

Control de calidad en cirugía gastrointestinal

Éctor Jaime Ramírez-Barba, * Diego Arenas-Moya, ** Arturo Vázquez-Guerrero ***

Resumen

Se analiza el marco legal mexicano para identificar los vectores que caracterizan la calidad y su control en cirugía gastrointestinal. La calidad, considerada en el derecho a la protección de la salud que otorga la Constitución a los mexicanos, se establece en la Ley General de Salud y se incluye como objetivo específico del actual Plan Nacional de Desarrollo y el correspondiente Plan Sectorial de Salud. El control de la calidad implica planificación, verificación y aplicación de acciones correctivas. En México se han implementado estrategias para impulsarlo, como la certificación de hospitales y la generación de acuerdos regulatorios por parte del Consejo de Salubridad General, la creación del Comité Nacional por la Calidad en Salud, la generación de guías de práctica clínica y la certificación de médicos especialistas, entre otras. El control de calidad en cirugía gastrointestinal debe iniciarse desde la formación y continuar durante el ejercicio profesional del cirujano, fomentando el trabajo en equipo multidisciplinario, así como los conocimientos, habilidades, actitudes, valores y competencias que permitan ofrecer una atención quirúrgica homogénea, segura y de calidad a todos los mexicanos.

Palabras clave: Control de calidad, cuidados de salud, políticas en salud, seguridad, sistema digestivo, legislación en salud.

Abstract

We analyzed the Mexican legal framework, identifying the vectors that characterize quality and control in gastrointestinal surgery. Quality is contemplated in the health protection rights determined according to the Mexican Constitution, established in the general health law and included as a specific goal in the actual National Development Plan and Health Sector Plan. Quality control implies planning, verification and application of corrective measures. Mexico has implemented several quality strategies such as certification of hospitals and regulatory agreements by the General Salubrity Council, creation of the National Health Quality Committee, generation of Clinical Practice Guidelines and the Certification of Medical Specialties, among others. Quality control in gastrointestinal surgery must begin at the time of medical education and continue during professional activities of surgeons, encouraging multidisciplinary teamwork, knowledge, abilities, attitudes, values and skills that promote homogeneous, safe and quality health services for the Mexican population.

Key words: Quality control, quality in health care, health policy, safety, digestive system, health legislation.

Introducción

En este artículo se aborda el control de calidad en cirugía gastrointestinal, tema que puede ser separado en dos términos y una conjunción: control de la calidad, cirugía gastrointestinal y la relación que existe o debiera existir entre ellos en el marco del derecho a la protección de la salud que otorga la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y otras normativas internacionales de garantías sociales, que tienen, entre otras finalidades, garantizar el disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan las necesidades de la población. Por servicios de salud se entienden las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.¹⁻³

* Dirección de Administración y Evaluación de Delegaciones. Unidad de Evaluación de Delegaciones.

** División de Evaluación de Prestaciones Médicas.

*** Unidad de Evaluación de Delegaciones, Coordinación de Evaluación Programa IMSS-Oportunidades.

Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

Correspondencia:

Éctor Jaime Ramírez-Barba.

Círculo Jardín de San Juan de Dios 180, Col. Jardines del Campestre, 37128 León, Guanajuato, México.

Tel.: (477) 781 1853.

E-mail: ramirezbarba@gmail.com

Recibido para publicación: 25-08-2010

Aceptado para publicación: 04-03-2011

De la calidad

La interpretación de su significado constitucional en México por la Suprema Corte de Justicia de la Nación hizo tesis de jurisprudencia, señalando que el derecho a la salud, entre varios elementos, comprende el disfrute de servicios de salud de calidad en todas sus formas y niveles, entendiendo calidad como la exigencia de que sean apropiados médica y científicamente, esto es, que exista personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, así como condiciones sanitarias adecuadas.⁴

Como se aprecia, el adjetivo calificativo calidad se agrega a “servicios de salud” bajo la visión de la ley, que desempeña un papel clave y central y tiene una acepción muy amplia y conlleva una alta responsabilidad para todos los sistemas de salud en lo general, a los subsistemas público, privado y de asistencia social en lo particular, con especial énfasis para todos los profesionales de la salud encargados de otorgar atención a la población en los términos que señala la antes citada norma constitucional.

