

Calidad y seguridad del paciente: una prioridad para los sistemas de salud

Juan Carlos López Vivanco*

Resumen

En los últimos años la preocupación por la calidad y seguridad del paciente ha sido cada vez más importante en los espacios de debate de gestores y profesionales de los sistemas sanitarios; con el paso del tiempo está adquiriendo una mayor presencia y carácter de prioridad en la formulación de planes, estrategias y políticas del sector sanitario.

Palabras clave. Aseguramiento de la calidad en la salud. Errores médicos. Cultura organizacional.

Abstract

In recent years, concern for quality and patient safety has played an increasingly important role in the space of debate and professional managers of health systems, and is becoming over time, a greater presence and matter of priority in the formulation of plans, strategies and policies of the health sector.

Key words. Healthcare quality assurance. Medical errors. Culture organizational.

INTRODUCCIÓN

La calidad en atención médica es una disciplina vigente desde hace aproximadamente 100 años. Diversas iniciativas a lo largo del último siglo han mostrado la preocupación en los profesionales de la salud por el cuidado que brindan a sus pacientes.¹

La medicina solía ser simple, poco efectiva y relativamente segura. Ahora es compleja, efectiva y potencialmente insegura.² Si bien los avances en el conocimiento y la tecnología de atención médica son enormes, han surgido numerosos problemas, entre los que destacan los efectos adversos que sufren aquéllos que reciben atención médica.

En países desarrollados se estima que hasta uno de cada diez pacientes hospitalizados sufren daños como resultado de la atención recibida; en los países en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en cuanto a seguridad de los pacientes es conocer la manera de evitar que éstos sufran daños du-

rante el tratamiento y la atención.³ La frecuencia de errores o eventos adversos evitables se ha medido en diversos países desarrollados. Estos errores dan cuenta, por ejemplo, de más de 3% del gasto del presupuesto asignado a la salud en EU y más de 90 mil muertes por año en ese país. La detección del problema ocasionó que varios países iniciaran tareas para reducir sus consecuencias.⁴

EL ERROR MÉDICO

El 80% de los errores médicos son derivados de problemas de los sistemas. Un profesional sanitario bien entrenado y que trabaja a conciencia es incapaz de enfrentar la complejidad de la práctica actual y de prevenir errores y daños. El secreto de prevenir los errores reside en el diseño adecuado de los procesos.⁵

La seguridad de los pacientes también involucra la confiabilidad. Este concepto expresa que el paciente recibe los estudios, medicamentos, información y procedi-

* Dirección de Calidad, Hospital Médica Sur, Ciudad de México.

Correspondencia:

Dr. Juan Carlos López Vivanco
Dirección de Calidad, Hospital Médica Sur
Puente de Piedra, Núm. 150. Col. Toriello Guerra, Del. Tlalpan, C.P. 14050, México, D.F. Tel.: 5424-7200, Ext. 6883.
Correo electrónico: jlopezv@medicasur.org.mx

mientos que necesita en tiempo y forma adecuados.⁶ Los errores que surgen al realizar algún procedimiento en forma incorrecta alcanzan a tres por mil. Los errores por omisión pueden llegar a 3%.

Si bien la preocupación sobre los eventos adversos de la atención médica no es un fenómeno particularmente nuevo, una sucesión de eventos ha hecho posible que el tema de la seguridad sea de actualidad, en especial en el mundo desarrollado.

Desde hace casi 20 años se han realizando evaluaciones epidemiológicas que describen la frecuencia y factores de riesgo asociados a la aparición de eventos adversos prevenibles. El primer estudio se publicó en 1990 y se llamó *Harvard Malpractice study*.^{7,8}

CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Éstas son: equidad, efectividad, eficacia y eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad (dar más a quien más necesita garantizando la accesibilidad), con eficacia (metodologías y tecnologías adecuadas), con efectividad (alcanzando cobertura e impacto adecuados) y con eficiencia (rendimiento y costos acordes), sin duda se constituye la calidad de los servicios de salud.

