

Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad

*Haino Burmester*¹

En este trabajo se revisa el concepto de garantía de calidad tal como se aplica en los programas de hospitales. No se pretende realizar una revisión completa o científica y bibliográfica del tema. Más bien, las observaciones y reflexiones prácticas presentadas intentan desmitificar la garantía de calidad, mostrar que no es complicada y que puede lograrse en cualquier hospital. Se describen los elementos básicos de la garantía de calidad en un lenguaje sencillo, no técnico, con objeto de que los gerentes de hospitales comprendan mejor el tema y adquieran más confianza en la puesta en práctica de programas de garantía de calidad.

La garantía de la calidad es un poderoso instrumento administrativo, no simplemente una tendencia en boga en la teoría de la organización. De hecho, la garantía de calidad es un concepto antiguo que resurgió cuando las industrias trataron de duplicar la productividad y la eficiencia alcanzadas por empresas japonesas (1). Por consiguiente, la garantía de la calidad, bajo la rúbrica de "la gestión de calidad", supone revisar de nuevo la teoría de la organización.

La calidad ha sido motivo de preocupación desde el inicio de la atención hospitalaria por razones obvias: el resultado de acciones realizadas con el cuerpo de una persona es un motivo de preocupación. Durante la guerra de Crimea, Florence Nightingale aplicó la garantía de calidad en el hospital militar británico situado en Turquía. Ella organizó las actividades de las salas según el tipo de lesiones, se aseguró de que se mantenían limpios el entorno y los pacientes y tomó otras medidas que en la actualidad se dan por descontado en la labor cotidiana de los hospitales. En 1916, E. A. Codman propuso lo que denominó el método de los "resultados finales", para juzgar la práctica clínica, la organización, la administración y la estabilidad económica de un hospital (2).

Es importante hacer hincapié en los aspectos positivos de la garantía de calidad. Esta no existe para culpar o castigar a las personas, sino para prevenir (o minimizar) los errores. La idea es hacer las cosas bien la primera vez y, de este modo, evitar la necesidad de repetirlas.

Con frecuencia se piensa que poner en práctica un programa de garantía de la calidad implica aumentar los costos; no es necesariamente así. En realidad, la garantía de calidad puede contribuir a reducirlos. Durante la fase de puesta en práctica, tal

¹ Organización Panamericana de la Salud. Dirección postal: 49 Jer-ningham Avenue, Belmont, Port-of-Spain, Trinidad y Tabago.

vez los costos aumenten ligeramente en el hospital, pero esta inversión se recuperará ampliamente cuando el programa dé resultados (3). Un programa de garantía de calidad no requiere más recursos que los que ya usa cualquier hospital en su funcionamiento habitual. La calidad de la atención no es necesariamente mayor en las instituciones que gastan más (4).

A menudo, en los hospitales se observan dos tendencias contrapuestas en la utilización de los recursos. Por una parte, los profesionales a cargo de los aspectos técnicos del hospital (médicos, enfermeras, etc.) fueron capacitados para desempeñar sus funciones conforme al modelo médico, que los obliga a hacer todo lo posible para salvar la vida de un paciente al margen de los costos. Por otra parte, el personal administrativo actúa conforme al paradigma de tratar de hacer lo máximo con lo mínimo. Si bien estas dos tendencias son opuestas, tienen que funcionar conjuntamente. La "gestión de calidad" podría servir como el elemento catalizador que las integre.

Los hospitales deben esforzarse por que los pacientes reciban el tratamiento apropiado en el momento idóneo, con la utilización más eficiente de los recursos disponibles. Idealmente, la secuencia de los servicios se dispone de tal modo que los pacientes reciban el mayor beneficio de su tratamiento de una forma muy eficiente. El empleo de una estrategia menos eficiente produce servicios de menor calidad. Este concepto se ha denominado "eficiencia clínica", en contraposición a la "eficiencia de producción", que está relacionada con el empleo de los recursos en los aspectos no clínicos del tratamiento. Por ejemplo, si el hospital solo está parcialmente ocupado o los resultados de laboratorio no están listos a tiempo, la atención prestada en esa institución es de baja calidad, ya que la eficiencia es un componente de la buena calidad de la atención (5).