La calidad de la atención médica en lo particular pudiera describirse como otorgar atención médica a la persona humana, con oportunidad y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, proclive a satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas. A dicha calidad de la atención médica se le han descrito diversos dominios como la seguridad, efectividad, orientada a resultados, centrada en el paciente, oportuna, accesible, eficiente, que dé más salud por cada peso invertido en ella, capacidad, equidad, que satisfaga la satisfacción de los usuarios y de los profesionales y, por último, que mejore la salud o que coadyuve al goce de una vida independiente y saludable, entre otros.⁵

Se tiene mucho camino recorrido en el tema de calidad de la atención médica por organismos como el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, que puso a los ojos del mundo la importancia de controlarla con sus reportes *Errar es humano: construyendo un sistema de salud seguro*⁶ y *Cruzando el abismo de la calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI*,⁷ la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, encargada en el área de salud de hacer comparaciones en el desempeño de los sistemas nacionales y que ha desarrollado indicadores de calidad dejando en claro las áreas de oportunidad dada la heterogeneidad a la fecha demostrada entre ellos;⁸⁻¹¹ y por último, los Institutos Nacionales de Salud y Excelencia Clínica, pioneros en esquemas de calidad orientados al paciente con un sustrato de transparencia y respeto a la dignidad de la persona.¹²

Para concluir esta sección, señalamos que tres dominios de los *opus citatum* son comunes a los diversos sistemas desarrollados para medir la calidad y podríamos catalogarlos como fundamentales a fin de “controlarlos”: que la atención

esté centrada en el paciente, sea eficaz y segura.¹¹ Estos pilares son aplicables sin duda para los servicios de salud; la atención médica en sus niveles de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación; tanto para las disciplinas médicas o quirúrgicas como la que nos ocupa en este artículo, la cirugía gastrointestinal.

Del control de la calidad

Tener un término estandarizado mundial es importante para saber que estamos hablando de lo mismo en idiomas diferentes. Los Institutos Nacionales de Salud y la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica han desarrollado un sistema de indexación de términos médicos llamado con el acrónimo MeSH (*Medical Subject Heading*). En 1974 fue incorporado en este vocabulario estandarizado el término *quality control* o control de calidad, con el propósito de clasificar la literatura científica en las bases de datos médicas más grandes del mundo como PubMed. Se describe control de calidad como un sistema de verificación y mantenimiento del nivel deseado de calidad en un proceso o producto a través de la planeación cuidadosa, la utilización del equipo apropiado, la supervisión continua y las acciones correctivas cuando sean requeridas.^{13,14}

De aquí se desprenden los elementos que debe tener cualquier sistema de salud en lo general o un subsistema de cirugía gastrointestinal para cumplir con el control de calidad y con las dimensiones de estar centrado en el paciente y ser seguro y eficaz, como elementos mínimos. Los elementos de estructura y proceso como los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos necesarios también deben ser integrados al control, poniendo énfasis en el trabajo en equipo con el paciente y todos los profesionales de la salud involucrados en la cirugía gastrointestinal, en la patología por manejar y en las comorbilidades del enfermo.

Dando como una aseveración que la calidad en cirugía debe ser un imperativo para cumplir con la garantía constitucional del derecho a la salud, debemos conocer con más precisión los compromisos que adquirimos ante los ciudadanos que acuden a nosotros para la atención de trastornos gastrointestinales en función de la delegación con facultades especiales que nos otorga –en México– o en otro país, la Ley General de Salud Reglamentaria del Artículo Cuarto de la Carta Magna.

