

# Los paradigmas de la calidad en la atención médica

Enriau Ruelas-Barajas\*

Son múltiples las transiciones que en torno al tema de la calidad de la atención médica se han dado en los últimos 100 años. Sin embargo, como en muchos otros aspectos en la evolución de la sociedad contemporánea, los últimos 10 años han sido particularmente dinámicos.

Todas estas transiciones se agolpan y generan turbulencias. Para diseccionar la complejidad aparente de las turbulencias, es necesario sistematizarlas. Al hacerlo así, es posible observar lo que en realidad se perfila como una transición de verdaderos paradigmas. En efecto, hoy es posible delinear lo que podría empezar a reconocerse claramente como un viejo paradigma que coexiste con lo que se dibuja como el nuevo paradigma de la calidad en la atención médica.

El propósito de este artículo es definir, con los contornos más claros posibles, ambos paradigmas. Ello permitirá ubicar con mayor precisión las características del momento histórico que se vive en la evolución de la calidad como un valor siempre presente, aun de diferentes maneras, en el ejercicio de la atención médica.

La primera parte se enfocará hacia la definición de lo que constituye un paradigma, la segunda parte tratará sobre la caracterización del que aquí se denomina "viejo paradigma".

Y, por último, y en franca antítesis, se presentan las características del que en este documento se califica como "nuevo paradigma", según se perfila como realidad ya vigente ante quienes hemos seguido la evolución del tema muy de cerca.

## ¿Qué es un paradigma?

Para Kuhn,<sup>1</sup> un paradigma es un conjunto de realizaciones científicas universalmente reconoci-

das que, durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica". El paradigma vigente constituye entonces lo que el propio Kuhn denomina como "Ciencia normal", misma que es capaz de analizar y resolver "problemas normales". Cabe señalar que el término "normal" podría interpretarse aquí en el sentido estrictamente estadístico del concepto y que, esas "realizaciones" a las que se refiere el autor, poseen creencias y valores que subyacen a la forma de generar el conocimiento.

El argumento fundamental de este autor es que "la ciencia no se desarrolla por acumulación de descubrimientos e inventos individuales" y así, explica las transiciones de paradigmas.

Kuhn continúa: "A veces, un problema normal, que debería resolverse por medio de reglas y procedimientos conocidos (ciencia normal), opone resistencia a los esfuerzos reiterados de los científicos para ser solucionado..." "En esas y en otras formas, la ciencia normal se extravía repetidamente y cuando lo hace, se inician las investigaciones extraordinarias que conducen a una nueva base para la práctica de la ciencia". Entonces surge, precisamente, un nuevo paradigma.

Esta evolución dialéctica que aquí resumida aparece con nitidez, no carece, sin embargo, de tensiones que se dan precisamente entre quienes viven convencidos de la ciencia normal a pesar de sus "extravíos" y quienes han puesto en duda su validez para continuar explicando una realidad que, a sus ojos, ha rebasado los viejos esquemas y exige nuevas perspectivas para su análisis. De esta manera, ambos paradigmas, uno viejo y uno nuevo, coexisten durante cierto tiempo hasta que, por fin, el nuevo paradigma se impone por su propio peso y el viejo paradigma pasa a formar parte de la historia no sin cobrar en ocasiones el precio por ello.

\* Miembro numerario de la Academia Nacional de Medicina. Presidente Ejecutivo de QUALIMED S. A. de C. V. Ex presidente de la Sociedad Internacional de Calidad de Atención a la Salud y de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud.

Correspondencia y solicitudes de reprints: Dr. Enriau Ruelas-Barajas, Calzada del Hércules # 160, Ejido de Santa Ursula, C. P. 04850, México, D. F. Teléfonos 726 55 24, 726 55 55 extensión 2380. FAX 684 82 17.

Valga como un ejemplo de ello recordar aquí las penurias sufridas por Galileo por haber cuestionado un paradigma que a sus ojos era equivocado a pesar de haber prevalecido vigente durante siglos.

## El viejo paradigma de la calidad de la atención médica

De acuerdo con la sección precedente, es indispensable reconocer que, a pesar de que aquí se denomine como "viejo", se trata de un paradigma aún vigente aunque existe ya una franca transición que cada vez lo hace más obsoleto. Ello se hará más evidente cuando se analice el que surge ya como un nuevo paradigma.

Es posible caracterizar el viejo paradigma con base en seis creencias y valores que han predominado durante todo este siglo hasta principios de la década del ochenta cuando empezaron a ser cuestionados paulatina y contundentemente.

