daños ocurridos a las personas.

A mediados del siglo xx, cuando aparecieron las concepciones sobre la garantía de la calidad, se recomendó hacer énfasis en el análisis del proceso de forma concurrente, mientras se desarrollaban las acciones, lo que permite asegurar la solución de los incumplimientos detectados y evitar malos resultados. De esta manera la prevención de defectos se hace por la identificación y eliminación de las causas y riesgos actuando de forma preventiva.

Sin embargo, como se analiza en el capítulo 4, actualmente prevalece el criterio de aplicar un enfoque integral en el control de calidad, evaluando las variables dependientes o de resultados (efectos) y verificando las variables independientes en el proceso o viceversa.

Evidentemente, este paso requiere de la búsqueda de información o datos para organizarlos en tablas, figuras y gráficos, de compararlos con los objetivos, normas y características de calidad esperada. En los capítulos 4 y 5 se describe la utilización de los diferentes métodos y procedimientos.

En la identificación de problemas se utilizan las técnicas estadísticas para la recolección y presentación de datos, pero en caso de no ser posible, se puede aplicar el método y las técnicas de grupo en todos los pasos del control, que es de menor complejidad. Existe una tendencia a utilizar técnicas de estadística en el trabajo de grupo, por lo que se recomienda que en la capacitación de los trabajadores se haga más énfasis en estas.

Las técnicas de grupo tienen mucha aceptación porque brindan la posibilidad de ser utilizadas por especialistas y trabajadores, e incluso por la población, siempre que se cumplan rigurosamente sus reglas y requisitos.

En la identificación de problemas se recomienda, preferiblemente, el método interactivo, más aceptable para el control de calidad, ya que los acuerdos no se alcanzan por votación, a pesar de ser más democrática, es menos objetiva; el de grupo nominal u otro dentro de las técnicas para generar ideas y lograr consenso.

Observación: priorizar los problemas

Generalmente, en el primer paso se identifican muchos problemas y por esta razón se debe determinar cuáles son los más importantes que repercuten con más fuerza en los resultados.

La observación es el primero de los métodos empíricos de la investigación, siempre que se realice de manera científica, es decir, consciente, objetiva y rigurosa. Se lleva a cabo por el registro visual de fuentes primarias y secundarias sobre la situación en estudio; para lograrla, se clasifica y recoge información.

Resulta de interés la observación participante, en la cual el investigador, o bien no se identifica, o lo hace de forma abierta. En este último caso se puede

incluir en las tareas del grupo como participante, lo cual es muy positivo en la atención de salud.

Por la observación se estudian los problemas desde diferentes puntos de vista como: el lugar donde ocurren los hechos, el tiempo, el tipo de problema, los grupos o personas, los materiales, los servicios, los efectos y otras características necesarias para estudiar los problemas.

El interrogatorio aventaja a la observación mediante encuestas y entrevistas, pues es el único método que permite averiguar el pasado y el futuro, así como las manifestaciones subjetivas de los individuos.

En el paso anterior lo más relevante es identificar los problemas y en la observación lo sobresaliente es analizar y seleccionar los problemas más importantes, o sea, priorizarlos e incluso adelantar ideas sobre los factores causales del problema en cuestión, lo que ayuda a elaborar y a comprobar hipótesis.

La priorización constituye un paso importante para la planificación, ya que debido a la gran cantidad de problemas que generalmente se detectan como resultado del proceso de atención de salud, es imprescindible seleccionar los problemas fundamentales para facilitar su estudio y la determinación de sus causas.

Algunos señalan que priorizar los problemas de calidad de la atención de salud significa que no se tengan en cuenta otros tantos, lo cual está en contra de la eficiencia y la equidad. No obstante, la limitación se justifica por el elevado número de problemas que se diagnostican y la disponibilidad de recursos con que se cuenta. Por esta razón, lamentablemente, es necesario priorizar y resolver los problemas más perentorios.

Si existieran recursos suficientes, lo que realmente no es frecuente, quizás se pudieran resolver todos los problemas, de lo contrario es preciso priorizar para que los más relevantes, es decir, los de mayor impacto, encuentren solución.

