

Control de calidad de la atención médica. Una investigación a nivel mundial

GUILLERMO FAJARDO-ORTIZ*

En los últimos años, pocos temas han sido tan atractivos en la atención médica como el control de la calidad de la misma. Al respecto hay una avalancha de escritos, se han celebrado cursos, foros, simposios, reuniones y seminarios; se han formado comités, se han diseñado normas, se han escrito artículos y libros que remarcan, subrayan, resaltan, enseñan y magnifican la importancia, utilidad y necesidad del control de la calidad de la atención médica. ¿Cuáles son las razones de ese interés y preocupación? Son muchas, algunas sin sustento sólido en lo real; provienen del público, grupos profesionales y del medio político. Se mencionan las más socorridas.

Públicas

Insatisfacciones de pacientes y sus familiares en cuanto a resultados de la atención; oportunidad de la misma, costos elevados, accesibilidad, etc.

Vigilancia de organismos de consumidores.

Presentada en la Asociación Gremial de Clínicas, Hospitales y otros Establecimientos de Salud. Santiago de Chile. Mayo 1988.

* Académico numerario. Presidente, Federación Internacional de Hospitales.

Profesionales

Apoyo al otorgamiento de una atención médica eficaz.

Promoción de la enseñanza e investigación.

Transgresiones a normas médicas, de enfermería, dietología, etc.

Cumplimiento a normas éticas.

Políticas

Legitimización de los servicios médicos ante prestadores, usuarios y autoridades públicas.

Cumplimiento de acuerdos nacionales e internacionales.

El asunto, como se expresa, no es sólo una corriente de pensamiento y acción de la clase médica; refleja también una inquietud que emana de espacios más amplios de las sociedades, que traduce mayor conciencia y conocimientos del hombre acerca de los servicios médicos en cuanto a recursos, organización, efectos y costos.

El control de la calidad de la atención médica ha sido más estudiado en los hospitales, debido a que la actividad tradicional de los mismos, la "hospitalización", corresponde a un episodio del fenómeno salud-enfermedad, bien definido: ingreso-egreso; lo que no quiere decir que no tenga importancia o aplicación en consulta externa, atención primaria de salud, servicios de rehabilitación y atención a domicilio.

El presente trabajo fue posible realizarlo gracias a una encuesta enviada a 98 miembros "A" de la Federación Internacional de Hospitales y de la Federación Latinoamericana de Hospitales, ubicados en todos los continentes y que se identifican con ministerios o secretarías de salud, organismos de atención médica de la seguridad social y asociaciones nacionales de hospitales. Se obtuvo elevado número de respuestas, hubo 90 contestaciones. La encuesta abarcó las siguientes Preguntas:

1. ¿En qué organismo de su país se practica regularmente el control de la calidad de la atención médica?
2. ¿Cuáles son las razones para practicar el control de la calidad de la atención médica?
3. ¿En qué fases de la atención médica —hospitalización, consulta externa, atención primaria de salud— se aplica ampliamente?
4. ¿Qué entiende por control?; ¿qué entiende por calidad?
5. ¿Qué características debe tener un buen proceso de control de calidad?
6. ¿Qué instrumentos son los que se utilizan en su país u organismo en el control de la calidad de la atención médica?
7. ¿Qué problemas se han confrontado en la práctica del control de la calidad de la atención médica?

Control y calidad

¿Qué es el control de la calidad de la atención médica? Es un proceso, cuyo primer problema es todavía el de su definición misma y el de limitación de sus fronteras, se basa en los conceptos de control y calidad, nociones utilizadas frecuentemente pero que no para todos tienen los mismos significados. Adentrarse en dichos conceptos es profundizar en el terreno científico y en aspectos epistemológicos, es recurrir a bases lógicas y racionales.

Al control se le suele considerar como una limitante negativa; en realidad, forma parte del quehacer humano, es indispensable para que las instituciones logren sus objetivos. El control ha sido enunciado como la acción de atender a que el proceso se practique de acuerdo a lo planeado; implica determinación y adopción de normas, mediciones y correcciones. Es decir, controlar es mantener algo dentro de ciertos límites, es disponer de información y aplicarla.

En cuanto al término calidad, cada quien lo interpreta como lo "percibe". No hay una definición aceptada por todos, aunque siempre es un juicio de valor. Un juicio de valor sobre cualquier actividad humana o servicio es complejo y difícil, ya que implica un número indefinido de intangibles.