La Ley General de Salud en México establece en siete fracciones del artículo segundo las finalidades del derecho a la protección de la salud. En su capítulo IV, titulado “De los usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad”, en su artículo 51 manda que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y ética-

mente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares. Los usuarios tendrán el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atienda de entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda por domicilio, en función del horario de labores y de la disponibilidad de espacios del médico elegido y con base en las reglas generales que determine cada institución. En el caso de las instituciones de seguridad social, solo los asegurados podrán ejercer este derecho, a favor suyo y de sus beneficiarios".¹⁵

El 17 de abril de 2009 se incorporaron los artículos 51 bis 1 a 3 con el fin de otorgar la atención médica con las dimensiones de calidad. El artículo 51 bis 1 norma que los usuarios tendrán derecho a recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen. El 51 bis 2 señala que los usuarios tienen derecho a decidir libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico. Los usuarios de los servicios públicos de salud en general contarán con facilidades para acceder a una segunda opinión. Por último, el artículo 51 bis 3 mandata que las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia.¹⁶

En la República Mexicana, el Supremo Poder de la Federación se divide para su ejercicio en tres poderes: el Poder Ejecutivo, autoridad unipersonal que recae en el Presidente de la República; el Poder Legislativo, autoridad colegiada articulada en dos Cámaras como Congreso de la Unión formadas por 128 senadores y 500 diputados; y, por último, el Poder Judicial, autoridad colegiada.²

Al Poder Ejecutivo le competen las responsabilidades de la administración pública, teniendo para auxiliarle a secretarías del ramo, como la Secretaría de Salud, a quien le compete garantizar el derecho a la salud de toda persona en el territorio nacional. De aquí que debe establecer los controles para asegurar que los servicios de salud se proporcionen con calidad.

Para ejercer el control, el secretario de salud cuenta con dos herramientas, la primera es el desarrollo de políticas públicas y la segunda el establecimiento de controles le-

gales o regulaciones, destinados a que los prestadores de servicios de salud satisfagan sus condiciones necesarias de capacitación, educación, experiencia y tecnología, cuenten con establecimientos de atención médica con condiciones sanitarias adecuadas y con medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado. Por ello, es fundamental el control que el Estado ejerza sobre la calidad en la atención quirúrgica, abarcando aspectos relacionados con el actuar del médico y a los procesos de atención, las competencias médicas, así como la infraestructura con la que se ofrezcan los servicios. Todo esto con el objetivo de generar el entorno técnico y ético necesario para ofrecer una medicina de calidad a los mexicanos, más aun cuando se trata de innovar como ha ocurrido en la cirugía gastrointestinal con el advenimiento de la cirugía endoscópica, el uso de láseres, la endoscopia gastrointestinal invasiva o intervencionista, por mencionar solo algunos avances.¹⁷

De las estrategias para el control de la calidad

Hay evidencia para sustentar que las estrategias que buscan impactar positivamente en la atención de la salud deben tener un carácter local, de acuerdo con las condiciones de cada sistema o establecimiento, y no deberán basarse únicamente en la medición de indicadores. Para tener éxito en el control de la calidad y los procesos de mejora, es fundamental la identificación de los procesos clave para la atención integral del usuario de cada padecimiento, entre ellos los gastrointestinales. El proceso de implantación deberá puntualizar cada paso, los recursos y el responsable de cada acción, respetando las decisiones del paciente y de los colaboradores, cada uno en su ámbito para impactar en el objetivo deseado.¹⁸

El proceso de "calidad" es un continuo perfectible. Cada sistema de medición debe ser validado y vuelto a ajustar. En el área quirúrgica hay propuestas de medición multidimensional en la literatura, involucrando variables que reflejan la atención otorgada a lo largo de todo el proceso de atención. Estas variables se pueden clasificar en dos grupos: las enfocadas a la atención clínica y las reportadas por los pacientes. Las primeras están relacionadas con la infraestructura física y humana con la que se cuente para la atención de los pacientes; los procesos de atención médica a los que son sometidos durante el perioperatorio; los resultados de mortalidad, estancia hospitalaria y readmisión entre otros; finalmente, la productividad de la inversión realizada y su costo-efectividad, para alinear el buen desempeño y los incentivos clínicos con los financieros o económicos. Las segundas informadas por los usuarios incluyen el resultado obtenido –médico o quirúrgico– desde su perspectiva,

la cual provee información sobre síntomas o su estado funcional; la medición de la calidad de vida o el impacto en su estado general; así como su satisfacción de la atención recibida, variable sin duda crucial para la evaluación de la calidad de la atención.¹⁹