Hanlon, en su libro *Principios de administración sanitaria* describe un procedimiento para la priorización, establecido por el gobierno de EE.UU. en los años 60 del siglo xx, que en un inicio era muy complicado, aunque posteriormente se fue perfeccionando, destinado a evaluar los criterios para priorizar programas y actividades, utilizando una escala de valores numéricos. A continuación se expone la concepción que propone este autor, que debe ser aplicada a cada problema:

A = Tamaño del problema en volumen de población que afecta; valor de 0 a 10 puntos.

B = Seriedad del problema según cuatro factores: urgencia, gravedad por mortalidad o morbilidad, pérdida económica de individuos y comunidad, y personas susceptibles de poder sufrir el problema; valor de 0 a 20 puntos.

C = Efectividad o impactos en las personas o adonde van dirigidas las acciones; valor de 0 a 10 puntos.

D = Componente PEARL, según se presenten los factores siguientes: prioridad, economía, aceptabilidad, disponibilidad de recursos y legalidad; valor de 0 a 1 punto.

Después se completa la operación mediante dos expresiones:

1. Calificación de prioridad básica: $CPB = (A + B) C$
2. Calificación de prioridad total: $CPT = (A + B) C \cdot D$

J. Williamson propuso una variante más simple, que se aplicó por primera vez para estudiar la calidad en los hospitales, mediante los comités de prioridades, dado el alto nivel de potencialidad en la incidencia de efectos indeseados y los beneficios que se pueden obtener si son eliminadas las causas básicas que los producen; para ello se basó en tres características:

1. Alta incidencia.
2. Beneficios factibles que no se hayan obtenidos.
3. Alto nivel de aplicabilidad.

Hernán de San Martín recomendó otro procedimiento, que se ha aplicado mucho en este medio, y consiste en cuatro dimensiones:

1. Trascendencia social: opinión de la población.
2. Magnitud: tasas elevadas de daños, mortalidad y morbilidad.
3. Vulnerabilidad: posibilidad real de modificar el problema.
4. Costo, tiempo y recursos: factibles de obtener (otros le agregan factores de política).

El procedimiento de San Martín se puede completar dándole valores a cada una de las cuatro dimensiones como un ranqueo.

Existen otras propuestas, por ejemplo, la tabla de jerarquización de problemas, de la OPS/OMS.

Por supuesto, para la priorización de problemas también se pueden utilizar las técnicas de grupo para lograr un consenso.

Análisis causal: determinar causas o factores causales

Uno de los momentos más importantes lo constituye determinar las causas de los problemas, conocido también como el “diagnóstico y evaluación del proceso” y las siete herramientas de Ishikawa.

Este es un paso imprescindible una vez identificados y priorizados los problemas fundamentales, pero primero es adecuado proponer las hipótesis como explicación anticipada del origen del problema, así como las variables que se ha de utilizar.

Las hipótesis deben ser comprobadas o verificadas y al hacerlo quedan identificados o no los factores causales; el primer caso hace posible proponer las acciones que permitan corregirlos o erradicarlos, para solucionar el problema.

¿Cómo se determinan las causas o factores causales?

Después de definido el problema o defecto se pueden establecer las interrogantes e hipótesis, para lo cual se utilizan la información y los datos

estadísticos previos, vinculados al problema, y sus características de calidad.

En este caso son útiles todos los datos e informaciones anteriores, pero es necesario añadir otros que permitan profundizar y conocer la fuerza de las relaciones entre los efectos y sus posibles causas.

Para formular la hipótesis se deben cumplir tres requisitos: definir la unidad de observación, las variables a estudiar y los términos lógicos.

Un ejemplo de hipótesis podría ser: “el incumplimiento de la norma del lavado de manos por los profesionales de la salud incrementa la posibilidad de adquirir una infección institucional”. Aquí la unidad de observación son los profesionales de la salud; las variables, el lavado de manos y los casos de infección institucional; el término lógico es el incremento de la probabilidad.

Conocidas las hipótesis es necesario comprobarlas, con la finalidad de definir las causas o factores causales que determinan los defectos o problemas que son objeto de análisis, y recordar el diagrama de causa efecto. Posteriormente, los factores causales deben ser reducidos a los más importantes, para precisar cuáles son los más importantes para decidir cuáles deben ser eliminados para la solución de los problemas.