En muchos casos es un atributo, una propiedad, en otros es instrumento de medida y, a fin de cuentas, un medio para etiquetar o clasificar; o sea que el término tiene un sentido y función crítica.

Una de las definiciones más aceptadas, en la actualidad, sobre la expresión calidad, es la emitida por la Asociación Francesa de Normalización (AFNOR), la que dice: "Es la aptitud de un producto o de un servicio de satisfacer las necesidades de los usuarios". Desde el ángulo de la atención médica, calidad es más que la satisfacción de los usuarios, es más que un aspecto personal, abarca factores relativos a: idoneidad, efectividad, aceptabilidad y eficiencia.

Reuniendo los conceptos anteriores y con propósitos prácticos se puede decir que control de la calidad médica es la actividad concurrente que atiende, asegura y verifica que los servicios médicos sean proporcionados a cada paciente conforme a normas establecidas y a satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Antecedentes y evolución

¿Cuáles son los antecedentes y trayecto del control de la calidad médica? Ha sido una valoración innata que se encuentra en una u otra forma en todas las épocas históricas y en todas las culturas.

En forma genérica, el control de la calidad de la atención médica tiene raíces en el socratismo, el médico mayéutico, la honestidad intelectual, y el cuestionamiento del entorno y los propios actos.

Otros antecedentes centrales del control de calidad pueden rastrearse en la moral epicúrea y englobarse en la tesis del filósofo y economista inglés del siglo XVIII, Jeremy Bentham. El benthamismo es el credo que acepta como fundamento de la conducta el principio de la utilidad, según el cual las acciones son moralmente rectas en cuanto a que tienden a procurar el bienestar, y erróneas si producen el efecto contrario. El utilitarismo, a su vez, pone énfasis en el bienestar público, el que finalmente

coincide con el particular de cada individuo; supone la coincidencia de la utilidad particular y la utilidad pública.

En un principio, el control de la calidad de la atención médica fue empírico. Los sentimientos y, a veces, las pasiones desempeñaban un papel importante. Se ha convertido en un proceso teórico en el que intervienen concepciones técnicas, éticas, económicas, jurídicas y políticas, siendo así un proceso multidimensional.

El empirismo se manifestó en el famoso Código de Hammurabi (2000 a.C.), en el juramento hipocrático y en el cristianismo. Centurias más adelante, en el siglo XVIII, en la Revolución Francesa, representantes del pueblo dieron a conocer lineamientos objetivos para mejorar la calidad de atención médica; cien años después, Florence Nightingale, durante la Guerra de Crimea, tuvo inquietudes semejantes.

En el siglo actual, la primera manifestación explícita de control de calidad de la atención médica ocurrió en Estados Unidos en 1914. Su iniciador fue el doctor Ernest Codman, quien era presidente del Comité de Estandarización de Hospitales del Colegio Americano de Cirujanos; quince años más adelante se enriqueció con los estudios de Thomas Richey Ponton, también miembro de dicho Colegio. Después de la Segunda Guerra Mundial surgió la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, cuyo propósito era y ha sido calificar en forma voluntaria a las instituciones hospitalarias.

A partir de entonces, en los Estados Unidos de América han surgido iniciativas y proyectos, constituyendo la "línea norteamericana", basada en un organismo nacional e independiente del gobierno, que se ocupa del control de la calidad de la atención médica; en Canadá y Australia hay organismos parecidos; en España la corriente es semejante, pero bajo directivas gubernamentales. El Servicio Nacional de Salud de la Gran Bretaña no ha tenido una conducta definida acerca de acciones oficiales o de carácter privado.

En el momento actual, el resto del panorama mundial es muy heterogéneo. En la mayoría de las instituciones de atención médica no se efectúa por desconocimiento, sensación de autosuficiencia, apatía o falta de recursos. En los que se practica hay diversas modalidades en cuanto a responsables, metodología, ámbito (nacional, regional, institucional, etc.) y continuidad, lo que dificulta hacer comparaciones. En cuanto a los organismos "apáticos", indolentes o desidiosos, cuentan con procedimientos y posibilidades para practicar el control, pero lamentablemente no lo realizan. Por otro lado, en cuanto a la falta de recursos, en ciertos medios ¿cómo practicar el control de la calidad de la atención médica, si la misma se presenta en lugares escasos de recursos, donde la enseñanza médica está

atrasada, donde priva el autoritarismo y el dogma? Pretender bajo estas condiciones el control parece irónico o cruel, aunque es donde más debe practicarse.

