

## ***Calidad y gestión en servicios de salud***

# **Calidad en el mercado de la salud ¿realidad o utopía?**

María Isabel Ávalos García\*

Heberto R. Priego Álvarez\*\*

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

### **ENSAYO**

Fecha de recibido:

20 de enero de 2012.

Fecha de aceptación:

05 de marzo de 2012.

### **DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA**

Dra. Cs. María Isabel Ávalos García  
1ª Cda. de Avenida Ramón Mendoza No. 107 C,  
Col. José Ma. Pino Suárez, Villahermosa,  
Tabasco, México.C.P. 86029, Dirección  
electrónica: [isaavalos67@hotmail.com](mailto:isaavalos67@hotmail.com)

\*Doctora en Ciencias de la Salud. Profesor Investigador DACS-UJAT.

\*\*Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Investigador DACS-UJAT.

### **RESUMEN**

Muchos aún ponen en duda si la calidad en la asistencia médica, tan defendida en el mundo actual, es más una utopía que una realidad posible. Los autores consideran que hay una sola opción: la calidad como algo real e imprescindible. Su opinión se basa en ideas básicas tales como las particularidades de los sistemas de asistencia médica que no hacen diferencia entre calidad y gerencia en salud; la calidad implica una simplificación y racionalización de los procesos y como resultado incorpora eficiencia y efectividad a la organización; y que cualquier error médico o falla del sistema incrementa notablemente los costos de la asistencia médica. Finalmente concluyen que la única utopía es pensar en sistemas de asistencia médica donde la calidad no sea su razón de ser.

Palabras clave: Calidad de la atención médica. Mercado de servicios de salud.

### **SUMMARY**

There are still many people who argue whether the quality of health care, highly defended nowadays, is more a utopia than a possible reality. The authors consider that there is a single option: quality as something real and indispensable. They sustain this consideration on some basic ideas: particularities of health care systems make no difference between health care quality and health care management; quality implies a simplification and rationalization of health care processes and, as a result, it brings efficiency and effectiveness to the organization; any medical mistake or any system's fault notably increases the cost of health care. They conclude that the only utopia is to think about non-quality health care systems.

Key words • Health Care Quality. Health Services Market.

La calidad en el mercado de la salud, es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontramos su origen en papiros egipcios, en el Código de Hammurabi o en el tratado Hipocrático (siglo V AC). Florencia Nightingale (1820–1910) consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea, mejorando los procedimientos de la práctica médica. A principios de siglo, Codman (1869-1940) destaca la importancia de la certificación médica y la acreditación en salud. La efectividad de las intervenciones quirúrgicas era su interés fundamental, siendo ambos los precursores más cercanos de la calidad asistencial.i

La definición de calidad de la atención médica ha evolucionado en el transcurso de los años. Lee y Jones, en documentos ya clásicos, definieron el concepto de “buena atención”; fijan los principios de la atención médica y agregan que la calidad significa conformidad con normas, 75 años después no hay nada que objetar a lo que ellos dijeron en ese tiempo.ii

La definición de la calidad en salud considerada clásica, es la de Avedis Donabedian (1919-2000)iii. Otros enfoques, aún más recientes, asocian la calidad con la efectividad y la eficiencia, lo que permite colocar la calidad en salud, no como un generador de altos costos, sino como una inversión segura. iv,v, vi

La calidad en salud como perspectiva mundial  
La Organización Mundial de la Salud en su constitución afirma que “toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha

incluido la calidad de la atención como un objetivo del macroproyecto de salud para todos”. Este organismo considera cinco elementos fundamentales de la calidad: el alto nivel de excelencia profesional, el uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final en la salud de la población.vii

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) es el de salud colectiva, tanto del estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas. Supone una noción que va más allá de las intervenciones poblacionales o comunitarias e incluye la responsabilidad de asegurar el acceso y la calidad de la atención de la salud.

Una de la FESP es la garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos e incluye los ejes siguientes:

- La promoción de la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y el desarrollo de un sistema de monitoreo permanente de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas.
- La facilitación de la producción de normas respecto a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de calidad y supervisa el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación.
- La existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabora en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud.

- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
- El uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud.viii,ix,x

En México “prestar servicios de salud con calidad y seguridad” es un objetivo estratégico del Programa Nacional de Salud, documento rector para la prestación de los servicios de salud a la población en las instituciones de salud públicas y privadas que integran el sistema nacional de salud.xi

Particularidades de la calidad en la industria y la salud. En la industria, cuando los productos no cumplen con los requisitos de calidad, estos pueden desecharse, reciclarse, venderse a menor precio, repararlos y ofertarlos con una marca diferente.

Los productos y servicios en el mercado de la salud no son un problema de lujo, como cuando hablamos de las grandes marcas, donde lo superfluo se impone.

En la salud existen particularidades, que para la calidad son de especial relevancia y obligan a modificar sustancialmente o a adaptar los métodos y técnicas originados en la industria, Carnota Lauzán propone las siguientes:

- El costo de la mala calidad es alto y se paga con daño a la integridad física de las personas o pérdida de vidas
- Muchos errores y daños prevenibles son irreversibles
- El paciente es sujeto y objeto en la creación de valor
- El prestador tiene una posición privilegiada con respecto al cliente, por lo que influye

decisivamente sobre el consumo del cliente y de la institución.

-La calidad en salud no está vinculada sólo con satisfacción de clientes y manejo adecuado de los costos, dado que incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar se enfermen o mueran innecesariamente.xii

En este mismo orden de ideas, Horovitz J. expone que:

-Un servicio defectuoso no puede repararse, ni revenderse a bajo precio.

-El cliente no puede probar el servicio antes de adquirirlo

-Los servicios implican múltiples contactos que aumentan las posibilidades de equivocarse

-El servicio se fabrica y se consume al mismo tiempo

-Es importante diseñar los servicios de salud para hacerlos bien siempre a la primera vez. Las implicaciones sociales y humanistas en estas consideraciones, representan el punto más complejo y delicado a resolver en materia de calidad. Más aún, cuando se espera la utópica perfección en el arte y la ciencia de la medicina y tal como en la manufactura, pueden ocurrir fallas humanas o errores en el sistema.xiii

Malagón-Londoño, al referirse a los errores y fallas que implican mala calidad en cualquier sector, compara la industria con los servicios de salud y señala que los primeros “se pagan con pérdidas de dinero, mientras que la segunda lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral.” xiv

En ningún otro sector puede exigirse la buena calidad en la atención, como lo es en la salud. La salud representa un derecho fundamental, su incumplimiento atenta contra el derecho que tienen las personas no sólo a curar sus

enfermedades, sino a prevenirlas y en el mejor de los casos no quebrantarla por descuido o falta de interés en los servicios. La declaración universal de los derechos humanos destaca que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...” por lo tanto es una responsabilidad del Estado prevenir y evitar el daño y garantizar la salud. La salud implica mejores niveles de vida, productividad, crecimiento económico y florecimiento en el entorno de los pueblos.

La calidad como una realidad aplicada a la mejora en el mercado de la salud, está vinculada al diseño y rediseño de los procesos asistenciales, lo que genera la simplificación y racionalización de los mismos y por ende se reducen trámites, desplazamientos y demoras en la atención. De lo anterior se puede deducir que una mayor eficiencia en el campo de la salud es sinónimo de mayor calidad en el servicio, lo cual no es siempre así en otros sectores. Si enfocáramos todo esto desde el punto inverso, se pudiera concluir que, en salud, la mala calidad es mucho más costosa que la buena calidad producto de la implementación de mejoras, garantizando de esta manera el otorgamiento de los servicios.

El costo de la no calidad en salud

Los eventos adversos, como consecuencia del error médico y fallas en el sistema, son ejemplos de problemas de calidad que de no resolverse generan costos altísimos y consecuencia funestas para las personas. Está demostrado que la infección hospitalaria representa miles de dólares en costos, eleva los gastos en antibióticos, incapacidades y en vidas humanas y es una causa frecuente de pago de indemnizaciones.

