

Sobre la garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones

Enrique Ruelas Barajas*

Resumen

Ante la importancia que ha adquirido en los últimos años el tema de la calidad de la atención médica, han surgido simultáneamente una cantidad de conceptos que con mucha frecuencia se confunden para referirse a múltiples estrategias para garantizar esa calidad, entre ellas: evaluación, aseguramiento, calidad total, garantía de calidad, etc. El propósito de este trabajo es establecer el marco conceptual de referencia que permita ordenar no sólo los conceptos, sino también las acciones encaminadas a mejorar la calidad de la atención médica. De esta manera, se propone también una matriz multidimensional que permita clasificar una variedad de esfuerzos referidos en la literatura sobre el tema y organizar acciones concretas. Se concluye que: 1) el término "garantía de calidad", por lo menos en español, es absolutamente pertinente cuando se refiere a la atención médica; 2) este concepto constituye un sólido punto de partida para la acción, al permitir la integración de conceptos hasta ahora confusos; 3) la matriz multidimensional de acciones sobre la calidad permite, en efecto, sistematizar una cantidad importante de esfuerzos en beneficio de la calidad; 4) ante la inexistencia de marcos como el desarrollado en este trabajo, es de esperar que esta contribución permita acercar el pensar y el hacer, en beneficio de todos.

Palabras clave: Calidad, evaluación de calidad, aseguramiento de calidad, calidad total, garantía de calidad.

Summary

Importance that the topic of quality of medical care has acquired in recent years, a number of concepts have been utilized to mean many strategies to improve the quality of care. This situation has frequently created confusion between terms such as: quality assessment, quality assurance, total quality management, quality guarantee, etc. The purpose of this paper is to propose a conceptual framework that allows not only to clarify the concepts but also the actions towards the improvement of the quality of care. Therefore, a multidimensional matrix is also proposed in order to classify the multiple actions referred about in the literature and to organize them. The conclusions are: 1) The term "Quality guarantee", at least in spanish, is absolutely pertinent when referred to the quality of medical care; 2) This concept becomes a solid starting point to implement concret actions by integrating different concepts and avoiding confusions; 3) The multidimensional matrix allows to systematize multiple actions; 4) Since there was not a similar conceptual framework it is expected that this paper allows to close the gap between thinking and doing on behalf of every body.

Key words: Quality, quality assessment, quality assurance, total quality management; quality guarantee.

El tema de la calidad constituye un signo innegable de nuestro tiempo en todos los ámbitos del quehacer humano. Los servicios de salud no escapan a esta influencia. El autor de este trabajo ha señalado anteriormente que la calidad, sobre todo en el campo de la atención a la salud y en los países en desarrollo, ha pasado de ser un valor implícito, a convertirse en un valor explícito, aún cuando todavía, más bien, de carácter retórico que pragmático.¹

Múltiples influencias, citadas en otros trabajos del autor,^{1,2} han producido el fenómeno antes mencionado, tanto en los países industrializados como en los que no lo son. En el caso de los países en desarrollo, tal parece que se han

enfrentado, entre otras muchas situaciones, a lo que podría denominarse bajo el influjo de Illich, como "Némesis de la cobertura". En este sentido, estos países transitan de una preocupación fundamentalmente enfocada sobre la cantidad, hacia una predominantemente sobre la calidad.³

Por otra parte, se escuchan con mayor frecuencia términos tales como: calidad total, mejoramiento continuo de la calidad, planificación de la calidad, etc. Ello no sólo en la industria, ámbito en el que se originaron estos términos hace algunas decenas de años, sino también, y muy recientemente, en los servicios de salud en los cuales, además, se han utilizado conceptos como: evaluación, verificación, asegura-

*Director de Fomento Institucional. Fundación Mexicana para la Salud. Presidente electo de la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de Atención a la Salud. Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud

miento, acreditación, etc. y muchas veces utilizados como sinónimos. Simultáneamente, sobre todo en los países de América Latina, se ha empezado a utilizar cada vez con mayor intensidad el término "garantía de calidad", que empezó a ser empleado en México no hace muchos años⁴ en referencia a los servicios de salud.

La pléyade de términos ha generado, por una parte, una confusión conceptual, y por la otra, ya sea amplitud o una aparente competencia, e incluso conflicto, en la utilización de los términos sin que, sobre todo en el campo de la salud, parezca existir una clara idea de lo que cada término significa y, sobre todo, de qué manera pueden éstos contribuir, desde sus diferentes perspectivas, a mejorar efectivamente la calidad de la atención que se proporciona.

Se mencionó el énfasis en el carácter explícito que el tema de la calidad ha adquirido recientemente en los servicios de salud en un buen número de países, y particularmente en México. Si ese carácter explícito no se acompaña de una claridad conceptual, difícilmente esos meros términos, indefinidos y adoptados muchas veces más por moda que por convicción, podrán orientar hacia una sólida praxis. Por el contrario, si se tiene una clara visión de aquellos principios que puedan guiar acciones concretas, más certeros serán los pasos hacia la acción, la investigación y la educación sobre el tema.

Así como existen diversos términos, frecuentemente sin una clara definición para muchos, existe también literatura, creciente en los últimos diez años, sobre acciones tendientes hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, principalmente en los países industrializados de Norteamérica, y de Europa occidental.