En América Latina, el control de la calidad de los servicios médicos principió hace unas cuatro décadas, conociéndose desde entonces con diversos nombres: "auditoria médica", "evaluación médica", "análisis de la atención médica", "monitoreo médico", "verificación de la calidad de la atención médica", "fiscalización de actividades médicas", "garantía de la calidad de la atención médica" y "aseguramiento de la calidad médica"; términos que enfatizan algún aspecto del trabajo médico, una moda o a veces un deseo no bien claro de mejorar la atención médica.

En otro orden de ideas, en la actualidad, la difusión de nuevas tecnologías en la comunidad y la aparición gradual de consensos clínicos en cuanto a tratamientos óptimos han favorecido la creación de normas clínicas que determinan la calidad de la atención médica; sin embargo, la implementación de nuevas tecnologías en la atención médica no debe confundirse con mejoría en la misma.

Hasta aquí hemos constatado y recorrido la trayectoria del control de la calidad de la atención médica, señalado su justificación y referido su concepto, pero cabe preguntar: ¿qué características debe reunir el proceso de control de calidad?, ¿qué obstáculos ha confrontado?

Características

El proceso de control de la calidad de los servicios médicos, para que sea válido, ha de comunicarse, debiendo ser objetivo y consistente, es decir, debe haber precisión y claridad en su propósito, desarrollo y etapas, debiendo apegarse al médico científico.

Con base en las características de comunicación, objetividad y consistencia se dan las de operabilidad, confiabilidad y relevancia. Dichas características deben permitir retroinformar oportunamente sobre la actividad médica y sus resultados en la salud de los pacientes.

La práctica del control de la calidad de la atención médica exige conocimientos del ejercicio médico, talento administrativo y diplomacia; que posean ímpetu, energía y capacidad para realizar el trabajo quienes deben definir normas, procedimientos, mediciones, correcciones y verificar el cumplimiento de estas últimas.

Modalidades

El ejercicio del control de la calidad de la atención médica descansa en la formulación de metodologías

científicas y en la "transformación" de actividades subjetivas en objetivas.

Así como hay infinidad de definiciones de control de calidad, hay diversas modalidades o instrumentos de un esquema genéricamente común, bien conocido, basado en el modelo insumo-producto que estudia tres componentes de la atención médica: estructura, proceso y resultados.

Aunque los tres componentes citados pueden medirse, la relación entre ellos es variable y mal definida, por lo que la calidad de la atención médica es difícil de establecer, y en muchos casos no puede haber acuerdo en cuanto al resultado ideal.

Los estudios, en cuanto al primer componente, la estructura, son de carácter descriptivo, son innatos al servicio y al prestador, son los potenciales del otorgamiento de la atención médica, se refieren a objetivos, organización, normas y procedimientos de la institución; y cantidad y calidad de los recursos humanos, materiales, financieros y legales destinados a la atención médica. En los recursos humanos se estudian los conocimientos de los mismos y su pericia para aplicarlos, es decir la competencia profesional. Las medidas de estructura por sí solas no definen la calidad de los servicios.

Los estudios relativos al segundo componente del proceso, son parámetros que evalúan lo que los prestadores, médicos, enfermeras ó dietistas, hacen para, por y con el paciente; abarcan la oportunidad y la cortesía en el servicio y la información al usuario; otros aspectos del proceso se reflejan en el expediente clínico. Así, en el proceso se estudian las actividades del personal, la secuencia e interacciones de las mismas, valorándose la formulación diagnóstica y la terapéutica de acuerdo a normas clínicas, el seguimiento y la transferencia de pacientes y el grado de participación, en su caso, del paciente, en su atención. El análisis del proceso es más difícil de establecer que el estudio de la estructura, tanto en la realidad como en las normas, y lo mismo ocurre con sus métodos de medida.