Ahora describiremos ejemplos que de manera genérica involucran las principales estrategias a través de las cuales se han promovido el aseguramiento y control de la calidad, seguridad y atención centrada en el paciente y que son la generación de políticas públicas, la regulación de la práctica médico-quirúrgica y los procesos de atención médica y, por último, la verificación o control de la infraestructura con la que se opera en las instituciones del sistema nacional de salud.

Ejemplo 1. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012^{20,21}

Incluyó el Ejecutivo Federal como un objetivo específico: brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para los mexicanos. El Plan Sectorial de Salud planificó metas que se han ido logrando, entre ellas:

1. La acreditación de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud, también conocido como Seguro Popular.
2. La implantación de medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público.
3. Atacar el problema de las infecciones nosocomiales, alcanzando y manteniendo una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de seis por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel, lo cual es un reflejo de la mala o buena calidad en la atención médica.²²

Ejemplo 2. Certificación de hospitales por el Consejo de Salubridad General^{23,24}

El Consejo de Salubridad General es una instancia constitucional del más alto nivel para dictar políticas en Salud. Una de sus funciones es certificar las unidades médicas (establecimientos hospitalarios, ambulatorios, de rehabilitación y de hemodiálisis) tanto del ámbito público como del privado. Recientemente modificó sus estándares para certificarlas, haciéndolas homogéneas con los internacionales, entre ellos se encuentran los centrados en el paciente, de gestión y de seguridad del paciente.

Dos estímulos adicionales ha generado el Consejo para el control de la calidad: el primero al señalar que solo podrán acceder a los premios que otorga el gobierno federal y las entidades federativas, los hospitales que estén certificados; y el segundo, la posibilidad al estar certificados de celebrar contratos de prestación de servicios con las

entidades y dependencias de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales.

Un aspecto adicional es que las compañías aseguradoras mexicanas a través de la AMIS (Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros) también solo pagarán sin reembolso en los hospitales certificados.

Ejemplo 3. Comité Nacional por la Calidad en Salud^{25,26}

En 2007 se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud, como un órgano asesor de la Secretaría de Salud, con el objeto de unificar los criterios para la aplicación de las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes, coordinar acciones en el Sistema Nacional de Salud enfocadas a mejorar la calidad en la atención a la salud, difundir la medicina basada en la evidencia, formular recomendaciones y efectuar el seguimiento de los indicadores sustantivos de calidad técnica y calidad percibida en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Las reglas de operación 2010 dan prueba fehaciente de los avances logrados en temas como el Premio Nacional de Calidad; las acciones orientadas a la seguridad del paciente como la campaña sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas”, lanzada en 2009 con el objetivo de disminuir la prevalencia de eventos adversos quirúrgicos de 4.8 % reportada en 2008 en más de 3.2 millones de cirugías realizadas en las instituciones públicas; por último, en otro conjunto de acciones proclives, situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.

Ejemplo 4. Cirugía bariátrica. Regulación por el Consejo de Salubridad General²⁷

Ilustramos con este ejemplo las decisiones que en el proceso de “Control de la Calidad” ha tomado el Estado cuando se aprecian los malos resultados, como ha ocurrido en el caso de la cirugía de la obesidad mórbida. El acuerdo emitido por el Consejo de Salubridad General es regulatorio en varios niveles: determina que se utilicen guías clínicas tanto en adulto como en niños; que los profesionales de la salud sean competentes en el manejo de este tipo de pacientes; que las universidades los preparen y que las academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, a través de los consejos de especialidad, los evalúen y certifiquen; que se registren con transparencia sus resultados; y, por último, que las instituciones prestadoras de servicios cuenten con los recursos necesarios para atender este tipo de pacientes. De hecho se están trabajando ya los criterios para certificar las unidades hospitalarias donde se realizan estos procedimientos.