Además, la calidad en salud es el grado en el cual los servicios sanitarios para los individuos y poblaciones mejoran la posibilidad de lograr resultados deseados de salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales.

Otra forma posible de definir la calidad es el grado en que el servicio prestado se aproxima al prototipo, entendiendo éste como el modelo óptimo de asistencia que debería prestarse a tal paciente.

Este concepto de calidad exige la definición previa de las características del modelo de atención o servicio prestado (normas), en función de determinar el grado de aproximación alcanzado.

La calidad representa una oportunidad de desarrollo de los sistemas sanitarios, partiendo del hecho de que el éxito de un servicio se relaciona en un alto grado con la capacidad que éste tenga de satisfacer las expectativas previas de los usuarios.

En México, la implementación de modelos de calidad en los servicios de salud se ha incorporado en los últimos años. Esto no implica que históricamente los servicios de salud no buscaran permanentemente la excelencia.

Existen algunas consideraciones importantes: la cali-

dad no es sinónimo de lujo o de complejidad, por el contrario la calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar, no constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejoramiento continuo; en tercer lugar, es una cualidad objetivable y mensurable. Por último, no depende de un grupo de personas, sino que involucra a toda la organización.

El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto, en cada establecimiento, de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y elaborar procesos correctivos para producir mejoras continuas. Para estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, pautas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales.

CULTURA ORGANIZACIONAL

Independientemente del enfoque, el establecimiento de un programa para mejorar el desempeño de los hospitales debe tener los siguientes principios:

- El apoyo transferible de los dirigentes para las futuras decisiones relacionadas con la calidad de los servicios.
- Contar con el ejemplo de dichos dirigentes para suponer también que todos son responsables de la calidad.
- Relacionar las prioridades institucionales inmediatas con la misión y el plan estratégico del hospital.
- Proporcionar educación y capacitación a todo el personal hospitalario.
- Incluir el estudio, por parte de los dirigentes, de la teoría, principios y métodos cuantitativos y cualitativos de las medidas de calidad en materia de salud.
- Ofrecer capacitación a los facilitadores del proceso para mejorar el desempeño del personal.
- Estimular el trabajo en equipo, la responsabilidad y los recursos necesarios para esta delegación.

La calidad en los servicios de salud constituye simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes.

- Un derecho de los usuarios es que se les brinde la atención que merecen.
- Un derecho de los trabajadores del sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un adecuado servicio.
- Un deber de los usuarios es exigir y valorar la atención que se les brinda.

- Un deber de los servicios de salud es responder lo que se les requiere.
- Un deber de los trabajadores es optimizar todo su accionar.

La gestión de la calidad es algo que compete a todos y es necesario que a partir de marcos conceptuales y normativos generales cada organización construya su propio programa de garantía de calidad. Nadie hará por nosotros lo que corresponde que nosotros hagamos.

REFERENCIAS

1. Cooke M. American Medical Education 100 years after the Flexner Report. *New England J Med* 2006; 355: 1339-44.
2. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *Lancet* 1999; 353(9159): 1178-81.
3. World Alliance for Patient Safety: forward programme. 2004. Available from: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/en/index.html [Consultado 30-sep-11].
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds.). Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington: National Academies Press; 1999.
5. Botwinick L, Bisognano M, Haraden C. Leadership guide to patient safety. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006 [Available on www.IHI.org].
6. Leonard M, Frankel A, Simmonds T, Vega K. Achieving safe and reliable healthcare: strategies and solutions. Chicago, Illinois: Health Administration Press; 2004, p. 5.
7. Brennan TA, Leape LL, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study. *New Engl J Med* 1991; 324(6): 370-7.
8. Leape LL, Brennan TA, Laird N, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *New Engl J Med* 1991; 324(6): 377-84.