Las confusiones y aparentes complejidades tanto en los conceptos como en las acciones surgen, por consiguiente, de la carencia de una sistematización que, a la fecha inexistente en la literatura sobre el tema, facilite no sólo el ejercicio académico sino la práctica de acciones tendientes a garantizar niveles aceptables de calidad de los servicios de salud. El objetivo de este trabajo es, por lo tanto, proponer un marco de referencia que permita ubicar diversos conceptos y acciones de garantía de calidad.

Si es cierto que no hay nada más útil que una buena teoría, aún cuando no se pretende construir esa teoría en este documento, el propósito del trabajo apunta hacia ese fin. No se trata, pues, de conducir hacia una parálisis por análisis, sino de evitar, en lo posible, una acción desordenada por una pasión desorbitada, como podría ser el riesgo que aparentemente existe en la actualidad en torno al tema de la calidad en la atención de la salud.

Este trabajo se divide en dos capítulos centrales: los conceptos, y las acciones. El primero de ellos reitera, fundamenta con mayor rigor, y amplía los conceptos propuestos con anterioridad por el autor^{1,2,3} en torno a la garantía de

la calidad. Para ello, sin embargo, se establecen conceptos fundamentales, entre otros, como los propuestos por Donabedian sobre la definición misma de calidad de la atención médica.

En el segundo capítulo, se propone e ilustra un marco de referencia para sistematizar las acciones de garantía de calidad hasta ahora documentadas en la muy extensa literatura al respecto. Sin embargo, el principal objetivo no es meramente taxonómico, pues debe interpretarse también como guía para la acción organizada, que es, en última instancia, lo que verdaderamente permite garantizar una elevada calidad de la atención.

Por último, debe señalarse que en el texto, y de manera intercalada en los capítulos mencionados, se presentan algunas reflexiones que surgen de los análisis realizados. Estas reflexiones pretenden dar relieve al análisis y ser punto de partida para ulteriores y más profundas indagaciones.

Los conceptos

Si bien el objeto central de análisis en este capítulo es el concepto de garantía de la calidad, resulta indispensable establecer algunos otros conceptos básicos que permitan fundamentar el análisis subsecuente. Tal es el caso de la definición de la calidad, sus dimensiones, sus perspectivas de análisis, y sus relaciones con otros conceptos como el de eficiencia por citar sólo algunos.

Aún cuando se han generado diversas definiciones del concepto "calidad", en el caso de la atención médica Donabedian acuñó la que se considera como clásica.⁵ De acuerdo con él, "la calidad es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados". Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes.

De acuerdo con la definición anterior, puede decirse que la calidad no es un concepto absoluto sino relativo, en el que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y de riesgos prevenibles. Así, la calidad resulta siempre un juicio comparativo.

En este concepto, Donabedian distingue dos dimensiones íntimamente relacionadas, denominadas "técnica" e "interpersonal". La primera se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente. La segunda alude a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor de éste. Es ésta última a la que se ha destacado como "calidez" en la retórica actual de los servicios de salud en México. En realidad la separación de los términos calidad y

calidez es conceptualmente erróneo, no obstante, ha tenido un impacto muy importante para destacar la dimensión interpersonal, y en ello radica su mérito.

Es importante hacer notar, además, que por lo general, los proveedores de los servicios de salud tienden a destacar la dimensión técnica, en tanto que los usuarios lo hacen predominantemente con la dimensión interpersonal.

Resulta conveniente en este momento enfatizar, a manera de reflexión que, de acuerdo con las definiciones generalmente utilizadas en las organizaciones de producción de bienes o de otro tipo de servicios, la calidad equivale a la satisfacción del cliente o consumidor. Ello no puede ser interpretado exclusivamente de esta manera en la prestación de servicios de salud. En efecto, en el caso de la atención a la salud, en donde el servicio se otorga directamente a la persona y en el que el objetivo central es actuar sobre sus atributos individuales, en este caso su salud, para mejorarla o mantenerla, la mera satisfacción no es suficiente para definir el concepto. Si bien la relación entre beneficios y riesgos considera la satisfacción, también considera el resultado de esa acción sobre ese atributo individual que es la salud y que en última instancia se expresa en ese balance entre beneficios y riesgos.

El paciente puede estar satisfecho con la atención recibida, y generalmente será en relación a la dimensión interpersonal. No siempre podrá juzgar la verdadera efectividad (dimensión técnica) e incluso ética del tratamiento al que fue sometido.

En la ecuación beneficios-riesgos existe la posibilidad de obtener niveles negativos de calidad, como en el caso de la iatrogenia, en el cual los riesgos creados son superiores a los beneficios otorgados y, nuevamente, el paciente podría no estar plenamente consciente de ello, y no por incapacidad intelectual, sino por el alto grado de complejidad de la dimensión técnica, y aún así estar satisfecho con el trato recibido. En resumen, el paciente puede vivir satisfecho hasta su último suspiro, no obstante, técnicamente no debió haber muerto.

Donabedian acuñó igualmente otro concepto fundamental, su ya famosa triada: estructura, proceso, resultado.³ De esta manera, Donabedian define las diferentes perspectivas bajo las cuales es posible evaluar la calidad. En otras palabras, el juicio que se emita sobre la calidad de la atención dependerá de cualquiera o de las combinaciones de estos tres elementos.