De la cirugía gastrointestinal en México

Para aproximarnos al control de calidad de la cirugía gastrointestinal en nuestro país –que no es tan diferente a otros–, utilizaremos los datos reportados en la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal y ordenaremos los procedimientos más realizados, eligiendo los más frecuentes en el periodo 2004-2008 (cuadro I).

Como se puede apreciar, los procedimientos más frecuentes son en realidad simples, de aquí resalta que desde la etapa de formación en la licenciatura de medicina como hasta la especialización y luego la educación continuada, debemos orientar los esfuerzos a lograr un cuidado médico de calidad, adquiriendo los conocimientos, habilidades, actitudes, competencias y valores en un marco de visión epidemiológica, adquiriendo además una competencia clave: la del trabajo en equipo con y entre otras disciplinas.

Se dice fácil, sin embargo, hay evidencia suficiente para mostrar que incluso en estos padecimientos la calidad otorgada es muy heterogénea, tanto en los diferentes hospitales como en los diferentes sistemas de salud. A manera de ejemplo mencionaremos la tasa de complicaciones informada en el observatorio de desempeño hospitalario 2009. En appendicectomías, la media nacional fue de 5.94, en Colima se reportó de 0.36 y el porcentaje más alto de complicaciones se presentó en hospitales de Baja California con 20.7, casi 57 veces más que en Colima. La heterogeneidad en el caso de las colecistectomías, por ejemplo, se reflejó en que en la Secretaría de Salud, 1.8% de los egresos por colecistectomía abierta presentó al menos una complicación, contra solo 1.2% de los egresos sometidos al procedimiento por laparoscopia. Lo mismo ocurre con las hernioplastias

realizadas en 2008, donde en varios estados no se reportó ninguna complicación como Zacatecas y Sonora, mientras que en Coahuila fue de 1.4%.²⁸ ¿Cómo realizar el control de la calidad en estos procedimientos? La respuesta tiene sin duda muchas vertientes. La primera es tener la humildad para permanecer con conocimientos vigentes. La medicina basada en evidencias es un buen instrumento para combinar los deseos del paciente, los conocimientos producto de la investigación y la experiencia del cirujano.^{29,30}

En México, otra vertiente son las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y las Guías de Práctica Clínica, que proporcionan estandarización de procesos, basadas en evidencia, para la atención de los padecimientos más frecuentes. Cabe señalar que las NOM son de observancia obligatoria en el territorio nacional. Ya se daba como ejemplo el uso de estas guías en el manejo del sobrepeso y la obesidad mórbida. En el área de gastroenterología existen, por ejemplo, para el diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en el adulto, diagnóstico y tratamiento de las hernias inguinales y femorales, tratamiento de la apendicitis aguda, diagnóstico y reparación de la hernia umbilical, entre otras.³¹

Una tercera vertiente es la recomendación de estar certificado por el consejo de la especialidad, también un criterio de aseguramiento de la calidad. La experiencia en el país es ya de casi cuatro décadas y se tiene ya un Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (Conacem), garante, junto con el consejo de la especialidad, que el especialista certificado cumple cabalmente con estándares mínimos de competencia para un óptimo desempeño profesional. Recientemente se han incorporado etapas de contrastación de las destrezas, además de los conocimientos, y se recomienda la certificación cada cinco años.^{32,33}

Cuadro I. Procedimientos quirúrgicos más realizados en México, 2004-2008*

Código	Procedimiento	n	%
4709	Otra appendicectomía	202 079	27
5122	Colecistectomía	155 800	21
5411	Laparotomía exploradora	96 471	13
5300	Reparación unilateral de hernia inguinal	88 909	12
5349	Otra herniorrafía umbilical	47 857	6
5123	Colecistectomía laparoscópica	44 963	6
8628	Desbridamiento no escisional de herida, infección o quemadura	33 321	5
8622	Desbridamiento escisional de herida, infección o quemadura	31 864	4
8659	Cierre de piel y tejido subcutáneo de otros sitios	25 881	3
5359	Reparación de otra hernia de la pared abdominal anterior	12 978	2
Total de procedimientos 2004-2008		740 123	

*Con base en los datos de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud Federal.

