

## PREPARACIÓN PARA DIRECTIVOS

# Los Conceptos de Calidad en Salud

**Armando Villar Peña**

Email: [villar@infomed.sld.cu](mailto:villar@infomed.sld.cu) Oficina de atención a la población. Ministerio de Salud Pública (MINSAP)

## RESUMEN

**Objetivos:** presentar como se ha tratado y se trata el tema de la calidad en salud desde la perspectiva de la salud pública cubana. **Método:** se realizó una revisión bibliográfica que permitió realizar un análisis de los diferentes conceptos de calidad en salud y proponer uno para la realidad cubana. **Resultados:** el control de la calidad y de la satisfacción con los servicios de salud comienza como preocupación estatal después de 1959. Los contenidos más coincidentes en la literatura: Calidad Científico-Técnica, Accesibilidad, Adecuación, Eficiencia, Seguridad, Puntualidad, Respeto y Cuidado y la Satisfacción. No se encontró encontrado ninguna alusión a una dimensión "Político-Moral" o "Ético-Moral" o "Político-Ideológica" **Conclusión** para la realidad cubana las definiciones anteriores se consideraron incompletas y se propone la siguiente "Satisfacer humana y desinteresadamente las necesidades sanitarias de la población con la más alta competencia profesional y un excelente desempeño, utilizando eficientemente todos los recursos que el estado ha dispuesto para ello, a la vez que se ocupa de la satisfacción de los trabajadores que prestan esos servicios."

**Palabras clave:** calidad, servicios de salud.

---

## INTRODUCCIÓN

En sentido general, la preocupación por la calidad de la atención y satisfacción de las personas en relación con la asistencia sanitaria que se les presta, viene siendo de constante interés en muchos países en las últimas décadas, sobre todo después del desarrollo de las técnicas, que para su control se perfeccionaron en otras ramas de la producción de bienes y servicios. Las prácticas contemporáneas para mejorar los servicios de salud tienen tres orígenes: El método científico, las asociaciones de profesionales y los modelos industriales que pueden complementarse en los programas de gestión de calidad. De manera que existen innumerables modelos de iniciativas de calidad basados en las más disímiles combinaciones pero es reconocido que ninguno en particular puede responder a todas las preguntas o resolver todos los problemas. El presente trabajo tiene como objetivo presentar como se ha tratado y se trata el tema de la calidad en salud desde la perspectiva de la salud pública cubana.

## **DESARROLLO**

### **Antecedentes**

En Cuba el control de la calidad y la satisfacción comienza como preocupación estatal después de 1959 ya que antes de esta fecha era solo de interés personal o empresarial y obedecía principalmente a fines comerciales.

En 1962 el Ministerio de Salud Pública comienza con las inspecciones y supervisiones a las unidades del sistema nacional, en 1963 se aprueban los reglamentos hospitalarios y diez años más tarde el Partido Comunista de Cuba, con la participación de los Comités de Defensa de la Revolución, la Federación de Mujeres Cubanas y otras organizaciones de masas, detectó que las causas más frecuentes de molestias de los pacientes con relación a los servicios de salud, en aquel momento eran: el trato no satisfactorio a enfermos y familiares, el extravío de documentos e informes, la suspensión o impuntualidad de las consultas, las malas condiciones de las unidades y el insuficiente rigor del organismo salud en hacer cumplir las ordenanzas sanitarias.

En ese entonces algunas provincias diseñan planes para la corrección de los problemas encontrados, pero no fue hasta 1973 que se crea el "Programa de optimización del trato a enfermos y familiares" que no sólo se ajustaba a las demandas populares sino también a las posibilidades del organismo y que tenía como principales objetivos mejorar el bienestar y la satisfacción. Este programa fue actualizado en 1977 y ya desde esa época sus autores escribían "...podrá elaborarse en el futuro un programa en consonancia con las posibilidades, pero no ya, con el sentido de enmendar deficiencias, sino, con el de brindar satisfacción. Desde el año 1968 se había creado el Comité de Prevención de la Infección Intrahospitalaria en el Hospital Enrique Cabrera, en 1969 se extendió a todos los hospitales de la Habana y en 1970 al resto del país, por esa fecha también se confeccionaron las llamadas "NORMAS" donde diferentes especialidades regulaban -a la luz de los conocimientos de entonces- los procederes a ejecutar ante las situaciones más frecuentes, elaborándose desde entonces, lo que hoy se conoce como manuales de procedimiento. Más tarde, en 1983 se elaboran los manuales de desarrollo de las especialidades.