Un reporte del Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica revela que los errores médicos ocupan el 8vo. lugar en la mortalidad, por arriba de los accidentes, cáncer de mama y el SIDA. 44,000 a 98,000 muertes al año son atribuidas a mala práctica en la atención hospitalaria. El costo nacional total por eventos adversos prevenibles se estima entre 17 y 29,000 millones de dólares anuales. En Italia, los cuidados de baja calidad son la causa de más del 30% de muertes evitables. El Dr. Lucien Leape reconoce que el número de muertos por errores médicos equivale a que cada dos días se estrellen tres jumbo-jet y mueran todos sus ocupantes. El CDC de Atlanta reporta casi dos millones de infecciones nosocomiales. Según un estudio hecho por la Robert Wood Johnson Foundation, el 95% de los médicos y el 89% de las enfermeras de los Estados Unidos han presenciado un error médico grave.<sup>xv</sup>

En México, se han recibido por la CONAMED 221,239 asuntos relacionados con las quejas planteadas por los usuarios de los servicios de salud, en el periodo del 1996-2010. <sup>xvi</sup>

En el periodo 2000 a 2004 en México se produjeron 2.4 millones de muertes, de las cuales se considera que el 38% de ellas era evitable. Si las 912,000 defunciones anuales evitables son catalogadas como un efecto adverso de la atención en el Sistema Nacional de Salud, ello quiere decir que por esa causa cada año hay un número significativo de años de vida potencialmente perdidos, con un costo social y económico mayor que el que ocasiona los padecimientos no transmisibles. Otros daños o efectos adversos no ocasionan la muerte pero en cambio producen daños y sufrimientos innecesarios e inaceptables, algunos de los cuales

son conocidos debido a que se reportan periódicamente en el Sistema Nacional de Información Epidemiológica, estos datos revelan que una de cada 200 mujeres con parto vaginal se complica; 2% a 3% de los apéndices se perforan, 1.5% a 2% de los pacientes operados de la vesícula biliar son reingresados al hospital y 14% a 27% de los pacientes mayores de 60 años internados por neumonía se complica. Los datos antes citados no representan la totalidad de los eventos adversos en el país sino sólo la parte visible del “iceberg”, por lo que la mayor parte de ellos se desconoce. La parte visible es conocida por los incipientes y poco favorecidos sistemas de reporte institucionales y por las quejas presentadas por esta índole ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.xvii

En el año 2006 se reportaron 18,000 quejas por año de 270 millones de consultas y 3.3 millones de cirugías.xviii

La mayoría de los motivos de queja fueron por tratamiento médico y quirúrgico, cuyo porcentaje acumulado es de 68.4 %, en tanto que las quejas relacionadas con el diagnóstico sólo representan el 18.0 %. Es decir, por cada queja atribuible al diagnóstico, hay 3.8 quejas atribuibles al tratamiento, lo que representa casi cuatro veces más. La especialidad médica que más quejas aportó fue ginecología, seguido de cirugía general y urgencias médicas.

De acuerdo con la comisión nacional de arbitraje médico que en su programa de acción específico afirma, que si bien se acepta que “errar es de humanos”, también se reconoce que en general más del 50% de los eventos adversos y los efectos indeseables en la atención de salud, se pueden prevenir y evitar.

Lifshitz afirma que no hay paradoja más representativa que la de los médicos que provocan defunciones y daño a sus pacientes, cuando su misión y responsabilidad social es la opuesta y éstos pueden convertirse en agentes etiológicos de enfermedad y muerte.xix

En el ámbito de la salud el precio a pagar por la no calidad es muy alto, por lo tanto, la mejora de calidad es la principal contribución para reducir costos, elevar la productividad de las personas, reducir gastos posteriores y es una oportunidad para el mercado de la salud.

Un segundo reporte del Institute of Medicine de los Estados Unidosxx describe la diferencia existente entre la calidad del cuidado médico que reciben los pacientes y la que deberían recibir, ahí se destacan seis elementos hacia los que debería centrar sus esfuerzos el nuevo sistema de salud de ese país:

Los pacientes no deben sufrir daño alguno cuando se les intenta hacer el bien. El cuidado de la salud se hará con base en evidencia científica. El modelo de atención en salud será centrado en el paciente:

- La atención al paciente será oportuna
- La atención al paciente será eficiente
- La atención al paciente sea equitativa

Las organizaciones de salud deben asumir la obligación ética y moral de hacer lo que sea necesario para lograr su cumplimiento.xxii

No obstante, algunos afirman que la calidad en el mercado de la salud es una utopía. Lo que sucede es que muchos de los programas de calidad fracasan porque la metodología no la implementan como es debido, la hacen descansar solamente en lemas, se concentran en los problemas y no en las causas, no se toman en cuenta las

particularidades de los sistemas de salud, no actúan sobre los procesos sino sobre servicios y departamentos aislados, lo que imposibilita obtener resultados deseados.