Como se explica en el capítulo 4, en el control de calidad se utiliza el estudio explicativo-analítico mediante el método hipotético-deductivo, que es el ideal al permitir demostrar la relación causa-efecto.

Para el análisis se pueden emplear las técnicas de grupo como el método de los porqué y el diagrama de causa-efecto (capítulo 4). No obstante, desde el punto de vista científico, se recomienda aplicar las técnicas de estadística (capítulo 5). De no contarse con suficiente experiencia en este campo, es imprescindible la participación de un especialista o estadístico.

Entre esas técnicas, las más utilizadas son el gráfico de control, el histograma, el diagrama de Pareto, y la regla de Zeisel. Esta última permite elaborar tablas de contingencias, que son muy utilizadas en salud para investigar el riesgo relativo y atribuible. En ocasiones hay utilizar el experimento.

En caso de no comprobarse las hipótesis por no existir relación causa-efecto, es necesario volver al punto inicial del trabajo para buscar nuevas causas, e incluso, retomar algunas que fueron desechadas.

De haberse comprobado la relación causa-efecto y existir evidencias de que es posible bloquear las causas o factores causales para alcanzar efectos positivos, se puede pasar a la acción.

Acción: eliminar las causas

Lo importante en el control de calidad en esta etapa es decidir qué acciones realizar para dar solución a los problemas, cuya única vía será eliminando las causas básicas o fundamentales.

Para eliminar o impedir la repetición de errores y problemas, se pueden seguir tres pasos:

1. Eliminar el síntoma (mal).

2. Eliminar una causa (regular: mejoría en la repetición de errores).
3. Eliminar las causas básicas o fundamentales (bueno: elimina y previene errores).

Conocidos los problemas y sus causas fundamentales, corresponde a los niveles más altos y, desde luego, a los niveles intermedios, definir claramente qué hacer, de acuerdo con las políticas establecidas, la misión y la visión del sistema.

Para hacerlo, es oportuno aplicar estilos de trabajo en equipo y participativos: se analizarán las alternativas de solución para tomar acuerdos entre los directivos, profesionales y trabajadores, ya que cada uno tiene que realizar sus tareas para alcanzar el éxito.

Entre los métodos que se utilizan para analizar las acciones que se pondrán en práctica, se encuentran las técnicas de grupo y tomar acuerdos para después planificar las acciones.

Se recomienda que las acciones que se pongan en práctica no impliquen otras consecuencias indeseadas o efectos colaterales y, además, estar seguros de la cooperación activa de todos los involucrados en las actividades que se han de desarrollar.

Verificación: comprobación de la eficacia de las acciones

En ocasiones se olvida o no se pone en práctica la verificación, como si se pensara que todo debe funcionar espontánea y libremente. De esa manera, la persona que administra está dejando de realizar una de sus funciones esenciales.

Se debe recordar que cuando aquel que administra conoce los problemas y domina los factores causales, el control del proceso y la solución de los problemas no presenten dificultades.

En este paso se trata de verificar en el proceso cómo se están cumpliendo las acciones acordadas para la solución del problema, es decir, si todo funciona adecuadamente en relación con el proceso de atención, el entorno, los recursos y los métodos de trabajo. Si lo anterior es positivo, se debe verificar en los resultados, si los efectos producidos en las características de calidad fueron los esperados, con la finalidad de considerar si las acciones realizadas pueden ser aprobadas como normas.

Es necesario destacar la importancia que tiene la necesaria participación de los directivos en la verificación, por la gran información que estos obtienen cuando visitan todos los lugares de trabajo, para comprobar cómo se cumplen las normas y escuchar las opiniones de los trabajadores, los profesionales y los que reciben los servicios.

Para los que tienen altas responsabilidades en cada institución, la práctica de la verificación debe constituir un método para utilizar sistemáticamente, teniendo en cuenta los buenos resultados que se obtienen.

La verificación se realiza, tanto en el proceso, como en los resultados. En el proceso debe comprobarse si todos los factores causales están bajo control y el trabajo se está realizando de acuerdo con lo normado. Por otra parte, es importante comprobar si los resultados cumplen con los requisitos o indicadores de calidad acordados.