Recientemente en 1992 y con conceptos más modernos sobre satisfacción-calidad se elabora el «Programa de garantía de la calidad de la atención médica hospitalaria», que como su nombre recuerda está restringido a ese tipo de atención y que tiene como limitación, el no incluir en su contenido un sistema de gestión de la calidad.

Es justo hacer notar que aún sin existir un programa general para el control de la calidad, en el país funcionan una serie de regulaciones que se ocupan de ella, como son los programas para la garantía de la seguridad de la sangre, los manuales de enfermería, las normas para la calidad de la esterilización y su control, los comités de tejidos, cesáreas, bioética y otros, entre los que se encuentra el «Programa nacional de control y prevención de las infecciones hospitalarias» que en 1997 y con una concepción mucho más avanzada orienta la confección de programas basados en los diagnósticos locales en cada unidad asistencial hospitalaria, aunque todavía sin cubrir otros centros que como las policlínicas, las clínicas estomatológicas y unidades similares pudieran causar eventos nosocomiales que afecten la calidad. Sin embargo, no existe un sistema que evalúe y controle la actividad en centros no asistenciales,

como las empresas prestadoras de servicios al SNS cuya actividad, aun sin tener contacto directo con la población, repercute de manera importante en la satisfacción de ésta.

### **Situación Actual**

Aunque la voluntad política y la concepción filosófica relacionada con nuestro SNS continúa siendo la misma, estructural y operacionalmente se han producido cambios substanciales que hacen afirmar que el actual sistema no se parece en nada al de otros tiempos.

Hoy se cuenta con una cobertura del médico de familia en un altísimo porcentaje<sup>1,2</sup> aunque un número importante de estos, aun no residen en su zona de trabajo teniendo en ocasiones que viajar.

El recrudecimiento del bloqueo que afecta principalmente, los abastecimientos básicos en los hospitales, el transporte sanitario, el suministro de medicamentos, entre ellos los de uso popular y en general todas las actividades relacionadas con la salud.

Existen sistemas nacionales y locales que permiten conocer constantemente el estado de satisfacción de la población a través del análisis de los planteamientos de en las asambleas de rendición de cuentas y los despachos del delegado a sus electores, las opiniones espontáneas recogidas por organizaciones y organismos del estado, la vigilancia especializada por parte de las Unidades de Análisis y Tendencias de la Salud (UATS) que, con una cobertura casi total, periódicamente investigan la satisfacción tanto de usuarios como de prestadores, las Oficinas de Atención a la Población, etc. Se organizó el sistema de Atención a la Población, que ahora cubre a prácticamente todo el SNS, contando con indicaciones metodológicas que norman y uniforman la atención a las quejas y otras demandas de la ciudadanía y se establecieron las acciones para disminuir el número y el tiempo de los trámites a realizar por la población dentro del organismo. Por otra parte nuestra población cada vez más instruida y culta modifica sus expectativas y ha ampliado cada vez más el horizonte de lo conocido y lo esperado.<sup>3</sup>

El concepto que se encerraba en la calificación tradicional de calidad ya no está representado únicamente por una buena atención, sino que apunta a satisfacer las expectativas que se suscitan en cada momento de contacto entre pacientes y familiares y nuestras instituciones. La satisfacción pues, se logrará mediante calidad técnica de la atención con eficiencia y rapidez, mínimo costo, trámites ágiles y simples, correcta emisión de documentos, un correcto trato personal en un ambiente adecuado.<sup>4</sup>

### **Fortalezas**

No obstante existen un buen número de razones para creer que es perfectamente posible alcanzar los niveles de calidad y satisfacción a que aspiramos, ya que contamos con:

Una cobertura del SNS alcanza a todos los rincones del país.