### 1. La calidad es implícita

La creencia ha sido que una buena calidad está implícita en el propio ser del médico o de la enfermera; que el médico por ser tal, es buen médico; que la calidad existe por el simple hecho de tener un servicio de salud, sea hospital, clínica o consultorio. Por ello, no tiene mucho sentido hablar de la calidad, la calidad existe y punto. Por ello también, la calidad es tan subjetiva que no es posible medirla y, en consecuencia, no tiene sentido enjuiciarla. La calidad está en cada médico y nadie, ni sus colegas, pueden juzgarlo.

### 2. Cantidad es calidad

Durante muchos años se ha creído que a mayor cantidad de servicios, mayor calidad. Si se construyen más hospitales, más clínicas, con más médicos y más enfermeras eso es calidad. Si hay más equipo, hay más calidad. Si se atienden más partos al año y se realizan más estudios de gabinete; eso es mayor calidad. Si un médico da más consultas por hora o en un hospital se hacen más cirugías por quirófano, eso es ofrecer calidad. El epitome de esta creencia se dio, en México, en la segunda mitad de los años setentas.

### 3. Calidad a cualquier costo

Esto, que ha constituido un arraigado valor en el ejercicio de la profesión médica, se ha expresado, por lo general como: "no importa lo que cueste el tratamiento o el equipo necesario, la vida humana no tiene precio".

### 4. La calidad mejora por inspección

Durante muchos años se pensó y en algunos casos aún se sigue pensando, que la mejor manera de "controlar" las calidades por medio de la supervisión estrecha mediante la inspección, por otros, de lo que uno hace. La expresión más evidente de esta característica del viejo paradigma en la atención médica han sido las auditorías de expedientes clínicos. La lógica es la siguiente: la auditoría permite evaluar, y la evaluación, *per se*, corrige aquellas situaciones que se identifican como anormales.

De igual manera, otro exponente fundamental de esta creencia han sido las evaluaciones que se aplican a hospitales en su conjunto. Si bien en México la institución pionera en este tipo de evaluaciones ha sido el Instituto Mexicano del Seguro Social, en los Estados Unidos, Canadá y Australia la expresión más evidente han sido los procesos de acreditación hospitalaria por parte de comisiones creadas ex profeso para ello.

### 6. La calidad de los servicios de salud depende exclusivamente de los servicios de salud

La complejidad de los servicios de salud es tal, que no es posible pensar que el incremento en la calidad de éstos pueda depender de algo más que de los propios servicios que, por supuesto, se conocen a sí mismos. Esta ha sido una creencia también vigente hasta ahora.

## El nuevo paradigma

Como fue señalado anteriormente, en el proceso dialéctico propuesto por Kuhn, los paradigmas que surgen, cuestionan a los paradigmas de tiempo atrás hegemónicos. Así, en este caso, es posible identificar el perfil del nuevo paradigma, punto por punto, por medio también de seis creencias y valores que se

anteponen a lo que hasta ahora y por muchos años se ha considerado válido.

### 1. La calidad debe ser explícita

En los últimos años de la década del ochenta y en lo que va de los noventas la preocupación por la calidad se ha ido haciendo cada vez más evidente, no sólo entre los políticos encargados de las tomas de decisión (recuérdese el lema en materia de atención a la salud durante la campaña por la presidencia de la República de 1988: "calidad y calidez"), sino también entre los profesionales de los servicios de salud (la aparición del tema de la calidad en congresos médicos y de enfermería sobre todo; en sesiones hospitalarias; la realización en México en 1992 del Congreso Mundial de Calidad de Atención a la Salud; y la creación de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, ese mismo año, son evidencia de ello), y más contundente aún, por medio de la exigencia de la población en general, de servicios de mayor calidad (la encuesta de satisfacción de la población mexicana con los servicios de salud realizada en 1994 por FUNSALUD, reveló que el principal problema de estos servicios, de acuerdo con la percepción de la propia población, es "mala calidad". Igualmente, se manifiesta claramente una tendencia creciente de demandas contra servicios médicos y médicos individuales interpuestas tanto en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, como en la Procuraduría Federal del Consumidor).

Hoy es cada vez más difícil aceptar que un médico ofrezca servicios de alta calidad por el hecho de ser médico; o que un hospital es "buen" hospital porque para ello existe.