También es importante subrayar la dimensión ética de la garantía de calidad. En este caso, la ética hace referencia a los conceptos bioéticos que regulan las relaciones entre los profesionales y sus pacientes, no a la ética deontológica o científica y legal. No hay nada más ético que prestar una atención de buena calidad al costo más bajo. Donabedian se refiere a ello como "nuestra misión peculiar, incluso sagrada" (6).

ELEMENTOS DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

Se puede definir un programa de garantía de calidad como la combinación de un sistema de

información y de decisiones basada en la información generada por el sistema. Obviamente, no es suficiente reunir y analizar datos. Es preciso tomar medidas para corregir los errores y evitar cometer equivocaciones. El propósito de un programa de garantía de calidad es medir, asegurar y mejorar la calidad de forma continua.

Buena parte de los modelos conceptuales propuestos para los programas de garantía de calidad se basan en tres elementos para los cuales se seleccionan y organizan indicadores de la calidad: la estructura, el proceso y los resultados. Este modelo, propuesto por Donabedian, emplea elementos de la teoría de sistemas y cubre todos los sectores de un hospital (7). Los indicadores de la estructura son variables objetivas y cuantificables, que miden componentes necesarios para la buena calidad, pero no suficientes por sí solos para garantizarla: instalaciones, todo tipo de materiales, recursos humanos y financieros y la estructura de la organización. Los indicadores de proceso se vinculan con lo que se hace por los pacientes en relación con el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención, etc. Los indicadores de proceso son los más difíciles de evaluar, pero constituyen elementos clave en la garantía de la calidad. Es preciso efectuar más investigaciones en esta área. Se pueden definir los resultados (productos, desenlaces e impacto) como la consecuencia de poner la estructura y el proceso a trabajar para atender a los pacientes. Los indicadores clásicos de los resultados son la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad. Sin embargo, es importante hacer hincapié en que estos resultados no están relacionados exclusivamente con las intervenciones de los profesionales de la atención de salud.

DEFINICIONES Y PRINCIPIOS

La calidad de la atención es uno de esos conceptos fáciles de entender pero difíciles de definir. Aparentemente, todos saben qué significa calidad de la atención, pero el significado no parece ser el mismo para todos. El profesional responsable de la atención juzgará la calidad de manera distinta a otro profesional que no está directamente involucrado en el caso. Los pacientes entienden la calidad de un modo diferente al de sus médicos. El equipo de gerencia del hospital tiene otra idea de la calidad de la atención y lo mismo sucede con las terceras partes que pagan la atención.

Con frecuencia se evalúa la personalidad o el comportamiento de las personas que prestan la atención, en lugar de su capacidad técnica, esta última mucho más difícil de juzgar. En vez de la habilidad, a menudo se usa la amabilidad de la

atención como medida indirecta de la calidad. Franco et al. definen la calidad como "el grado en que el desempeño o los logros reales coinciden con las normas establecidas" (8). No obstante, De Geyndt propone eludir el problema de las definiciones y concentrarse en lo que se supone que la evaluación de la calidad debe lograr (9).

Evaluar la calidad implica formular juicios de valor acerca de los resultados de los procedimientos técnicos y administrativos. Es importante comprender que esos juicios de valor no pueden basarse en preferencias personales subjetivas, sino que han de relacionarse con normas establecidas de forma objetiva y de antemano. Estas normas o indicadores son instrumentos básicos del proceso de evaluación. Por otra parte, la necesidad de disponer de indicadores no debe desembocar en una preocupación obsesiva por el establecimiento de normas mínimas, en virtud de las cuales todo lo que sobrepasa las exigencias se considera bueno. Si el objetivo está representado por exigencias mínimas, nunca se alcanzará la excelencia.