Buena calificación técnica y profesional del los trabajadores del sistema.

La existencia de una tecnología blanda (Reglamentos de Hospitales y Policlínicas, etc.) que organiza y norma las acciones a desarrollar en el SNS y que está en constante proceso de perfeccionamiento.

La existencia de los Programas Nacionales de Prevención y Control de Enfermedades, Vacunación, Materno Infantil, PIE, etc.

La existencia de una legislación.

Pero sobre todo: La voluntad de los cuadros, dirigentes y la inmensa mayoría del los trabajadores del SNS, en mejorar cada día más la calidad y satisfacción de la población con los servicios que se le prestan.

### **El Problema**

Inspirados en el deseo de brindar cada día una mejor atención a nuestro pueblo, muchas provincias e instituciones han comenzado a desarrollar Programas Locales de Mejoría Continua de la Calidad, poniendo especial énfasis en el "Componente Satisfacción", pero en las visitas realizadas a los distintos territorios nos hemos percatado que existen innumerables "Conceptos de Calidad" en su totalidad extraídos de la cada vez más abundante literatura mundial sobre el tema, pero que a nuestro modo de ver No se ajustan a la realidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, por tener, entre otras dificultades, concepciones filosóficas diferentes a las nuestras. Muchas personas no han visto la necesidad de elaborar conceptos y definiciones propias, con relación a la calidad en salud, que se ajuste a la visión cubana de la salud pública. Ignorar esta necesidad pudiera convertir las buenas intenciones en tergiversaciones de fondo. Cada día oímos con más frecuencia hablar del "cliente", incluso de "protección al consumidor" dentro del sector. ¿Qué cliente?, ¿Qué consumidor? Si nosotros lo que tenemos es una población sana en la que hacemos actividades de prevención y cuando enferma nos esforzamos por devolverle la salud con el más absoluto desinterés, ¿Qué protección? Si el sistema nacional de salud está diseñado para proteger a la población. Tal es el sustento filosófico de la salud pública cubana.

### **Los conceptos de calidad**

Antes de entrar en las definiciones de calidad, conviene recordar que, la Salud Pública pudiera definirse como "La ciencia y el arte de prevenir la enfermedad y la discapacidad, prolongar la vida y fomentar la salud física y mental", sin embargo tiene diferentes concepciones:

#### **Medicina Social**

Está basada en la profesión médica (la atención) que es modelo en Francia, Alemania, Bélgica, etc. Es gubernamental.

#### **Medicina Comunitaria**

Está basada en la profesión médica (la atención). Se ejecuta a nivel local, por lo que no es nacional. No es gubernamental.

## **Higiene Social**

Si bien enfocaba sus acciones a la salud de los pueblos, seguía bajo la dirección de los clínico. Era el Modelo de Europa Oriental.

Si aceptamos que en Cuba la "Salud Pública" es una actividad gubernamental y social importante, de naturaleza multidisciplinaria, de carácter nacional, donde la palabra clave no es "Medicina" sino "Salud" e incluye además la categoría "Pública" que implica un compromiso estatal y social para con ella, no podemos importar definiciones de calidad de sistemas como el de "Medicina Social" (de algunos países de Europa Occidental) o el de "Medicina Comunitaria" (norteamericano) ya que, de entrada, la concepción de estos sistemas es completamente diferente a la nuestra.

Un sencillo análisis permite aseverar que los conceptos de calidad y dentro de ellos sus dimensiones no pueden ser los mismos para cada uno de los casos. Existen varias formas para definir la calidad de la asistencia sanitaria:

la definición nominal

el análisis de sus contenidos (también dimensiones) y la definición operativa.