En caso de no lograrse lo deseado y mantenerse el problema, es preciso verificar nuevamente en el proceso si se mantienen los factores causales, para adoptar nuevas medidas.

En este momento lo que se desea conocer es si las acciones se realizan según lo aprobado y, además, si estuvieron seguidas del éxito, incluso, se debe identificar cualquier otro incumplimiento de las normas para considerar las medidas que se van a tomar.

Normación: eliminar las causas del problema

La administración funcional o por directrices tiene como objetivo ser lo más eficaz posible en el trabajo diario, y la normación resulta su instrumento básico para asegurar la estabilidad de los procesos. No cumplir este requisito significa cometer el error de que, una vez identificado un problema y sus soluciones, no se concluya estableciendo las normas correspondientes. Es preciso tener en cuenta que la norma es el medio idóneo para conseguir resultados superiores por medio de las mejorías obtenidas.

Las normas están unidas a la vida de los hombres y los procesos de la sociedad. En la administración hay diferentes tipos de normas: de sistema u organizativas, de inspección, de finanzas, de materiales y equipos, de trabajo y otras, sin olvidar la de resultados o calidad.

La normación es la acción de establecer pautas de actuación, constituye un instrumento fundamental de la administración y permite el perfeccionamiento y la estabilidad de un sistema.

La norma es una regla que trata de uniformar las acciones y actividades cotidianas que se realizan en un sistema o institución para lograr buenas prácticas; se ha definido, también, como la acción de: describir, acordar, registrar, practicar, verificar y perfeccionar un sistema.

Cuando las causas de un problema de calidad son debidamente eliminadas o controladas y los resultados son positivos, es oportuno analizar si las acciones realizadas deben ser confirmadas como normas o reglamentos. Si se cumplen las acciones, pero los resultados o efectos no son los deseados, hay que realizar un nuevo análisis del proceso para encontrar nuevas causas, o formular mejores normas o acciones.

Las normas se han criticado por su rigidez, pero esto puede ser minimizado si se adaptan o elaboran teniendo en cuenta las características locales y son aprobadas de manera participativa (en equipo) y mediante consenso, una vez

comprobada la eficacia de las acciones. Cuando las normas se aprueban, deben recogerse en un documento que se actualiza periódicamente. Son, además, de obligatorio cumplimiento para mantener la estabilidad del proceso.

Hay dos razones para dejar establecidas como normas las acciones que eliminan las causas de un problema: la primera consiste en prevenir que se repitan los defectos y se regrese a la situación anterior; la segunda es evitar que se repita el problema cuando se realicen cambios de personal, de métodos de trabajo o de otra índole, que lleven a la variabilidad.

En el control de calidad se aplican diferentes técnicas para la normación, por ejemplo, el flujograma o el esquema de Gantt, uno por cada problema.

El esquema de Gantt se conoce en idioma inglés por las siglas 5 W y 1 H, que significan: qué, quién, cuándo, dónde, por qué y cómo:

Qué: lo que se quiere alcanzar a corto plazo.

Quién (es): el responsable y los participantes.

Cuándo: fecha en que se debe cumplir.

Dónde: lugar donde se realiza.

Por qué: cuál es su necesidad, justificación e importancia.

Cómo: forma en que se realiza cada acción o actividad.

En general, los autores recomiendan prestar mucha atención a este aspecto, teniendo en cuenta que de no cumplimentarse, todo quedaría en el olvido y nunca se puede perfeccionar los procesos para alcanzar la calidad.

En ocasiones la norma se ha subestimado o, simplemente, se olvida su necesidad, lo cual constituye una concepción errónea, pues sin normas no es posible lograr el mejoramiento de la calidad.

Otro aspecto de interés que se ha de tener en cuenta es que los reglamentos, normas y procedimientos no pueden permanecer indefinidamente, ya que se hacen obsoletos y esto motiva el escepticismo; por tanto, hay que actualizarlos periódicamente. Algunos autores recomiendan hacerlo cada 6 meses. No hacerlo significa que no se están utilizando.