Resulta interesante destacar que, en el momento histórico en el que la calidad y la eficiencia surgen como signos de estos tiempos, existen análisis sobre las relaciones entre ambos conceptos. Uno de ellos, nuevamente, corresponde a Donabedian quien, en lo que denomina el modelo unificado de la calidad⁴ incorpora por primera vez el concepto "costo" en la definición de la calidad, con lo cual, se da paso al análisis de las múltiples relaciones entre calidad y eficiencia.²

Nuevamente, es interesante reflexionar sobre el hecho de que durante varios años se dió la impresión de que se trató de

elevar la calidad como consecuencia de incrementos en la productividad y con ello de la eficiencia del sistema como consecuencia del establecimiento de estrategias para mejorar la calidad. El resultado del camino inicial (principalmente en la década de los setenta en México) fué en muchos casos un franco deterioro en la calidad derivado de una búsqueda de la eficiencia a ultranza.²

Después de haber abordado de manera muy sucinta algunos conceptos básicos a manera de fundamento, es posible introducir la argumentación sobre el concepto "Garantía de la calidad".

Los esfuerzos para incrementar los niveles de calidad, o para mantener mínimos deseables, han existido a la par del ejercicio profesional de quienes atienden la salud de los individuos y de las poblaciones.

El cuidado de la salud que hemos visto evolucionar en el último siglo, permiten identificar tres grandes épocas: la época de la evaluación de la calidad; la del aseguramiento de la calidad; y por último, la época de la influencia de los enfoques industriales. Estas épocas carecen de una delimitación temporal universal pues, en tanto que en algunos países se ha transitado a través de las tres, en otros, las etapas no se han dado, ni cada una de ellas, ni con fluidez.

No obstante, *gross* modo, en los países desarrollados principalmente de Norteamérica, la época de la evaluación correspondería a partir de los últimos años del siglo XIX hasta aproximadamente el principio de la década de 1950, cuando se crea en los Estados Unidos la entonces Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales. A partir de entonces se inicia lo que aquí se ha denominado como la época del aseguramiento. Por último, a partir de la segunda mitad de la década de los ochenta, se inicia una transición bajo una fuerte influencia de los enfoques industriales que se acentúa en 1991 y cuya evolución aún resulta prematuro juzgar.

En México, por otra parte, existe una larga tradición que data de finales de los años cincuenta, a partir de la experiencia del IMSS, en métodos de evaluación; sin embargo, nunca ha existido una estrategia definida de aseguramiento con sistemas de acreditación.

En la última época señalada, que por cierto en México también empieza, se intensifica en los servicios de salud, el uso de términos como "calidad total" o "mejoramiento continuo de la calidad", entre otros.

En México también, en 1985, se propuso por primera vez la utilización del término "garantía de la calidad de la atención médica".⁴ Por lo menos es la primera referencia de la que se tiene conocimiento al respecto. El término, como casi todos los demás, ha generado un cierto grado de polémica. Conviene, pues, elaborar la argumentación pertinente que justifica plenamente, desde la perspectiva de este documento, el uso de este vocablo. Además, como se verá más adelante, el término definido en su estricto sentido, permite integrar,

ubicar y explicar los demás conceptos que, como se mencionó anteriormente, en ocasiones se utilizan equivocadamente como sinónimos.

Más aún, el desarrollo de la definición de este concepto, que se presentará más adelante, permitirá identificar con mucha mayor precisión el contenido de las acciones que sustentan la garantía de la calidad.

En ocasiones se afirma que no es posible "garantizar" la cantidad de la atención a la salud, que, por consiguiente, el término es demasiado ambicioso y por ello debiese utilizarse otro más adecuado. Probablemente bajo esta posición se encuentra una concepción errónea del término, derivada del uso cotidiano de la palabra cuando se refiere a la adquisición de algunos productos. No obstante, debe revisarse la correcta definición de este término.

En primera instancia, conviene hacer referencia a las definiciones que al vocablo "garantía" corresponden en la lengua española. De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia,⁷ "garantía" significa: "acción y efecto de afianzar lo estipulado", o bien, "cosa que asegura o protege contra algún riesgo o necesidad". De acuerdo, por ejemplo, con otro diccionario⁸, garantía significa: responder de la calidad de algo.

Si se contrasta cada aceptación del vocablo con el ejercicio de la atención médica y con la definición de calidad presentada anteriormente, se identificará la pertinencia del concepto. En efecto, en México, a partir de 1984 existe en la Constitución Política del país el "Derecho a la Protección de la Salud". No puede existir mejor, ni más amplia estipulación de la acción que se espera de quien debe proteger la salud como prestador de un servicio, dirigido precisamente a este fin. Ciertamente, no se acostumbra afianzar esta estipulación; no obstante en el Código Penal, se especifican los castigos para quien, por comisión u omisión, provoca un daño como prestador de un servicio de salud.

Más aún, si se recuerda la definición de calidad como esa relación entre beneficios y riesgos, la segunda acepción resulta todavía más cercana a esta definición, pues en el ejercicio de la atención a la salud, se trata de proteger contra cualquier riesgo o necesidad. Si no se aceptara así se desconocería uno de los principios éticos más elementales de los profesionales de la salud. De acuerdo con lo anterior, el profesional de la salud debe garantizar calidad en el servicio que otorga.