### **Definición Nominal**

Se propone una definición exhaustiva, lógica y coherente. Pero hasta ahora la mayoría reconoce que probablemente nunca existirá un criterio único con el cual medir la calidad de la atención al paciente, y han desviado su atención al análisis de los contenidos.

### **El análisis de contenidos**

En esta definición la calidad se concibe como un fenómeno multifacético que incluye componentes medibles y sí capaces de ser definidos.

### **La definición operativa**

Quienes la propugnan dicen que la calidad de la asistencia no puede definirse de una forma precisa y definen la calidad a través del método que se utiliza para medirla. La mayor parte de los estudios empíricos sobre la calidad pertenecen a este grupo.

De todas, la más socorrida es la del análisis de los contenidos, ya que una vez definidos estos, que es lo mismo que decir una vez definidos nuestros objetivos, será muy fácil enunciar una definición nominal. Los contenidos más coincidentes en la literatura mundial son:

**Calidad Científico-Técnica:** El grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías médicas incluyendo la interrelación médico paciente. A lo que algunos llaman:

### **Competencia**

**Accesibilidad:** El grado en que las personas pueden utilizar los servicios cuando los necesitan incluido el seguimiento hasta los niveles más altos del sistema. La no existencia de barreras.

**Adecuación:** Definido como el grado en que una atención/intervención es relevante a las necesidades clínicas del paciente, dado el nivel actual de conocimientos.

**Eficiencia:** Es la relación entre los efectos conseguidos y los recursos empleados.

**Seguridad:** El grado en que el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno son reducidos para el paciente y otros incluido el personal de salud.

**Puntualidad:** El grado en que el servicio o la atención sea en el momento más beneficioso o necesario.

**Respeto y Cuidado:** El grado en que el paciente o un apoderado participa en las decisiones sobre su atención y el nivel de respeto y sensibilidad hacia las necesidades, expectativas, y diferencias individuales por parte de los que prestan el servicio.

**La Satisfacción:** El grado en que son satisfechas las necesidades y expectativas del paciente o sus familiares.

Aunque se pudieran añadir algunos componentes más a esta lista, en la literatura mundial no hemos encontrado ninguna alusión a una dimensión que pudiéramos llamar: «**Político-Moral**» o Ético-Moral» o «Político-Ideológica». Si bien es cierto que todos los conceptos nominales, llevan intrínsecamente la concepción filosófica, que sustenta al sistema sanitario a que pertenecen.

### **Analicemos algunas definiciones nominales**

· El concepto de calidad de la Asistencia sanitaria, fue definido por Lee y Jones de la Universidad de Chicago en 1933 y así escribieron en su trabajo «The Fundamentals of Good Care»:

".. La buena asistencia médica enfatiza la prevención; exige una cooperación inteligente entre el público y los profesionales de la medicina científica; trata al individuo como un todo; mantiene una relación personal cercana y continua entre el médico y el paciente; funciona en coordinación con el trabajo social; coordina los diferentes tipos de servicios médicos y significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de las personas..."

Como se ve esta definición está basada en la medicina como disciplina científica y en aquel entonces hablaba de coordinación con el trabajo social. Los cambios en la doctrina económica en Norte América y la radicalización de su doctrina neoliberal, hacen dudar de su utilidad práctica actual (véase más adelante).

· El programa conjunto entre Portugal y España (Programa Ibérico) define la calidad asistencial, como:

"..Servicios asequibles y equitativos con unas prestaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario, con la atención recibida"

Como se ve, al estar basado en el principio de "Medicina Social" (puramente Médico-Asistencial) este concepto no tiene en cuenta aspectos tan importantes como la

promoción y la prevención, actividades a la larga- más aportadoras de salud a la población que cualquier otra; Por otra parte, la aspiración de los autores de esta definición radica en que las personas logren acceder a los servicios y a la equidad de estos, además, se habla de "recursos disponibles" siendo estos, los de las instituciones que cuentan con un presupuesto, no sólo escaso sino también rígido, lo que lleva implícito que una vez agotado, no se dispondrá de medios para el suministro de medicamentos, medios auxiliares de diagnóstico u otros procederes, tampoco se considera la rehabilitación y mucho menos las prestaciones sociales.