Conclusiones: revisar el proceso y planificar el trabajo futuro

En este momento se debe hacer una evaluación y sacar conclusiones de todo el proceso y de cuánto se pudo modificar, así como de los aspectos que se cumplieron o no; de lo contrario, utilice las experiencias y deficiencias para introducir las en el proceso (Tabla 10.1).

Es preciso tener en cuenta, como método de trabajo, la necesidad de verificar permanentemente el proceso y los subprocesos. Además, es imprescindible evaluar los resultados para comprobar la eficacia de las acciones e identificar nuevos problemas que requieran solución.

Tabla 10.1. Orden lógico para la solución de un problema

No. Etapas	Procedimientos	Resultados
1 Problema	Datos de frecuencia cualitativa y cuantitativa e información sobre los resultados Técnicas de grupo de generación de ideas para lograr el consenso	Identificar todos los problemas posibles
2 Observación	Historia e información del problema, visitar el lugar o servicio, entrevistas al personal y clientes para obtener información Técnicas de grupo para lograr consenso, método de priorización de San Martín, jerarquización, de Hanlon y gráfico de Pareto de resultados	Caracterizar el problema. Priorizar los problemas más importantes que requieren estudio
3 Análisis	Establecer hipótesis y definir las variables. Utilizar técnica de grupo y verificación del proceso para determinar las causas o factores causales Método de los porqué, diagrama causa-efecto, Pareto de causas, correlación gráfico de control, histograma y tabla de contingencias	Comprobar hipótesis Determinar las causas básicas o probables
4 Acción	Tomar acuerdos para precisar las acciones y eliminar las causas fundamentales (deben darse a conocer las acciones a todos los trabajadores) Método de grupo como el interactivo	Eliminar la causa básica
5 Verificación	Verificar cumplimiento de acciones y sus efectos cuantitativos en los resultados o características de calidad Utilizar método de observación o de verificación concurrente	Comprobar si el problema de calidad está eliminado o no
6 Normación	De ser efectivas las acciones, aprobarlas como normas para que sean cumplimentadas Técnicas para lograr consenso, esquema de Gantt	Establecer normas para eliminar definitivamente el problema
7 Conclusión	Evaluar mediante las técnicas de grupo todo el proceso y los resultados Sacar conclusiones y aplicar en un nuevo proceso	Utilice la información obtenida como retroalimentación para mejorar el proceso o incluir otros problemas

La aplicación del mejoramiento continuo de la calidad y del proceso de solución de problemas o de cualquier otro programa, como procedimientos del control, resultan de imprescindible necesidad, por lo que es preciso eliminar las barreras o desafíos que lo impidan.

La mejor recomendación que se puede hacer al final de este libro, es llamar la atención de los que tienen la responsabilidad de dirigir a cualquier nivel, para que tengan en cuenta que el proceso de control de calidad no es un fenómeno espontáneo. Es necesario aplicar el proceso administrativo al del control de calidad mediante las concepciones modernas de esta ciencia, sin la cual no se pueden alcanzar los objetivos en la mejoría de la calidad.

Generalmente, ocurre que al implantar cualquier método o programa no se logra en sus inicios hacerlo de forma acabada, pero ello no debe conducir al desaliento. Es necesario continuar realizando esfuerzos hasta encontrar las vías y la repetición del proceso permiten acercarse cada vez más a la situación deseada.

Finalmente, se reitera la necesidad de recordar que la calidad de la atención de salud se puede mejorar, de maneras continua e indefinida, y esa debe ser la meta.

Bibliografía

- DEMING, E. (1989): "Calidad, productividad, competitividad". En: *La salida de la crisis*. Díaz Santos, S A 1989, Pp. 47-113
- ISHIKAWA, K. (1988): *¿Que es el control total de calidad?* Editorial Ciencias Sociales. La Habana. pp. 39-66
- _____ (1994): *Introducción al control de calidad*. Díaz Santos. S.A, Madrid.
- KUME, H. (1993): *Métodos estadísticos para la mejoría de la calidad*. Editora Gente. Sao Paulo. pp. 201-216.
- MINSAP (2007): "Programa para la mejoría continua de la calidad de los servicios hospitalarios en Cuba". Ministerio de Salud Pública. La Habana.