La garantía de calidad se esfuerza por garantizar que los resultados de una acción técnica o administrativa sean adecuados, considerando las características locales y las restricciones existentes; en otras palabras, que los resultados concuerden con las posibilidades y recursos locales. Sin embargo, no se puede aceptar un rendimiento inferior solamente porque es compatible con las normas locales; hacerlo significa arriesgarse a mantener un bajo nivel de calidad. Es preciso mantener un equilibrio entre lo que es adecuado y lo apropiado en cada caso.

Las investigaciones sobre la aplicación de la gestión de calidad en los sistemas de atención de salud indican que un buen programa de garantía de calidad debe guiarse por los siguientes cuatro principios básicos (10): (1) el programa se ajusta a las necesidades y expectativas de los pacientes y la comunidad; (2) se concentra en los sistemas y los procesos; (3) usa información para analizar la calidad, y (4) se basa en el trabajo en equipo para resolver los problemas y mejorar la calidad.

Es preciso distinguir la garantía de calidad de la clasificación y la acreditación. La clasificación establece un rango de las instituciones según el tipo, el tamaño y otros criterios. La acreditación es un instrumento para determinar la cantidad y la calidad de los recursos disponibles, y busca evaluar la calidad de la atención sobre la base de normas externas ampliamente aceptadas. Algunos investigadores opinan que la acreditación ha de preceder a todo intento de poner en práctica un programa de garantía de calidad (11). La garantía de calidad es un proceso interno, mientras que los otros dos son procesos efectuados por agentes externos.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

Entre las características de los programas de garantía de calidad hay que hacer hincapié en las siguientes: *a)* sencillez, *b)* continuidad, *c)* confidencialidad, *d)* descentralización y *e)* autoevaluación (12).

a) Un programa de garantía de calidad puede y debe ser sencillo. Toda institución con una mínima estructura de organización podrá poner en práctica un programa de garantía de calidad. El requisito más importante es la voluntad de hacerlo. La tendencia a postergar es un gran obstáculo para alcanzar este propósito; el momento apropiado parece no llegar nunca. Alguien de la institución debe asumir el liderazgo e iniciar el proceso. El líder puede ser una persona que no tenga un cargo de categoría superior, aunque es indispensable contar con el apoyo de la dirección del hospital.

b) La continuidad y la perseverancia son fundamentales para el éxito del programa. La garantía de calidad no puede ser un proyecto a corto plazo, iniciado en respuesta a una crisis o para mantener la imagen de la institución. Un programa de garantía de calidad que se inicia con una motivación errónea nunca despegará. El principal objetivo de la garantía de calidad es el cambio del comportamiento, que no se produce de un día para otro. Toma tiempo ver resultados congruentes. La garantía de calidad forma parte de un proceso de cambio en el interior de la institución, orientado siempre a obtener un rendimiento más alto y, por lo tanto, al mejoramiento continuo.

c) Es preciso mantener el carácter confidencial para convencer a todos de la imparcialidad del proceso, el cual no pretende culpar sino estimular a las personas a mejorar su desempeño. La información generada y transmitida dentro de un programa de garantía de calidad solo es pertinente para quienes pueden hacer algo para corregir posibles errores y aprender de ellos. Esto no revoca la obligación del hospital para con sus pacientes ni la necesidad de mantenerlos informados.

d) Aun cuando la coordinación y el control del proceso de garantía de calidad se lleven a cabo en el nivel central, la garantía de calidad solo será efectiva si se realiza en la periferia del sistema, la cual incluye las unidades operativas del hospital donde se prestan los servicios a los usuarios.

e) En la medida de lo posible, la garantía de calidad debe estimular la autoevaluación y no ser un ejercicio de control y supervisión ejercidos desde arriba. Debe suponerse que el personal de la organización está integrado por adultos maduros e interesados en hacer bien su trabajo, y que los mecanis-

mos de retroalimentación de información son suficientes para que los integrantes del personal sepan cuál es el nivel de calidad de su trabajo. El personal de más alta jerarquía en la organización acopiará y monitorizará la información y confirmará los niveles de desempeño.

LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LA GARANTÍA DE CALIDAD

No es posible poner en práctica la garantía de calidad en un hospital sin que el personal directivo y principal de la administración manifieste firmemente su compromiso con el proceso. Es necesario que el personal de más alto nivel jerárquico de la institución esté consciente de lo que implica un programa de garantía de calidad y esté dispuesto a aceptar los riesgos de ponerlo en práctica. Una vez establecido este compromiso, es asimismo importante sensibilizar a los restantes niveles del personal hospitalario, principalmente a los médicos. La garantía de calidad debe ser entendida como un proceso continuo en el que participa toda la institución y se convierte en parte de la cultura de la organización. No es tarea fácil modificar los hábitos profundamente arraigados que constituyen la cultura de la organización. Si no existe la actitud correcta, la garantía de calidad está condenada a fracasar antes de comenzar. Una actitud correcta supone la disposición a facultar a los subordinados, delegar la autoridad, mantener la transparencia de las acciones y fomentar la comunicación franca.

Probablemente, la mayor parte de los hospitales realizan algunas actividades que podrían denominarse garantía de calidad. Una forma de iniciar un programa formal de garantía de calidad es reunir esas actividades en un mismo grupo y mejorar el programa agregando otras actividades o aumentando el grado de sofisticación de las ya existentes. Para evitar la duplicación, es necesario conocer lo que ya está sucediendo en la organización y en especial lo que está funcionando bien (13).

Un programa de garantía de calidad formalmente estructurado puede requerir el concurso de un comité de garantía de calidad o un organismo similar, según las características y las necesidades de la institución. Este comité debe ser multidisciplinario e incluir al administrador de enfermería, el gerente y el director médico. El Comité se puede dividir en varios subcomités que se ocupen de actividades importantes, como las que se detallan a continuación.

1. El subcomité de infecciones nosocomiales es probablemente el mejor y más antiguo ejemplo de

un instrumento de garantía de calidad utilizado en hospitales. El método empleado en vigilancia de las infecciones nosocomiales está bien establecido y desarrollado. Merced a sus actividades, los hospitales pueden ahorrar una cantidad considerable de dinero combatiendo apropiadamente las infecciones nosocomiales, y los pacientes se librarán de mucho sufrimiento innecesario y su estancia en el hospital se reducirá (14).

2. El subcomité de credenciales profesionales cubre todas las actividades relacionadas con la forma como se acredita a los profesionales para desempeñar sus funciones en la institución. Se examinan los títulos profesionales y se investigan la educación continua y el desempeño de los empleados. En las instituciones más pequeñas, este subcomité se puede unir con el que se describe a continuación.
3. El subcomité de auditoría profesional evalúa el desempeño conforme a las mejores normas establecidas por colegas y descritas en la literatura. El principal objetivo de esta actividad, también conocida como examen colegiado, es educativo, no punitivo. Las actividades de revisión de la mortalidad y la morbilidad corresponden a este subcomité.
4. El subcomité de revisión de la utilización se asegura de que los recursos institucionales se están utilizando de forma efectiva y eficaz. Sus actividades abarcan la revisión de los datos básicos del hospital (hospitalizaciones, altas, promedio de estancia, etc.) y análisis más complejos, como los vinculados con la idoneidad de las hospitalizaciones o readmisiones.
5. El subcomité de gestión del riesgo incluye las actividades relacionadas con el análisis y la prevención de los factores de riesgo en el hospital que pueden amenazar a los pacientes, sus familias, los visitantes, el personal y la instalación misma. La medicina del trabajo y la prevención de la malpraxis profesional pertenecen a este ámbito. Algunos investigadores consideran que la gestión del riesgo es un concepto general que comprende todas las restantes actividades de garantía de calidad; en este caso, la garantía de calidad y la gestión del riesgo podrían considerarse sinónimos.
6. El subcomité de relaciones con los pacientes está a cargo de las actividades relativas a la satisfacción de los usuarios. A menudo, se omite esta área con el falso supuesto de que la gente no está calificada para evaluar los servicios que recibe. Sin embargo, como los pacientes son los receptores de la atención, han de estar en el centro de la definición de la calidad de la atención. Esto requiere establecer algún mecanismo para averi-