Por último, ¿qué acaso un profesional de la salud no está moral, legal y técnicamente obligado a "responder de la calidad..." del servicio que otorga? ¿No fue educado para ofrecer el mayor beneficio posible con los menores riesgos para el paciente? ¿No es eso lo que la sociedad ha instituido como valor fundamental en la atención a la salud? ¿No es eso lo que las organizaciones y los profesionales deben garantizar? ¿No es entonces "garantizar" la palabra correcta? ¿Por qué existe temor e incluso resistencia a utilizarla?

El argumento estrictamente semántico es punto de partida. Su carácter pragmático ante la confusión conceptual se hará evidente a continuación. En efecto, si se acepta que el objetivo es garantizar la calidad de la atención, los demás conceptos adquieren su justa dimensión (Cuadro 1) en tanto que todos ellos pueden ahora ser interpretados como estrategias diferentes de garantía de calidad, con adscripción histórica propia y con filosofía y metodología distintas.

Figura 1.



Así, en el ámbito de los servicios de salud, la evaluación ha estado representada fundamentalmente por las auditorías médicas y las actividades de los comités intrahospitalarios. Han existido asimismo, actividades de auditoría más amplias con un carácter principalmente evaluatorio. Igualmente, desde el terreno académico, se han desarrollado innumerables metodologías para evaluar la calidad de la atención. Donde-
dian da cuenta de ello en un impresionante análisis realizado a mediados de la década de los años ochenta.⁹

En todo esto predomina el objetivo de emitir un juicio sobre el estado de la calidad; sin embargo, desde esta perspectiva se carece de mecanismos para corregir, de una manera sistemática, las deficiencias encontradas.¹ Es justamente aquí donde aparece la transición de la evaluación a la garantía,² en donde, como se verá más adelante, la garantía incluye a, pero va más allá de la evaluación.

De acuerdo con la clasificación en épocas, mencionada antes, otra de las estrategias ha sido el aseguramiento. En el campo de las organizaciones de atención a la salud, principalmente en los hospitales, a diferencia de la industria, el aseguramiento ha significado un arduo esfuerzo de estandarización que sirve de punto de referencia para verificar periódicamente su cumplimiento y, con ello, acreditar en mayor o menor grado el apego a esos estándares de calidad. El aseguramiento ha sido severamente criticado en fechas recientes en contraste con los esquemas industriales, debido

a la aparente rigidez de los estándares y al conformismo que generan, pues se dice que en lugar de buscar una superación permanente, las instituciones de salud buscan simplemente, y probablemente de manera “espasmódica”, el cumplimiento de los estándares para facilitar el trámite de la acreditación. No obstante, ha sido una estrategia en operación por muchos años ya. A ésta se suman, en otros países, los mecanismos de evaluación entre pares, que también han generado controversia a lo largo de su existencia, pero cuya utilidad tampoco puede negarse absolutamente.

Por último, los enfoques industriales. Surgidos con intensidad en el Japón de la posguerra, aún cuando algunos de ellos fueron propuestos con antelación en los Estados Unidos -donde no encontraron respuesta sino hasta muchos años después-, estos enfoques irrumpen ahora con fuerza en los servicios de salud, sin que exista un juicio claro todavía sobre los beneficios que pudiesen aportar.

Las propuestas de estos enfoques resultan muy atractivas en el campo de la atención médica en el que, como se mencionó, la calidad ha sido, por lo general, un valor de carácter implícito. En efecto, de pronto se dice de manera muy clara y precisa que la calidad es no sólo la satisfacción del consumidor sino también del proveedor, que calidad es hacer bien las cosas desde la primera vez; que la calidad es responsabilidad de todos; que las causas de los problemas de calidad no deben buscarse exclusivamente en errores individuales, sino en problemas del diseño del sistema en su conjunto; que las soluciones a los problemas de la calidad deben ser propuestas por quienes directamente se involucran en los procesos en cuestión; que el liderazgo de la organización es fundamental para un desarrollo adecuado de la organización hacia la calidad; etcétera.

A ello se suman un conjunto de métodos estadísticos y técnicas descriptivas muy sencillos que, en este ámbito, se han denominado “herramientas” de la calidad. Los diagramas de Pareto, o de causa-efecto, o las mediciones simples de frecuencias, son sólo algunos ejemplos de instrumentos de análisis y priorización de problemas.

Igualmente, las técnicas de desarrollo grupal para toma de decisiones con un fuerte énfasis en la participación de todo el personal se ha convertido en un incentivo para la utilización de estas metodologías.

Si bien todos los enfoques industriales poseen como común denominador las características mencionadas en los últimos párrafos, existen, no obstante, peculiaridades que, aunque sutiles, los distinguen. Los términos utilizados para definirlos corresponden a autores específicos.¹⁰ Por ejemplo, hablar de “mejoramiento continuo de la calidad” es referirse a W. Edwards Deming, quien acuñó el término bajo la influencia del doctor W. A. Shewhart, quien a su vez fue el primero en enfatizar la necesidad de concebir el mejoramiento de la calidad como un esfuerzo cíclico y continuo basado en la

estadística. Siguió esta misma filosofía, aún cuando con algunas aportaciones adicionales, Kaoru Ishikawa quien acuñó el término de “calidad total”, que hace énfasis en la “totalidad” del esfuerzo de mejoramiento de la calidad en toda la organización y en todo el proceso, incluso previo al propio proceso de producción. Así también, Juran habla de “planificación de la calidad”, y Crosby, por citar sólo uno de los autores más conocidos, de “cero defectos”.