- En 1972 el Instituto de Medicina de los estados Unidos formuló la siguiente definición:

"Asistencia Médica de calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción, con los recursos que la sociedad y los individuos, han elegido para ello"

Como en la anterior, su basamento es puramente asistencial ("Asistencia Médica de Calidad") ignorando la promoción y la prevención como acciones fundamentales de la asistencia sanitaria, como fuente de bienestar, y de calidad de vida, pero lo más entrañablemente ligado a las corrientes actuales del Neoliberalismo es la sentencia: "con los recursos que la sociedad y los individuos, han elegido para ello" lo que evidentemente quiere decir que el que no disponga de tales recursos, no puede contar con asistencia médica de calidad. El eufemismo "elegido" no merece comentarios.

- Donabedian en 1980 analiza la calidad como

"..la propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Esa propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen a su vez, en lo que es alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención con los valores sociales imperantes"

Este autor, quien es una de las autoridades más importantes en el tema -sino el que más- continúa ligando la Asistencia Sanitaria a la profesión médica y comienza diciendo "..la propiedad de la atención médica" y hace caer en la trampa de los recursos con que se cuentan del mismo modo que el Programa Ibérico. Conocemos de primera mano, que en países latino-americanos, por lo regular seguidores de estas teorías, los gobiernos locales o nacionales pagan a hospitales privados una determinada cantidad de dinero, dependiendo ésta de la población que supuestamente atienden y como quiera que un hospital es un negocio, la atención y su calidad estará determinada no sólo por la cuantía del pago gubernamental sino por las ambiciones de sus propietarios. Desde otro punto de vista, el autor ni siquiera intenta definir cuales son los "Valores Sociales" que pudieran proporcionar más calidad en salud, sino que se limita a reconocer que estos determinan los recursos.

- Carol Gilmore y Humberto Moraes <sup>5</sup> entienden la calidad como:

1. Un alto nivel de excelencia profesional.
2. Uso eficiente de los recursos.

3. Un mínimo de riesgo para el paciente.
4. Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
5. Impacto final en la salud.

Esta definición basada en cinco dimensiones, se fundamenta principalmente en el componente "científico-técnico" pero no aclara si la excelencia profesional incluye el carácter humanista del desempeño profesional ni el alcance de la atención (cobertura) y al referirse a "pacientes" deja la impresión de ser un modelo asistencial, es además imprecisa en cuanto a los "recursos".

En la mayoría de las definiciones anteriores la satisfacción de que se habla es la del paciente-cliente, la del consumidor de servicios médicos, la del individuo al que hay que tener contento para que vuelva, ya que en muchos casos (afortunadamente no en todos) la calidad se vuelve fundamentalmente Hotelería y muchas veces la competencia no se centra en la dimensión científico técnica sino en la "gastronómica". Recientemente oí decir, a un muy aplaudido conferencista sobre calidad, en un evento internacional y refiriéndose a la competencia entre hospitales privados: "....a la competencia no hay que desecharle el mal, hay que hacérselo..." lo más sorprendente fue la reacción del auditorio: risas y aplausos.

A pesar de lo anterior, nuestros profesionales tienden por lo regular, a asumir una u otra definición, en dependencia de los mejores intereses de sus instituciones, sin detenerse a pensar en las implicaciones de fondo que eso conlleva, en un prestigioso hospital, un no menos prestigioso profesional nos dijo que calidad para él era: "hacer lo mejor con lo que tengo", le tuvimos que explicar que no se trataba de hacer lo mejor que pudiera, con lo que tenía, sino hacer lo mejor que pudiera con lo que tiene el sistema nacional de salud ya que en Cuba ese sistema está diseñado para que las personas puedan transitar desde el más humilde puesto de salud hasta la más especializada institución, incluida, de ser necesaria, la asistencia en el extranjero y siempre a cargo del estado.