Los estudios de los resultados reflejan, básicamente, lo que acontece al paciente en cuanto a su estado de salud actual o salud potencial, haciendo referencia a normas empíricas, por ejemplo: curar la enfermedad, disminuir la mortalidad, prevenir secuelas o complicaciones o mejorar un estado anormal. Los resultados pueden ser inmediatos, a mediano o largo plazo, debiendo tenerse en cuenta la calidad de la vida obtenida, en cuanto a actividades en el hogar, trabajo, educación y recreación. En forma más amplia, el resultado de la atención se puede valorar en cinco aspectos: el ya mencionado cambio del estado de salud del paciente (efecto sobre el usuario), adquisición de conocimientos de los prestadores, adquisición de actitudes y hábitos sanos de los usuarios, satisfacción del paciente y efecto de la atención médica sobre la salud de la población.

Las modalidades oscilan entre dos polos: el de lo abstruso hasta límites insoportables e incluso absurdos y el de lo simplificado, hasta espacios en los que ya los problemas del control de la calidad han dejado de ser lo que eran. Hay muchas modalidades que abarcan uno o los tres componentes citados; a manera de ejemplo se citan las siguientes:

1. Estudio del expediente clínico; por ejemplo, contenido de la documentación clínica.
2. Revisión de la práctica médica; por ejemplo, programas de estudio y tratamiento, secuencia en las medidas para establecer diagnósticos o terapéuticas.
3. Estudio de los resultados; por ejemplo, infecciones, complicaciones, recuperación y supervivencia.
4. Estudio integral de la atención, cubriendo aspectos no sólo médicos sino también de enfermería, dietología y otros.
5. Estudio del proceso-resultado; se refiere al seguimiento de síntomas del paciente y a los resultados de las acciones de los prestadores en relación con dichos síntomas.
6. Análisis de las estrategias diagnósticas y terapéuticas; se basa en la utilización de árboles de decisión para valorar opciones de acción y pronósticos.
7. Estudio de la satisfacción del paciente.

El análisis de la satisfacción del usuario empezó a estar en boga desde hace unos diez años; se puede referir a la tecnología empleada en el diagnóstico o terapéutica, a la relación con los prestadores y el entorno, al grado de bienestar obtenido y a las consecuencias de las medidas diagnósticas y terapéuticas.

Las modalidades y terminología diferentes empleadas en cada institución dificultan su confrontación; por otra parte, en algunos casos las modalidades son practicadas por funcionarios de las propias instituciones y en otros casos por personal ajeno a las mismas.

Obstáculos

La implementación del control de la calidad de la atención médica no es fácil, necesita de la elaboración de programas que especifiquen objetivos, normas y mediciones. Algunos impedimentos y críticas ya se han esbozado. Los principales que se han encontrado son los siguientes:

1. Mala definición de términos. Suele haber definiciones inadecuadas de calidad, normas, procedimientos y mediciones para el desarrollo del proceso de control de la calidad.
2. Problemas en cuanto a la información. Se refiere a dificultades en la captación y determinación de los datos necesarios para el control, como imprecisión en el tamaño de las muestras estadísticas, codificaciones deficientes y marcos de referencia o modelos inapropiados.
3. Metodología deficiente del programa de control de calidad. Se han encontrado programas poco claros en cuanto a objetivos y etapas del proceso.
4. Falta de personal responsable. Para que un programa de control de calidad tenga éxito deben practicarlo hombres íntegros, evitándose la presencia de advenedizos, oportunistas y "teóricos"
5. Resistencia o falta de apoyo o motivación al control por parte del personal y directivos. En ocasiones los médicos, enfermeras, técnicos y autoridades institucionales le dan poca importancia o rehuyen el control por razones de temor, insuficientes conocimientos o posibilidad de sanciones.

Al lado de estos problemas hay otros:

Limitaciones administrativas, legales y financieras.

Inquietud y temor de médicos en cuanto a aplicar nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos ya que estarán sujetos al control.

Imposibilidad para resolver los problemas detectados.

En otro orden de ideas, no es raro que funcionarios de diversos niveles institucionales tengan dudas acerca de la credibilidad del control de la calidad. Se preguntan: ¿cuál es su sentido?, ¿cuál es su beneficio?, ¿cuáles son sus participantes?, ¿sus resultados afectan a la atención médica en forma objetiva?, ¿dónde deben practicarse?, ¿deben participar en el control de la calidad de la atención médica los pacientes?

Para terminar este capítulo de obstáculos, se puede decir que el mejor programa de control de calidad de la atención médica que no se acompañe de renovación y de medidas correctivas, no se justifica ni debe defenderse.