Como puede entonces observarse claramente, a la luz del concepto “garantía de la calidad”, todas estas aproximaciones pueden ser explicadas como estrategias o métodos para garantizar la calidad. Aún más, bajo esta perspectiva, no sólo los enfoques industriales sino también aquéllos tradicionalmente empleados en los servicios de salud pueden resultar complementarios.

Garantía de calidad es pues, no sólo un concepto absolutamente correcto y pertinente, por lo menos en la lengua española, sino que, de acuerdo con lo anterior, permite ordenar e integrar otros conceptos, hasta ahora frecuentemente confusos para muchos y principalmente para aquéllos que, como los prestadores de los servicios de salud, habían estado alejados de estas influencias.

Resulta importante reflexionar también en este momento sobre unas cuantas de las posibles diferencias de fondo entre lo que el propio Donabedian llama el “modelo médico” y el “modelo industrial” de la garantía de la calidad. Es indispensable destacar que, en tanto que los enfoques industriales se diseñaron en el contexto de la producción de bienes, las organizaciones de servicios de salud poseen características diferentes. Por citar sólo un ejemplo de entre muchos posibles, estas organizaciones son caracterizadas por Mintzberg¹¹ como “burocracias profesionales”, en tanto que las otras son consideradas como “maquinarias burocráticas”. No es lo mismo entonces hablar de “participación en la toma de decisiones” en un contexto predominantemente de obreros que de profesionales; ninguno de estos contextos es mejor; son simplemente diferentes.

A ésto debe agregarse el muy alto contenido ético que engloba los servicios de salud y, por consiguiente, la profundidad que adquiere el concepto calidad en la atención de la salud es mucho mayor a diferencia de lo que sucede en la producción de bienes.

Por otra parte, en el campo de la salud, los métodos de evaluación de la calidad han adquirido una gran complejidad en el terreno académico. Si bien ello constituye una fortaleza, tal vez ahí radique igualmente su debilidad pues no cualquiera puede utilizar los métodos desarrollados. Es este uno de los puntos en donde inciden con fuerza los enfoques industriales por su accesibilidad metodológica.

En fin, será necesario continuar en la búsqueda de los puntos de encuentro que permitan que, tanto las experiencias desarrolladas y las características propias del modelo médico,

así como la accesibilidad y concreción del modelo industrial, conduzcan, de la manera más eficiente posible, hacia una efectiva garantía de la calidad, preservando los valores característicos de la prestación de servicios de salud.

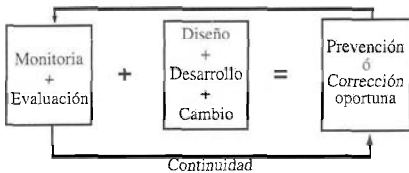
Por último, en este capítulo dedicado a los conceptos, es indispensable señalar que, si bien la definición de garantía justifica su utilización y constituye además un elemento integrador de conceptos, aparentemente confusos o utilizados indistintamente, el concepto garantía requiere ser operatorio, de manera que permita conducir hacia la acción.

Con este objetivo se elaboró una "definición desarrollada".³ Hasta antes de la publicación citada, Donabedian había propuesto en 1986 una definición de "aseguramiento de la calidad" como: "aquellos esfuerzos que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica; ésta es monitorizada y los resultados son seguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias". En esta definición se hace obvio que para mejorar la calidad, no basta con evaluar, sino que se requiere de algo más que permita corregir problemas identificados.

De acuerdo con la definición desarrollada de garantía de calidad,³ ésta es un "conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, por cinco elementos fundamentales: evaluación, 'monitoría', diseño, desarrollo y cambios organizacionales".¹⁵ (Cuadro 2).

Figura 2

GARANTIA DE CALIDAD
- DEFINICION DESARROLLADA -



Ruelas, E. Frenk, J. Framework for the Analysis of Quality Assurance in Transition: The Case of Mexico. *Australian Clinical Review*, 9, 9-16, 1989

Se ha denominado "desarrollada" en virtud de que permite identificar todos los componentes del concepto, de manera que se van desarrollando en la propia definición y facilitan así su operacionalización ulterior.

Como puede apreciarse, en la definición se incluye la evaluación y la monitoría. La evaluación es el pilar fundamental para garantizar la calidad de la atención. No es posible

garantizar algo cuyo comportamiento se desconoce. La monitoría, entendida como medición sistematizada del comportamiento de una o más variables durante periodos establecidos y con frecuencias determinadas; es también un componente indispensable de la garantía, pues se trata de establecer continuidad de manera cíclica en la observación del proceso de la atención y sus resultados, con objeto de dar la oportunidad requerida para la identificación y corrección de las situaciones que pudieran afectar el proceso, particularmente dinámico y variable en la atención de los problemas de salud.

Ahora bien, el diseño organizacional puede ser definido de manera sintética, como la combinación de los elementos de la estructura organizacional, que tiende a asegurar un adecuado desempeño de la propia organización. En el diseño organizacional se incluyen elementos como: asignación y distribución de autoridad, definición de responsabilidades, mecanismos de comunicación y coordinación, grados de formalización y estandarización de los procesos, mecanismos de control y tipos de incentivos. Como puede apreciarse, una gran cantidad de problemas que afectan la calidad de la atención, se derivan de diseños organizacionales defectuosos.