### 2. Cantidad con calidad

Illich empezó a cuestionar seriamente el modelo actual de atención médica en la década del setenta. Se recordará que el título de su famoso libro "Némesis Médica", hacia referenciaprecisamente a uno de los postulados centrales de su tesis: los servicios de atención médica tal y como existen hoy en día se convierten en un riesgo para las personas. Es decir, en los servicios de salud se engendra la propia venganza (la diosa Némesis de la mitología griega) de éstos contra quienes los crearon. Este cuestionamiento, se esté o no de acuerdo con él,

un antecedente concreto de la transición de paradigmas.

Hoy estamos plenamente conscientes de que la mera existencia de servicios de salud no significa que éstos se otorguen con calidad, es decir, que ofrezcan los mayores beneficios posibles a los pacientes, con los menores riesgos. No podemos ocultar las complicaciones iatrogénicas. Existen además múltiples estudios en México y en muchos otros países, que se sabe de la calidad de la atención médica en México, en calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud".<sup>2</sup>

Así, más hospitales, clínicas o consultorios no necesariamente significan, per se, calidad. Pueden atenderse cada vez más partos, hacerse cada día más cirugías, verse cada día más pacientes en cada consultorio y, sin embargo, eso no significa mayor calidad. Al contrario, es posible que ésta se deteriore.

Por ello, si bien debe reconocerse que, ante la insuficiencia de servicios es necesario otorgar más, si no se concibe esa cantidad con calidad, existe el riesgo de terminar ofreciendo más riesgos que beneficios.

### 3. Calidad con eficiencia

La época del auge económico internacional de la posguerra concluyó hace ya algunos años. Las crisis económicas han sido el signo de los últimos veinte años. Con ello, hemos tenido que reconocer que, en efecto, los recursos son limitados y que, si bien es cierto que la vida humana no tiene precio, los recursos para atender la salud de esa vida sí lo tienen y no siempre tan bajo como quisiéramos. Por ello, la atención médica, y más aún la atención a la salud a cualquier costo es un desideratum propio de Utopía.

Los tiempos actuales exigen considerar la calidad estrechamente vinculada a la eficiencia y viceversa. Sería absolutamente pertinente pensar en un nuevo término que fuese "calideficiencia" definido en este campo, como la combinación de estrategias de atención a la salud que conduzcan hacia la obtención de los mayores beneficios con los menores riesgos para los pacientes, al menor costo posible. Hoy en día no parece existir otra alternativa para lograr una utilización racional de los recursos.

#### 4. Garantía de la calidad

Durante muchos años se pensó que la calidad debería ser "controlada" y para ello deberían existir mecanismos de inspección que permitieran evaluar. No obstante, hacia mediados de los ochentas empezó a hacerse evidente que evaluar no bastaba. La evaluación permite emitir juicios con respecto al desempeño de algo o de alguien, pero ese juicio no desencadena ni automáticamente ni organizada-mente un proceso de prevención y/o de corrección. Es necesario hacer algo más.

Por otra parte, a partir de 1983 existe en México un derecho a la protección de la salud como garantía individual constitucional. Como tal, ese Derecho debe ser, en efecto, garantizado. Más aún, garantizar significa proteger contra riesgos o necesidades,<sup>3</sup> o responder de la calidad de algo.<sup>4</sup> Ello significa que el profesional de la salud tiene la obligación legal y ética de garantizar la calidad de la atención que otorga.

De lo anterior se desprende que es indispensable garantizar la calidad de los servicios que se ofrecen a los pacientes y que para ello no basta evaluar. Ningún paciente quedaría satisfecho si se le explicara que la infección nosocomial que ahora le aqueja está ya contabilizada en el sistema de registro de infecciones intrahospitalarias, por lo cual no debe preocuparse más, ya que su caso será evaluado el día que se reúna el comité correspondiente.

En los servicios de salud, garantía de la calidad se entiende como: "responder del servicio que se otorga de manera que se proteja al paciente, íntegramente como ser humano, contra riesgos innecesarios y se le proporcionen los mayores beneficios posibles".<sup>5</sup> Sin embargo, esta definición ha tenido que ser operacionalizada con objeto de que pueda ser utilizada. Esta definición operacional hace referencia a un conjunto de acciones sistematizadas y continuas de evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambio organizacionales, dirigidas a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan otorgar el mayor beneficio posible o que incrementen los riesgos a los pacientes.<sup>5</sup>

Esto ha constituido un tránsito fundamental en la comprensión de que la calidad no mejora simplemente evaluándola aun cuando la evaluación es uno de los componentes fundamentales. Así, se ha perfilado una característica crucial del nuevo paradigma: el tránsito de la evaluación *per se* hacia la garantía.