Otra vertiente publicada para controlar la calidad es la medición de indicadores y la identificación del desempeño sobresaliente de cada cirujano; que pudieran estar ligados a programas de pago por desempeño, que al incentivar la calidad aporten a la eficiencia del sistema y la consecuente reducción de costos. Para lograrlo será necesario diseñar un sistema de medición del desempeño basado en evidencia y siempre relacionado con la calidad en el servicio. De igual forma es importante que los elementos a medir estén bajo el control del cirujano, que su número sea limitado, que el incentivo económico sea para el cirujano y no para la institución hospitalaria, además de incentivar no solamente la mayor calidad sino también la mejora continua.³⁴

Sin duda, la homogeneidad de la atención en el sistema de salud es un gran reto y constituye un mecanismo que puede disminuir los riesgos de errores, mejorar la seguridad e impactar positivamente en la atención quirúrgica recibida por el paciente. El Colegio Americano de Cirujanos ha establecido, por ejemplo, estrategias con el objetivo de medir y mejorar la calidad del cuidado quirúrgico. Su enfoque particular es hacia el análisis de los resultados reportados en una base de datos prospectiva, que permite la toma de decisiones y la generación de cambios que impacten positivamente en la calidad de su sistema de salud. Las principales líneas de acción de este programa son la promoción de la acreditación, la investigación formal en servicios de salud, diversas actividades de educación continua y la mencionada base de datos para la recolección y análisis de los resultados quirúrgicos a 30 días. Esta base de datos se encuentra disponible para todos los miembros del colegio, independientemente de su país de procedencia, lo cual permite el registro y el análisis posterior de la información de cada cirujano.³⁵

Otro mecanismo es la retroinformación derivada de la base de datos generada por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, organismo dedicado a mejorar la práctica médica. Se busca generar una cultura del reporte de errores médicos, con la firme intención de utilizar la información para identificar áreas de oportunidad y generar estrategias de mejora continua de la calidad en la atención. Los avances han sido pocos pero van en buen camino, un hecho es que de haber reportados menos de 2500 en una década, existe hoy una tendencia creciente que pudiera interpretarse como una mayor apertura a informarlos y aprender de ellos.^{28,36,37}

Reflexiones

El control de calidad en cirugía gastrointestinal es un imperativo para hacer efectivo el derecho a la salud. Ser proactivos en garantizar controles de calidad desde la etapa de formación hasta el ejercicio en la práctica diaria es clave, tanto en lo individual como en el equipo y las instituciones.

Debemos tener un interés auténtico en ofrecer una atención segura y de calidad a nuestros pacientes, generando los cambios necesarios en la práctica médica; haciendo transparentes los resultados, buenos o malos, para aprender de ellos y aportar así hacia las nuevas generaciones de profesionales de la salud creando un sistema de salud lo más seguro posible y de gran calidad para los mexicanos.

Concluimos compartiendo una visión de sistema de salud al presente inmediato: “imaginamos una cultura abierta, transparente, de apoyo y comprometida al aprendizaje; en donde los doctores, enfermeras y todos los trabajadores de la salud se trataran entre sí y a sus pacientes competentemente y con respeto; donde el interés del paciente sea siempre supremo, y donde los pacientes y sus familias estén completamente comprometidos en sus cuidados”. Para lograr esta visión se propone no únicamente la mejoría de los sistemas actuales, sino su transformación en base a los siguientes principios; la “transparencia” deberá ser un valor practicado en todo lo que se haga; los cuidados deben implementarse por equipos multidisciplinarios trabajando en “plataformas de atención integradas”; los “pacientes deben comprometerse totalmente” en todos los aspectos del cuidado de su salud; los trabajadores de la salud necesitan “encontrar gozo y sentido en su trabajo”; y, finalmente, la “educación médica debe rediseñarse” para preparar a los nuevos médicos para funcionar en este nuevo ambiente, lo cual sin duda implica cambios profundos en su comportamiento.³⁸