El desarrollo organizacional es una disciplina que se define como el establecimiento de estrategias educativas que permitan a los individuos que trabajan en una organización, hacer consciencia de sus propios objetivos y de los objetivos de ésta, de la importancia de su propio trabajo y del de los demás para la consecución de esos objetivos, de la manera en la que pueden mejorar su desempeño y el de los demás, y del desarrollo del liderazgo en la organización. De acuerdo con ello, resulta obvia la necesidad de hacer explícito este componente dentro de la definición desarrollada de garantía de calidad, en tanto que la calidad debe ser un valor explícito y lo más concreto posible a los ojos de todos.

Por último, la definición de garantía de calidad implica necesariamente cambio organizacional. No puede haber corrección sin cambio. El cambio, en este caso, puede ser de conductas o de procedimientos que, a su vez pueden implicar cambios de conducta.

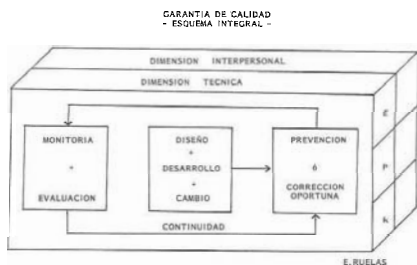
El concepto garantía de calidad debe, en consecuencia, ser interpretado no sólo como definición sino como punto de referencia para la acción. Existe ya evidencia empírica de esta capacidad de la definición.⁴

Si hasta aquí se integran algunos de los conceptos fundamentales que se han presentado en este documento, es posible construir un esquema integrador (Cuadro 3) que destaque la necesidad de que la definición desarrollada se interprete de manera tal, que no se pierdan de vista las dimensiones técnica e interpersonal en los esfuerzos de garantía, así como tampoco los elementos de estructura, proceso y resultado que deben ser garantizados.

Ahora, conviene también señalar que la definición desarrollada o su esquematización integradora, permiten también enmarcar los diferentes enfoque presentados. En efecto, en

tanto que el "modelo médico" ha enfatizado la evaluación y la monitoría, al "modelo" o enfoques industriales han enfatizado los aspectos organizacionales de la calidad y han simplificado la evaluación, dando un valor trascendente a la monitorización. De esta manera, el concepto de garantía de calidad expresado en su definición desarrollada coadyuva a interpretar las diferentes estrategias.

Figura 3.



Por último, no debería dejarse este capítulo referido a los conceptos sin mencionar, aunque de manera breve, que en el caso de la atención médica, la garantía de la calidad, interpretada en la totalidad que le han asignado la estrategia propuesta por Ishikawa, tiene y debe tener un muy fuerte y estrecho vínculo con la educación médica, o con la educación de los profesionales de la salud en lo general. En efecto, existen múltiples puntos de encuentro que deben ser identificados y reforzados deliberadamente. Estos vínculos constituyen en realidad un proceso iterativo entre la calidad de la atención y la calidad de la educación médica, y se dan entre la estructura, el proceso y el resultado de ambas de diferentes maneras, mismas que se analizan detalladamente en otro documento.¹³ Quede, pues, lo mencionado aquí como mera reflexión en este momento, que permite vislumbrar mayor profundidad en las discusiones sobre la calidad de la atención a la salud (Cuadro 4).

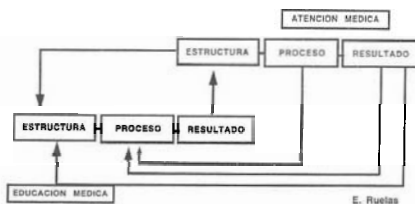
Las acciones

Como se mencionó anteriormente, existe una muy vasta literatura que refiere acciones concretas en el campo de la atención a la salud, tanto sobre evaluación, exclusivamente, como sobre múltiples esfuerzos tendientes hacia la garantía de la calidad. Ello sin considerar la ya muy abundante literatura sobre el tema. No es propósito de este trabajo, enlistar y mucho menos analizar, ese cúmulo de información en detalle. Cualquiera que lo pretendiera en este momento caería fácilmente en un pantano de confusiones. Que serían

difíciles de ordenar, por ello, el objetivo es proponer un marco de referencia que permita identificar de manera sistematizada las acciones sobre la calidad de la atención a la salud, tanto para el análisis académico, como para el diseño de estrategias concretas de acción.

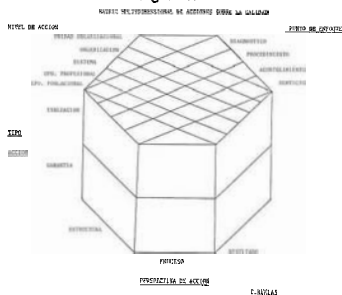
Figura 4.

EL CICLO ITERATIVO DE LA CALIDAD



Se propone clasificar las acciones posibles de acuerdo con cuatro categorías: 1) punto de acción; 2) perspectiva de acción; 3) nivel de acción; 4) punto de enfoque (Cuadro 5).

Figura 5.



Se proponen dos **Tipos de acción**: Acciones exclusivamente de evaluación, y acciones de garantía, de acuerdo a esta última con la definición desarrollada. Es conveniente señalar que al interior de cada tipo es posible identificar diferentes metodologías.