guar las opiniones de los pacientes, como entrevistas o cuestionarios. Estas actividades sirven como instrumento de educación sanitaria de los pacientes, ya que se les pide que analicen la atención que reciben. De este modo, los usuarios participan en la vida de las instituciones. Todavía es preciso efectuar muchas investigaciones en este campo, pero los hospitales no deben posponer la puesta en práctica de la evaluación apropiada de la satisfacción de los pacientes. Algunos investigadores identifican la satisfacción de las expectativas de los usuarios como una forma de medir la calidad de la atención. En este caso, es menester considerar dos tipos de usuarios: internos (el personal) y externos (los pacientes y sus familias) (15).

7. El subcomité de bioética examina los problemas éticos que forman parte de la relación entre los pacientes y los profesionales de la salud. Ello incluye decisiones acerca de la vida y la muerte y la idoneidad de ciertos tratamientos (16). La ética exige prestar atención de buena calidad, y en este sentido este subcomité forma parte del movimiento encaminado hacia la calidad.
8. Un subcomité puede supervisar la evaluación de la calidad de ciertos servicios especiales importantes desde el punto de vista médico y económico que proporciona el hospital. Tradicionalmente, en algunos de esos servicios se aplica el concepto de garantía de calidad. Sin embargo, no existen límites en cuanto a las áreas en las que se puede aplicar la garantía de calidad. Del administrador creativo depende conocer las necesidades del hospital y proponer nuevas áreas de trabajo (17). Entre las más frecuentes se encuentran las siguientes:

Las historias clínicas de los pacientes

La historia clínica es un importante documento en el cual se registran las decisiones acerca del diagnóstico y el tratamiento. Si este documento no es de alta calidad —en lo que hace referencia a los datos que se reúnen y la forma en que estos se registran—, no transmitirá la información apropiada a los profesionales que necesitan analizarlo para atender al paciente. En beneficio de los profesionales y los pacientes, este documento debe ser de la mayor calidad posible.

El laboratorio

Junto con el control de las infecciones nosocomiales, el laboratorio ha recibido la máxima aten-

ción en lo que se refiere a la garantía de calidad. Durante muchos años, los laboratorios han realizado el control estadístico del procesamiento de las pruebas que realizan y, a menudo, participan en una red de laboratorios que les permite llevar a cabo una evaluación externa además del control interno.

El banco de sangre

Este es otro servicio que suele estar sujeto a la evaluación de la calidad, sobre todo desde el comienzo de la epidemia del sida y la creciente preocupación por la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (así como la de otros virus), a través de transfusiones de sangre. Aquí también reviste gran importancia la evaluación interna y externa de la calidad.

La farmacia y los tratamientos

Un subcomité con competencias en este campo supervisa el recetario de la institución, elabora guías para adquirir nuevos medicamentos y retirar los antiguos y analiza los protocolos de tratamiento.

CONCLUSIONES

En última instancia, el programa de garantía de calidad debe reducir la morbilidad y la discapacidad, los problemas yatrogénicos y aprovechar mejor el dinero gastado en la atención de los pacientes. Pero, además de estos resultados cuantificables, deben existir otros, como la satisfacción de los pacientes y sus familias, un personal comprometido que se sienta realizado, la utilización eficiente de los recursos y la determinación de "hacer bien lo adecuado y de inmediato".

Como se señaló anteriormente, la voluntad de comenzar es el requisito fundamental para poner en práctica un programa de garantía de calidad en un hospital. No importa que el programa se aplique solo parcialmente al principio; puede iniciarse como un programa pequeño, expandirse con el tiempo y convertirse en un programa más sofisticado. Aunque debe ser una actividad global, dicho programa puede crecer hasta que se establezca en toda la institución.