Referencias

1. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Tesis: 1a. LXV/2008, Derecho a la salud. Su regulación en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y su complementariedad con los tratados internacionales en materia de derechos humanos. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta 2008;XXVIII:457.
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos México: Diario Oficial de la Federación; 1917 (Actualizado julio 20, 2010; consultado febrero 28, 2010.) Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/1.doc>
3. WHO/UN. The Right to Health. Fact Sheet No. 31. Geneva: Office of the United Nations. High Commissioner for Human Rights. World Health Organization; 2008. (Actualizado junio 1, 2008; consultado julio 22, 2010.) Disponible en <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>
4. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Tesis 1a. LXIII/2008. Derecho a la salud, su protección en el artículo 271, segundo párrafo, de la Ley General de Salud. Registro 169317. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta 2008;XXVII:456. Disponible en <http://www2.scjn.gob.mx/ius2006/UnaTesisInkTmp.asp?nIus=169317>
5. Raleigh VS, Foot C. Getting the measure of quality. Opportunities and challenges. United Kingdom: The King's Fund 2010;1:1-36. Disponible en http://www.kingsfund.org.uk/publications/quality_measures.html
6. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, D.C.: Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America; 2000. Disponible en <http://www.nap.edu/catalog/9728.html>

7. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C.: Institute of Medicine 2001. Disponible en http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10027&page=1
8. Drösler SE, Romano P, Wei L. Health care quality indicators project, patient safety Indicators report 2009. OECD Health Working paper No. 47. Paris: OECD Publishing; 2009. pp. 1-47.
9. Paris V, Devaux M, Weia L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. OECD Health Working Paper No. 50. Paris; 2010; pp. 1-141.
10. Quality of care. En: OECD, ed. Health at a Glance: 2009 OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2009. pp. 111-137.
11. Koechlin F, Lorenzoni L, Schreyer P. Comparing price levels of hospital services across countries: results of a pilot study. OECD Health Working Paper No. 53. Paris: OECD Publishing; 2010. pp. 1-59.
12. NHS. National Institute of Health and Clinical Excellence. United Kingdom: National Institute of Health; 2009. (Actualizado julio 27, 2009; consultado noviembre 4, 2010.) Disponible en http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/who_we_are.jsp
13. NLM. Quality control. Medical Subject Headings. Bethesda: National Library of Medicine. National Institutes of Health; 1974. (Actualizado julio 21, 2010; consultado noviembre 4, 2010.) Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68011786>
14. NLM. Pubmed Central (PMC) is the U.S. National Institutes of Health (NIH) free digital archive of biomedical and life sciences journal literature. Bethesda: National Library of Medicine; 2010. (Actualizado julio 22, 2010; consultado noviembre 4, 2010.) Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>
15. Ley General de Salud. Última actualización 2010 julio 4. Diario Oficial de la Federación July 2, 1984. México, D.F.: Secretaría de Gobernación; 1984. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/doc/142.doc>
16. Decreto por el que se reforma el artículo 51 y se adicionan los artículos 51 Bis 1, 51 Bis 2 y 51 Bis 3 a la Ley General de Salud (40). Diario Oficial de la Federación 2009, Abril 17. México, D.F.: Secretaría de Gobernación; 2009. p. 24.
17. Ramírez-Barba E, Vázquez-Guerrero A, Arenas-Moya D. Consideraciones éticas en el proceso de la innovación quirúrgica en el México del año 2010. Cir Gen 2010;32(suppl 1):S59-S65.
18. Polk HC, Birkmeyer J, Hunt DR, Jones RS, Whittemore AD, Barraclough B. Quality and safety in surgical care. Ann Surg 2006;243:439-448.
19. Mayer EK, Chow A, Vale JA, Athanasiou T. Appraising the quality of care in surgery. World J Surg 2009;33:1584-1593.
20. Presidencia de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Diario Oficial de la Federación 2007, Mayo 31. México, D.F.: Secretaría de Gobernación; 2007. pp. 2-129. Disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento.php?idArchivo=2715&ambito=FEDERAL&poder=ejecutivo>