Por otra parte, las acciones pueden ser también clasificadas de acuerdo con la **Perspectiva** predominante desde la cual se aborda la evaluación, o la garantía. Estas perspectivas coinciden con y son producto del trabajo del doctor Donabedian: *estructura, proceso, resultado*.

Hasta ahora, el propio doctor Donabedian realizó un trascendente esfuerzo de clasificación de los métodos de evaluación desde la perspectiva de evaluación, de proceso, de resultado y de sus combinaciones,⁹ por lo que, la presente propuesta, hasta este momento, aporta adicionalmente al trabajo mencionado, la necesidad de distinguir entre evaluación exclusivamente y garantía de manera explícita.

Ahora bien, se considera necesario agregar también dos categorías adicionales que permitan obtener una clasificación más precisa de la información existente y orientar los esfuerzos concretos.

Nivel de acción.

Incluye cinco niveles posibles:

-*Unidad organizacional*: es, por ejemplo, un servicio específico de un hospital como pudiera ser radiología, cirugía, etc. Ejemplo concreto es el citado en el siguiente artículo *Consumer of Health Care in Emergency Units: How to improve their quality of care*.¹⁴

-*Organización*; se refiere a acciones que involucran a la totalidad o a varias de las unidades de una organización, sea esta un hospital, un centro de salud, etc. Por ejemplo: *Implementing Continuous Quality Improvement (CQI) in Hospitals: Lessons Learned from the International Quality Study*.¹⁵

-*Sistema*: incluye aquellas acciones dirigidas hacia un conjunto de organizaciones que comparten características comunes, como ser parte de una institución o, incluso, de un mismo país. Ejemplos de ellos serían: "Hacia una estrategia de garantía de calidad" que desarrolla una propuesta de carácter nacional,¹ o *The Swedish Model under pressure-How to maintain equity and develop quality*.¹⁶

-*Grupo Profesional*: incluye aquellas acciones que se dirigen de manera específica y explícita hacia grupos profesionales concretos, sean médicos o enfermeras, o cualquier otro tipo de personal de salud; véase este caso: *The quality initiative of the Royal College of General Practitioners*.¹⁷

-*Grupo Poblacional*: como su nombre lo indica, permite identificar acciones sobre grupos de población específicos, ya sea por grupo de edad, por sexo, etc. El siguiente sería un caso típico: *The quality of care of the elderly* (18).

Por último, la cuarta categoría se refiere al **Punto de enfoque**, es decir, el aspecto concreto hacia el cual se dirige la evaluación o la acción de garantía, ya sea desde la perspectiva de la estructura, del proceso, o del resultado de varios de ellos.

Esta categoría está integrada por cuatro puntos, a saber:

-*Diagnostico*. Es posible identificar acciones dirigidas a evaluar o garantizar la calidad con referencia a diagnósticos precisos. Ejemplo: *The quality of antihypertensive care*.¹⁹

-*Procedimiento*. Existe también la posibilidad de enfocar las acciones hacia procedimientos realizados. *Quality*

assurance for drug prescribing,²⁰ o "Monitorización del cumplimiento de la hoja de autorización quirúrgica"²¹, son claros ejemplos de dos tipos de procedimientos.

-*Acontecimiento*. En este caso se trata de aquellas situaciones que, o bien tienden a minimizar los beneficios o a incrementar los riesgos sin justificación alguna. En esta categoría se incluyen los incidentes, e incluso los accidentes, en el manejo de los pacientes. Por ejemplo, "Control informatizado de la infección hospitalaria" es un caso.²² Un caso extremo sería: "La mortalidad evitable: Indicador de calidad asistencial"²³

-*Servicio*. Constituye una combinación de procedimientos que integran un servicio específico. Por ejemplo, la realización de un estudio de gabinete, que probablemente involucre un determinado número de procedimientos, constituiría un servicio que se ofrece y se otorga a los pacientes. De igual manera, un evento quirúrgico constituye un servicio que se suma a procedimientos pre y post-operatorios para lograr el tratamiento adecuado y conseguir así el mayor beneficio posible. Tal es el caso de: *Patient assessment of care in a pain management unit*.²⁴ En éste se pone de relieve también la dimensión interpersonal y no sólo la técnica como en otros de los ejemplos presentados hasta ahora.

Como puede observarse también, es posible encontrar y definir acciones que puedan ser clasificadas dentro de varias de las cuatro categorías. Con objeto de facilitar esta identificación, se propone distribuir las cuatro categorías en una matriz multidimensional (Cuadro 5), que permita conocer y analizar puntos de intersección entre éstas.

Algunos ejemplos de la utilidad de la matriz son:

- Como se dijo anteriormente, el trabajo del doctor Donabedian⁹ puede ser clasificado dentro del segmento de "evaluación", de acuerdo con el tipo de acción, y analiza diferentes experiencias desde las tres perspectivas posibles: estructura, proceso y resultado, y la combinación de éstas. El segmento de esta matriz múltiple permite delimitar con precisión el espacio de análisis adoptado por el doctor Donabedian.

Se podría, además, observar o proponer aquellas acciones de garantía que se dirijan, por ejemplo, hacia un procedimiento específico que se lleva a cabo en una unidad organizacional desde la perspectiva de la estructura o del proceso o de los resultados o de todos ellos. Continúan los ejemplos:

- *Are in-hospital deaths and long stay markers for errors in surgery?*²⁵ En este caso se ilustra la intersección entre: organización, acontecimiento, proceso y evaluación.