Más aún, si durante casi cuarenta años se habló de "aseguramiento" como estrategia para mejorar la calidad, basada en la inspección de estándares, en los años ochentas empezaron a irrumpir conceptos como "calidad total" y "mejora continua" provenientes de la industria. Ya en los noventas se empezaron a escuchar también como benchmarking y reingeniería.

Otro componente más de esta transición que explica una característica más del nuevo paradigma ha sido el poder explicar cada uno de estos términos en función de la definición operacional de garantía de calidad. En efecto, las diferentes combinaciones de las acciones posibles (evaluación, monitoría, diseño, desarrollo y cambio), permiten identificar las diferencias entre todas las que, a la luz de este marco conceptual aparecen como opciones de gestión de calidad para configurar estrategias de garantía de la calidad (aseguramiento, calidad total, mejora continua, benchmarking o reingeniería).<sup>6</sup>

En México, esta evolución de un paradigma a otro ha sido clara. Desde finales de los años cincuentas empezaron las primeras experiencias de aseguramiento de la calidad por medio de las primeras auditorías formales de expedientes clínicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social y unos años más tarde por medio de las cédulas de evaluación hospitalaria.<sup>7</sup> Casi treinta años después, en 1984, se inició lo que fue la primera experiencia en México bajo un enfoque de calidad total-mejora continua, como una experiencia conjunta entre el Instituto Nacional de Perinatología y el Centro de Investigaciones en Salud Pública.<sup>8</sup> Empezó así el rompimiento con el aseguramiento como única estrategia posible basada-exclusivamente en la existencia de estándares sujetos a inspección y evaluación. A partir de la segunda mitad de los ochentas empezaron a proliferar experiencias similares que continúan reproduciéndose y depurándose.

Sin embargo, como se mencionó al principio, las transiciones se han acelerado. Si entre las primeras experiencias de aseguramiento y la primera de calidad total-mejora continua en México, existieron casi treinta años de diferencia, tomó sólo diez años entre ésta última y la primera basada en benchmarking (dado que este término no tiene una traducción literal al Español, se propone aquí que se entienda como: "información comparativa de referencia"). En 1995

se establecieron en México las dos primeras empresas dedicadas a implantar esta estrategia, una enfocada hacia la satisfacción de pacientes y proveedores de servicios de salud ("Dimensión Interpersonal S. A.), y la otra enfocada hacia el benchmarking sobre calidad técnica y eficiencia en la atención médica (Qualimed S.A.). Los primeros resultados se han obtenido y seguramente pronto serán publicados.

De esta manera se ha hecho evidente que más que inspeccionar y evaluar la calidad, hoy en día lo que se necesita es garantizarla y, para ello, es necesario aceptar que existen diferentes estrategias complementarias. Aún más, en la búsqueda de la complementariedad que puede existir entre las diferentes estrategias, empieza a surgir el tema de la creatividad como elemento fundamental de los esfuerzos para mejorar la calidad.

Por último, bajo la influencia de los enfoques más recientes ha quedado de manifiesto la necesidad de identificar las expectativas de los pacientes y su satisfacción con los servicios que ofrecen. De esta manera, garantizar la calidad significa no sólo avanzar de la mera evaluación hacia un conjunto más amplio de acciones, sino hacerlo no sólo en la dimensión técnica de la calidad, así como en la dimensión interpersonal de ésta.

### 5. Demostración de resultados

El avance logrado en los métodos de evaluación de la calidad y la necesidad de garantizar niveles adecuados de ésta, conducen ahora a la necesidad de transitar de las anécdotas hacia la demostración fehaciente de los niveles de calidad con los que se otorgan los servicios de salud.

Para quienes pagan por grandes volúmenes de servicios de salud, como son aseguradoras, bancos, e incluso las propias instituciones de seguridad social, ya no es suficiente "creer" o suponer que los servicios que se pagan son de buena Calidad, o, aún más, que el precio que se paga o el costo en el que se incurre, corresponde al valor del nivel de calidad esperados solamente porque se confía en el "profesionalismo" de quienes dan el servicio.

Por otra parte, la presión social empieza a ser de tal magnitud que, por ejemplo, en Australia se han dado pasos iniciales para publicar datos sobre la calidad de los servicios hospitalarios con objeto de

que los posibles usuarios de estos servicios tengan elementos suficientes para decidir a qué hospital acudir en función de la calidad que ofrezcan.