21. Presidencia de la República. Decreto por el que se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Diario Oficial de la Federación 2007, Mayo 31. México, D.F.: Secretaría de Gobernación; 2007. pp. 1-2.
22. Córdova-Villalobos JÁ. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Diario Oficial de la Federación 2008, enero 17. México, D.F.: Secretaría de Gobernación; 2008. 1:1-24.
23. Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se establece como obligatorio a partir del 1 de enero de 2010 el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios privados que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales. Diario Oficial de la Federación. México: Secretaría de Gobernación; 2009. Disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento.php?idArchivo=40808&ambito=FEDERAL&poder=ejecutivo>.
24. Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se exhorta a establecer el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General en las convocatorias para la participación de los establecimientos hospitalarios, ambulatorios, de rehabilitación y de hemodiálisis en los premios que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas. México: Secretaría de Gobernación; 2009. Disponible en [http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Acuerdos/2009/11092009\(2\).pdf](http://www.ordenjuridico.gob.mx/Federal/PE/APF/APC/SSA/Acuerdos/2009/11092009(2).pdf)
25. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud. México: Secretaría de Gobernación; 2007. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/a241207.pdf>
26. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2010 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). México: Secretaría de Gobernación; 2009. Disponible en <http://www.ordenjuridico.gob.mx/fichaOrdenamiento.php?idArchivo=42720&ambito=emisor&idEmisor=16&idEspecifico=16&poder=Ejecutivo>
27. Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se establecen los lineamientos que regulan la práctica de la cirugía bariátrica en México: Secretaría de Gobernación; 2009. Disponible en http://www.csg.salud.gob.mx/descargas/pdfs/publicaciones/acuerdo_cirugiabariatrica110909DOF.pdf
28. Secretaría de Salud. Calidad y eficiencia clínicas. Observatorio del desempeño hospitalario 2009. México: Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación al Desempeño; 2010. pp. 44-47.
29. Vázquez-Guerrero A, Vázquez-Guerrero MÁ, Ramírez-Barba EJ. Revisiones sistemáticas y meta-análisis. En: Bernal-Sánchez G, Arch-Tirado E, eds. La investigación y la cirugía. México: Alfil; 2009. pp. 179-190.
30. Ramírez-Barba EJ, Ayala G M, Ramírez R J. La medicina y cirugía basada en evidencias en el paciente con enfermedades del aparato digestivo. En: Aceff G, Vargas DA, eds. Cirugía del aparato digestivo. Tomo I. México: Nieto Editores; 2009. pp. 27-35.
31. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Catálogo maestro de guías de práctica clínica. México: Cenetec; 2010. Disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>
32. Conacem. Artículos publicados por el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas. México: Conacem. (Actualizado mayo 19, 2011.) Disponible en <http://www.conacem.org.mx/>
33. Conacem. Taller de discusión: El papel del estado de certificación del médico por consejos de especialidad en el movimiento de la calidad. México: Conacem. Disponible en http://conacem.org.mx/files/boletin_certificacion.pdf
34. Harris JA, Cebuhar B. What surgeons should know about... the next step for quality measurement: paying for it! Bull Am Coll Surg 2004;89:8-11.
35. American College of Surgeons. Continuous Quality Improvement. Chicago: American College of Surgeons; 2010. (Actualizado mayo 1, 2006; consultado noviembre 4, 2010.) Disponible en <http://www.facs.org/cqi/index.html>
36. Conamed. Reporte de errores, resultado del acto médico. México: Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 2010. (Actualizado noviembre 4, 2010; consultado noviembre 4, 2010.) Disponible en http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/reporte2.php
37. Arenas-Márquez H, Anaya-Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. Cir Cir 2008;76:355-361.
38. Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. Qual Saf Health Care 2009;18:424-428.