- *Outcome measures of obstetrical and perinatal care*.²⁶ Es un caso de intersección entre unidad organizacional, servicio, evaluación y resultados.

Como puede observarse, las acciones sobre la calidad son susceptibles de un enorme número de combinaciones. Resulta imprescindible poseer una visión más clara de estas posibles

combinaciones si ha de tratarse del diseño de estrategias que aborden los principales problemas de la calidad para garantizar niveles aceptables de ésta. La matriz no es sólo un ejercicio académico, sino que debe ser interpretada como una propuesta para identificar y ordenar las acciones posibles. Tal es su doble objetivo.

Una de las grandes cuestiones a las que se enfrentan quienes desean establecer estrategias de garantía de calidad es por donde se debe empezar. En efecto, el ámbito de la atención a la salud es complejo. El número de variables en juego es grande. El desconocimiento sobre el tema es aún grande también para muchos. Se reitera entonces que, para la acción racional debe existir una clara conceptualización. Como se mencionó en la introducción, "si bien existe riesgo de parálisis por análisis, más riesgo existe del atrevimiento que surge del pedestal de la ignorancia, o de la falta de acción por inanición intelectual".

Conclusiones

1. Se espera que resulte claro el valor de una conceptualización adecuada, dirigida hacia el ejercicio académico y hacia la acción.
2. La garantía de la calidad constituye no sólo un concepto, sino un marco integrador de diversas estrategias si se acepta con rigor su definición.
3. La definición desarrollada de la garantía de la calidad debe ser considerada no sólo como marco conceptual, sino como punto de referencia para la acción.⁴
4. La matriz multidimensional de acciones sobre la calidad permite sistematizar un sinnúmero de acciones, hasta ahora inmersas en un cúmulo amorfo de información, en medio del cual se pierden de vista las opciones reales de acción efectiva.
5. Todo lo anterior debe considerarse como plataforma para análisis más profundos y para acciones concretas, que garanticen los niveles de calidad de la atención a la salud que cualquier ser humano merece por el hecho de serlo.

Referencias

1. Ruelas, E. "Hacia una estrategia de garantía de calidad: de los conceptos a las acciones". Salud Pública de México. 1992;34:29-45.
2. Ruelas, E. "La relación entre calidad, productividad y costos". Aceptado para publicación en Salud Pública de México. 1993.

3. Ruelas, E. "Transiciones indispensables: De la Cantidad a la Calidad y de la Evaluación a la Garantía". Salud Pública de México. Editorial. 1990;32:108-109.
4. Ruelas, E. et al. "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad". Salud Pública de México. 1990;32:207-220
5. Ruelas, E., Frenk, J. "Framework for the analysis of quality assurance in transition: the case of Mexico. Australian Clinical Review. 1989;9:9-16
6. Donabedian, A. The Definition of Quality and Approaches to its assessment, Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1980.
7. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Espasa-Calpe. Madrid. 1984.
8. Diccionario Planeta, Editorial Planeta. 1986.
9. Donabedian, A. The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1985.
10. Ishikawa, K. What is Total Quality Control? The Japanese Way. Englewoods Cliff N.J. Prentice-Hall. 1985.
11. Mintzberg, H. The Structuring of Organizations.
12. Donabedian, A. "Quality Assurance in our Health Care System". Quality Assurance Utilization Rev. 1986;1(1):37-68
13. Ruelas, E. "La Calidad de la Atención y la Educación Médica: Encuentros y Desencuentros". Aceptado para publicación. Fondo de Cultura Económica. 1992.
14. Hansagi H. et al. "High Consumers of Health Care in Emergency Units: How to improve their quality of care" Quality Assurance in Health Care. 1991;1:51-62
15. Anderson C.A. et al. "Implementing Continuous Quality Improvement (CQI) in Hospitals: Lessons learned from the International Quality Study. Quality Assurance in Health Care. 1991;3:141-146
16. Calltrop, J. "The Swedish Model Under Pressure-How to maintain equity and develop quality?" Quality Assurance in Health Care. 1989;1:13-22
17. Baker, R.H. "The Quality Initiative of the Royal College of General Practitioners" Quality Assurance in Health Care. 1989;1:23-30.
18. Reizenstein, P. "The quality of care of the elderly". Quality Assurance in Health Care. 1989;1:31-38.
19. Eldar, R. Rozenhul, N. "The quality of antihypertensive care". Quality Assurance in Health Care. 1989;1:217-222
20. Somerai, S.B. et al. "Monitorización del cumplimiento de la hoja de autorización quirúrgica". Control de Calidad Asistencial. 1991;6:7-10
22. Ferrer, P. et al. "Control informatizado de la infección hospitalaria" Control de Calidad Asistencial. 1987;2:5-14
23. Magarolas, R.G. "La mortalidad evitable: Indicador de calidad asistencial? Control de Calidad Asistencial. 1992;7:1-8
24. Eldar, et al. "Patient Assessment of Care in a Pain Management Unit" Quality Assurance in Health Care. 1989;1:229-234
25. Troeng, T., Janzon L. "Are in-hospital deaths and long stay markers for errors in surgery?" Quality Assurance in Health Care. 1990;2:149-160
26. Buekens, P. "Outcome measures of obstetrical and perinatal care". Quality Assurance in Health Care. 1990;2:253-262