Es por eso que pensamos que la definición de calidad para nosotros debe incluir en primer lugar la dimensión "Político-Moral" o Ético-Moral" o "Político-Ideológica" y proponemos el término Calidad en la Asistencia Sanitaria, definiéndolo como:

"Satisfacer humana y desinteresadamente las necesidades sanitarias de la población con la más alta competencia profesional y un excelente desempeño, utilizando eficientemente todos los recursos que el estado ha dispuesto para ello, a la vez que se ocupa de la satisfacción de los trabajadores que prestan esos servicios."

Como se puede observar, la palabras clave son "Satisfacer Necesidades" y "Humana y Desinteresadamente", ya que no se trata únicamente de las necesidades físicas, corporales u orgánicas, se trata también del ofrecimiento del afecto que todo ser humano necesita y lleva implícita la condición político-moral del que brinda el servicio y que ha caracterizado a los trabajadores de la salud siempre, con el más absoluto desinterés, durante todos estos años dentro y fuera del país, que debe seguirse fomentando, con la formación de valores desde nuestros estudiantes, ya sea en las actividades curriculares o extra curriculares y ya dentro de las curriculares, muy especialmente, en la formación en el trabajo, con el ejemplo diario de los profesores y demás trabajadores relacionados directamente o no con la docencia.

Al hablar de asistencia sanitaria, nos referimos a, promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, limitación de incapacidades y rehabilitación, incluyendo en las dos primeras, aspectos tales como el control de vectores, la vigilancia sobre la calidad del agua de consumo, la higiene escolar y del trabajo, etc.

El uso del término "población": es la expresión de la cobertura y la equidad total

La "más alta competencia": se refiere a la dimensión científico-técnica

El "excelente desempeño": a como se realiza el proceso, lo que algunos llaman empatía y otros sencillamente, el amor que se ponga en ello.

El "uso eficiente de los recursos que el estado ha dispuesto": aclara que en Cuba ese sistema está diseñado para que las personas puedan transitar desde el más humilde puesto de salud hasta la más especializada institución, incluida de ser necesaria la asistencia en el extranjero por supuesto dando un uso racional a los recursos que se han puesto en nuestras manos y una estrecha atención a las manifestaciones de delito o corrupción.

"Se ocupa de la satisfacción de los trabajadores que prestan esos servicios." Tiene en cuenta al hombre, a la persona que ha sido y es capaz brindar su esfuerzo para fomentar proteger o devolver la salud de nuestra población e incluso, la de otros pueblos del mundo, todo esto a veces, en condiciones muy difíciles.

Finalmente es bueno aclarar que, la inclusión de la dimensión político-moral en el concepto de calidad en la asistencia sanitaria para Cuba, no es una idea original, sino que está basada en el pensamiento del Dr. Ernesto Guevara, cuando en una frase, muchas veces mutilada y sacada de contexto, dijo: "La calidad no es una técnica, es una filosofía, una política, una convicción y en Cuba, la calidad es el respeto al pueblo"

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luna Morales EC, Sierra Pérez DC y Gandul Salabarría L. La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(2)
2. Gandul Salabarría L, Luna Morales EC y Sierra Pérez DC. Programa de desarrollo integral de la montaña. Plan Turquino Manatí, 17 años de avances. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(2)
3. Chang de la Rosa Martha, Alemán Lage María del Carmen, Cañizares Pérez Mayilée, Ibarra Ana María. Satisfacción de los pacientes con la atención médica. Rev Cubana Med Gen Integr [serial on the Internet]. 1999 Oct [cited 2011 June 01] ; 15(5): 541-547. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000500009&lng=en).
4. Ramos Domínguez Benito N.. Control de calidad de la atención de salud. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2006 Mar [citado 2011 Jun 01] ; 20(1): . Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412006000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412006000100008&lng=es).

5. Carol Gilmore y Humberto Moraes HSP-UNI/Manuales Operativos PALTEX de la OMS  
Volumen III