El propósito de este trabajo es convencer a los gerentes de hospital para que instauren programas de garantía de calidad. Si se logra este objetivo, se puede decir que el trabajo ha alcanzado cierto nivel de calidad.

REFERENCIAS

1. Berwick DM. Sounding board: continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med* 1989;320:53-56.
2. Donabedian A. Twenty years of research on the quality of medical care. *Eval Health Prof* 1985;8:243-265.
3. Paganini JM. Quality and efficiency of hospital care. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1993.
4. Zanten TV. Improving the quality and efficiency of hospital health care services in Guatemala. *QA Brief* 1994;3(3, winter):18-19.
5. Donabedian A, Wheeler JRC, Wyszewianski L. Quality, cost, and health: an integrative model. *Med Care* 1982;20:975-992.
6. Donabedian A. Some thoughts on cost containment and the quality of care. *Adm Ment Health* 1985;13:5-14.
7. Donabedian A. The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB Qual Rev Bull* 1992;November:356-360.
8. Franco LM, et al. *Achieving quality through problem solving and process improvement*. Bethesda, MD: QA Project;1994. (QA methodology refinement series).
9. De Geyndt W. *Managing the quality of health care in developing countries*. Washington, DC: World Bank; 1995. (World Bank technical paper 258).
10. Brown LD, et al. *Quality assurance of health care in developing countries*. Bethesda, MD: QA Project;1992. (QA methodology refinement series).
11. Novaes HM, Paganini JM, eds. *Hospital accreditation for Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization and Latin American Federation of Hospitals; 1991. (Documento HSD/SILOS 13).
12. Controle da Qualidade Hospitalar (CQH). &4 *Manual de orientação aos hospitais: programa de controle da qualidade do atendimento médico-hospitalar do Estado do São Paulo*. São Paulo: APM/CREMESP; 1994.
13. Hermida J, et al. Quality assurance planning and structure. *QA Brief* 1995;4(1, summer):3-9.
14. McGowan JE Jr. El experto en control de infecciones: un plan de acción para la década de 1990. En: Paganini JM, Novaes HM, eds. *La garantía de calidad: el control de infecciones hospitalarias*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1991:224-239.
15. Leebov W, Ersoz CJ. *The health care manager's guide to continuous quality improvement*. Chicago: American Hospital Publishing, Inc; 1991.
16. Connor SS, Fuenzalida-Puelma HL, eds. *Bioethics: issues and perspectives*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1990. (PAHO Scientific Publication 527).
17. Novaes HM. Appendix III—Operations programming for hospitals and other units. En: Paganini JM, Novaes HM, eds. *Hospital accreditation for Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization and Latin American Federation of Hospitals; 1991:111. (Document HSD/SILOS 13).

V Congreso Latinoamericano de Salud Ocupacional (ALSO '97)

Fechas: 19 al 22 de mayo de 1997

Lugar: Quito, Ecuador

La Asociación Latinoamericana de Salud Ocupacional anuncia este congreso, cuyo tema central será "La ergonomía en la prevención de los trastornos musculoesqueléticos por movimientos repetitivos". En él también se abordarán muchos otros temas relacionados con los riesgos del ambiente ocupacional, como el cáncer, el estrés y la toxicidad de los materiales de construcción. Este congreso, que se celebra cada dos años, ofrece un foro para la actualización de conocimientos a médicos y otros profesionales en el campo de la salud ocupacional, así como a ingenieros, psicólogos, sociólogos, abogados, toxicólogos, gerentes de recursos humanos, expertos en mantenimiento y calidad, y miembros de sindicatos y comités de seguridad e higiene industrial. ALSO '97 cuenta con el apoyo científico de numerosos organismos internacionales, entre ellos la OMS y la Asociación Internacional del Trabajo.

Información:

Secretaría Oficial de ALSO '97
Sociedad Ecuatoriana de Seguridad y Salud Ocupacional
Casilla 7015
Guayaquil, Ecuador
Teléfono: (593-4) 330 706
Fax: (593-4) 580 189