Para demostrar este hecho, en la actualidad se ha documentado un sinnúmero de experiencias exitosas en el sector salud en México y en otros países, donde se han implementado mejoras en la calidad de los procesos, se ha logrado disminuir los eventos por mala praxis, errores en los sistemas y por ende muertes evitables.

El consumo de productos de alto lujo si es una utopía para muchas personas, pero la calidad en salud no es un concepto mercantilista orientado a generar mayores ingresos y utilidades sino una necesidad social. Si se realiza tomando en cuenta las particularidades de los sistemas de salud, que demandan determinada forma de hacer las cosas, se obtendrán resultados sinérgicos.

#### Comentarios finales

La calidad en salud no es de ninguna forma una utopía. En primer lugar la gerencia en salud y la calidad en salud son términos inseparables y prácticamente idénticos. La gerencia en salud no puede hablar, como en otros sectores, de calidad de primera, de segunda e incluso de tercera. La calidad en salud es única y hay o no hay. Si no se diagnóstica a tiempo y correctamente un infarto del miocardio en un paciente no se está haciendo calidad “de segunda”, simplemente se está trabajando mal. Por otra parte, la no calidad en salud tiene un alto costo, en este ejemplo es la vida de un paciente, en otro puede ser la invalidez o la cronicidad.

Bajo estas premisas, la calidad se constituye en una herramienta importante para los servicios de salud. Promover la cultura de la calidad es un

proceso largo, pero cuando se cimientan sus bases como plataforma de la prestación médica sus alcances son máximos.

#### REFERENCIAS

<sup>i</sup>Ávalos MI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Horizonte Sanitario* 2010; 9(1).

<sup>ii</sup> Lee, RI. et al. *The Fundamentals of Good Medical Care*. Chicago: The University of Chicago Press, 1933.

<sup>iii</sup> Donabedian A. Quality assurance in our health care system. *Am Coll Util Rev Phys;* 1986;1(1): 6-12..

<sup>iv</sup> IOM. Institute of Medicine. *America's Health in Transition. Protecting and Improving Quality*. NAP. EUA: 3; 1994.

<sup>v</sup> Gérvas, J, et al. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública;* 2007;81(6):589-96.

<sup>vi</sup> Ortún, V. de la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad.. 2005;1 (60): 58-75.

<sup>vii</sup> Gilmore, C. de Moraes, H. *Manual de Gerencia de la Calidad*. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellogg, Serie HSP-UNI Operativos Paltex. 3(2).1996.

<sup>viii</sup> Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. *La salud pública en las Américas. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de salud pública*. HSP (documento mimeografiado), Washington, D.C., Abril 2000.

<sup>ix</sup>Malagón-Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. Auditoría en salud. Para una gestión

---

eficiente. 2da. Edición. Cap. 8. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana, 2003.

<sup>x</sup>Acevedo G, Martínez G., Estario JC. *Manual de Salud Pública*. Argentina: Ed. Encuentro 2007:68..

<sup>xi</sup> Gobierno de la República Mexicana. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*.. México. Secretaría de Salud, 2007.

<sup>xii</sup>Carnota, O. *Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud*. Panamá: Universidad de Panamá. 2005; 246-47.

<sup>xiii</sup> Ioannidis John PA. Facing up to medical error. *The Lancet*, 2011: 377(9764):457-458.

<sup>xiv</sup>Malagón-Londoño, G. et al *Garantía de calidad en salud*. 2da. Edición. Colombia: Editorial Médica Internacional. 2006.

<sup>xv</sup> Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.

<sup>xvi</sup>Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Informe 1996-2010*.

<sup>xvii</sup> Gobierno de la República Mexicana. *Programa de Acción Específico 2007-2012 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. México: Secretaría de Salud. 2007.

<sup>xviii</sup>Presidencia de la República Mexicana. *Informe Presidencial 2006*

<sup>xix</sup> Rivero Serrano, O. Paredes Sierra, R. *Ética en el ejercicio de la medicina*. México: Ed. Médica Panamericana. 2006.

<sup>xx</sup> Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21 century*. Washington, DC: National Academy Press; 2001.

<sup>xxi</sup> León Franco, A. *Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos*. Cali, Colombia: Universidad del Valle. 2006.