### 6. La calidad de la atención y la calidad de la educación son recíprocas

Aun cuando ésta sea una afirmación que hubiese parecido obvia desde hace muchos años, la realidad ha sido que cada ámbito, el educativo y el de los servicios han hecho sus propios esfuerzos por mejorar la calidad de manera independiente uno del otro. Sin embargo, cada día se hace más evidente la necesidad de hacer confluir estos esfuerzos en tanto que: no es posible mejorar la calidad de la atención si no se mejora la calidad de la educación de los profesionales de la salud. A esto se ha denominado el "ciclo iterativo de la calidad", que permite visualizar que a incrementos en la calidad de la atención es posible esperar incrementos en la calidad de la educación y viceversa así como un deterioro en donde la una conduce muy probablemente a un deterioro en la otra.<sup>9</sup> Tampoco mejorará en uno de estos campos si lo que se considera como calidad en éste, no coincide con lo que en el otro se define como tal.

Es interesante hacer notar que en México hasta hace muy poco tiempo, en 1993, se empezaron los primeros intentos serios de elevar la calidad de la educación médica de una manera sistematizada. La organización protagónica de este desarrollo ha sido la asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina.<sup>10</sup> Un año después, empezó el primer intento por vincular la calidad de la educación con la calidad de la atención médica por medio de un "sistema de enseñanza-aprendizaje enfocado en calidad"<sup>9</sup> en un par de universidades mexicanas.

De esta manera nos hacemos cada vez más conscientes sobre la necesidad de incrementar la calidad, tanto de la educación como de la atención, de manera armónica. La relación entre ambas es recíproca.

### Conclusiones

1. Las diferentes transiciones que se han presentado en los últimos 100 años permiten ahora perfilar con bastante claridad las caracte-

terísticas de dos paradigmas, uno que rápidamente empieza a dejar de ser vigente y el otro que surge con fuerza, particularmente durante los 10 años más recientes.

2. Se transita de la creencia de que la calidad es implícita, hacia el deber de que la calidad sea explícita; de pensar que más es mejor; hacia la necesidad de aceptar que la cantidad de servicios es importante, pero que éstos deben otorgarse con calidad si ha de evitarse ofrecer mayores riesgos que beneficios; "de la calidad a cualquier costo", hacia "la calidad-con-eficiencia"; de pensar que la calidad mejora por inspección, hacia entender que la calidad debe ser garantizada y que para ello existen diferentes estrategias que son complementarias; del predominio de anécdotas, hacia la demostración fehaciente de resultados; y de la creencia de que mejorar la calidad en la atención depende solamente de los esfuerzos que se hagan en la propia atención médica, hacia la convicción de que ésta depende también de la calidad de la educación médica y viceversa.
3. Como en toda transición entre paradigmas, debe reconocerse que ambos coexisten aún.
4. No obstante, velozmente y no sin resistencias, nos acercamos hacia la hegemonía del que, quién sabe por cuantos años más, será el que

hoy califico como el "nuevo" paradigma de la calidad de la atención médica.

## Referencias

1. Kuhn. La estructura de las Revoluciones Científicas. Fondo de Cultura Económica. Brebarios. 213, 1ª edición. 1971
2. Fundación Mexicana para la Salud. Calidad y Eficiencia de las Organizaciones de Atención a la Salud. Serie: Economía y Salud, No. 8. 1994.
3. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Vigésima edición. Real Academia Española, 1984.
4. Diccionario Planeta de Español. Editorial Planeta, 1985.
5. Ruelas E. "Sobre la Garantía de la Calidad: Conceptos, acciones y reflexiones". *Gac Méd Méx* 1994; 130:218-226.
6. Ruelas E. "Confusiones y Definiciones". Editorial: Calidad de Atención a la Salud. 1995;3:5-7.
7. Riva Casigal G et al. "Observaciones a través de la evaluación del exponente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Boletín Médico IMSS* 1976; 18:60
8. Ruelas E et al. "Círculos de Calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad. *Salud Pública de México*. 1990;32:207-220.
9. Ruelas E. "La calidad de la atención médica y la educación médica: encuentros y desencuentros". En *El Currículo a Debate*. En prensa. Siglo XXI.
10. Jesús R. "Programa de fortalecimiento de la Calidad de la educación en las escuelas y facultades de medicina". *Calidad de Atención a la Salud*. 1994;2:13-22.