Perspectivas

Los progresos en el control de la calidad de la atención médica estarán definidos en tres campos: técnicas epidemiológicas, relación costo-beneficio y ética médica; campos que tienen un enorme potencial para mejorar significativamente las modalidades de control de calidad de la atención médica.

No hemos hecho referencia hasta ahora a los sistemas de computación y su relación con el control de la calidad de la atención médica. Dichos sistemas proporcionan información y pueden señalar problemas potenciales del control de la calidad, pero no sirven para efectuar el control propiamente dicho.

Comentario final y síntesis

En resumen, el control de la calidad de la atención médica es un concepto y una práctica de extraordinaria vitalidad, es un instrumento que tiene una responsabilidad en el funcionamiento del conjunto de los servicios médicos. El papel del control no sólo es evaluar, como se suele creer, también tiene la responsabilidad de mantener un nivel de atención médica adecuado, es una actividad de vigilancia continua, orientada a prevenir, identificar o resolver problemas en cuanto a los componentes básicos de dicha atención —la estructura, el proceso y los resultados—; no es una panacea ni un procedimiento punitivo, tampoco es una investigación clínica, ni un estudio epidemiológico. Un verdadero control de la atención médica debe provocar un cambio o reafirmación de los sistemas de juicios y un desarrollo de una infraestructura, regidos por la tecnología, la deontología y la economía, reconociendo valores y concepciones diversas; es el paso del criterio médico absolutista a un criterio donde participan, además de profesionales de la medicina, otros prestadores de la atención médica y los mismos usuarios.

Los resultados hasta ahora conseguidos y los progresos logrados han sido alentadores; sin embargo, se necesitan mayores esfuerzos e imaginación para resolver los complejos problemas que plantea el control de la calidad de la atención médica.

El control de la calidad de la atención médica es necesario a fin de contar con servicios confiables y satisfacer las necesidades de salud de los pacientes; es una obligación de todos los que intervenimos en el otorgamiento de servicios médicos: autoridades, prestadores y usuarios.

Referencias

1. AGUIRRE GAS H: Comunicación personal. Subdirección General Médica, IMSS, 1988.

2. CUESTA GOMEZ A; MORENO RUIZ JA; GUTIERREZ MARTI R: *La calidad de la asistencia sanitaria*. Madrid, Ediciones Doyma, 1986
3. CHRISTOFFERSON J; MOYNIHAN C: *Can systems measure quality?* Computers in Health Care, 1988; 9: 24.
4. GOMEZ LEAL JL: Comunicación personal. Subdirección General Médica, IMSS, 1988.
5. GONZALEZ MONTESINOS F: Comunicación personal. Facultad de Medicina, UNAM, 1988.
6. MARTIN JC: *Obstáculos sobrepacientes y críticas al control de calidad de la atención médica*. México, Academia Mexicana de Cirugía, 1988.
7. MARTINEZ C: Comunicación personal. México, Instituto Nacional de Cardiología, 1988.
8. PICKERING E: *Control de calidad de la atención médica del paciente en los hospitales*. México, Academia Mexicana de Cirugía, 1988.
9. PIÑA HA; MIRANDA BJ: *Problemas institucionales para evaluar la calidad de la atención médica*. Simposio. Academia Nacional de Medicina, México, 1984.
10. PAINE L: *General report and commentary: The realities of quality assurance*. World Symposium for Quality in Health Care. Orlando, Florida, 1985.
11. ROSARIO NL: *Normas de garantía de calidad*. Rio Piedras, Health Management Associates, 1986.
12. SHAW CD: *Introducing quality assurance*. King Edward's Hospital Fund for London. London, 1986.
13. TOLLOCZCO T: *Enfoque quirúrgico a los problemas de control de calidad*. México, Academia Mexicana de Cirugía, 1988.
14. VILLAZON A: *Calidad de la atención médica aguda*. Simposio. Academia Nacional de Medicina, México, 1984.
15. EUROPEAN NEWSLETTER ON QUALITY ASSURANCE: *CBR-National organization for quality assurance in hospitals*. Utrecht, 1987.
16. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: *Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS*. México, D. F., 1987.
17. INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL: *Evaluación de la calidad de la atención en unidades médicas hospitalarias del IMSS*. México, D. F., 1987.