



## CONFERENCIAS MAGISTRALES

Vol. 36. Supl. 1 Abril-Junio 2013

pp S69-S74

## Calidad en anestesia

Dr. Ramón M De Lille-y Fuentes\*

\* Anestesiólogo y Algólogo. Coordinador de las Clínicas del Dolor en el Hospital General de Cuautla «Dr. Mauro Belaunzarán Tapia» y en el Centro Médico del Ángel. Presidente del Consejo Mexicano de Algología, A.C.

La evolución de la especialidad en Anestesiología, hoy mismo, es hacia la mayor complejidad y mayor responsabilidad, y requerimos de mejorar los índices de calidad, dado que ya se requieren los reconocimientos en este rubro, por parte de las autoridades sanitarias mexicanas y algunas extranjeras, respecto a la Certificación de los hospitales.

El Dr. Miguel Ángel Cornejo<sup>(1)</sup> se hizo este cuestionamiento: ¿cómo es posible que un país tan pequeño como Japón haya logrado enormes avances en tecnología y domine una gran parte del mercado comercial mundial? Y él mismo se contesta: demostrando calidad en su desarrollo, a todos los niveles, educacional, profesional, comercial y en seguridad pública, enseñado desde los primeros años escolares, en todo el país, los valores formativos en: **honestidad, puntualidad y limpieza**.

Para ser profesionales de excelencia y, en nuestro caso, anestesiólogos de calidad excelente, se deben considerar estos cuatro pasos: **el bien ser, el bien hacer, el bien estar y el bien tener**.

Escuché a un orador decir que en la construcción de la catedral de su ciudad se acercó para ver cómo construían dicha catedral, y le preguntó a un albañil: ¿qué está haciendo? Aquél le contestó: ¡Pues trabajando, pero esto es un suplicio, con tanto calor y soportando las órdenes de mi jefe que es un nefasto! Preguntó a otro trabajador: ¿qué está haciendo? y le contestó: ¿Qué no ve? ¡Una piedra cuadrada, como me la pidieron! Y a un tercer obrero le preguntó lo mismo y respondió: ¡Estoy haciendo una Catedral!

Esta anécdota, cierta o inventada, nos conduce a la reflexión de que la actitud es fundamental para realizar nuestro trabajo con calidad. Mucho se habla de la vocación, y yo preguntó a los presentes: ¿Cuántos de ustedes eligieron la profesión de la Anestesiología por vocación? ¿Cuántos por interés económico? ¿Cuántos porque no tuvieron otra opción para realizar la residencia médica?

Los planes de estudio en las universidades, que avalan al especialista en Anestesiología, no siempre son iguales, aunque las reuniones de los Directores de las Facultades de Medicina y de los Programas de Postgrado en el País, tratan de unificar esos programas, conforme a todo el Sector Salud, para lograr especialistas en Anestesiología bien capacitados, con desarrollo tecnológico que les permita trabajar en cualquier ámbito, desde lo más complejo, hasta lo más sencillo. Muy bien, pero realmente ¿hay una adecuada supervisión de los profesores? ¿Se les exige puntualidad y limpieza en cada caso a realizar? En estos detalles estriba la calidad de cada profesional de la Anestesiología, en el esfuerzo bilateral de profesores y alumnos para lograr lo mejor de lo mejor. Y estos esfuerzos incluyen: enseñanza desde lo elemental hasta lo más complejo. Técnicas anestésicas en todo tipo de escenarios (al final, cada anestesiólogo escogerá las que mejor domine) Manejo del dolor perioperatorio, con sistemas sencillos o técnicas de avanzada, pero siempre con dedicación y responsabilidad. Sin embargo, aquí cabe perfectamente la actualización profesional. Sin duda, quien esté al día en la resolución de los problemas: vía aérea difícil, espacio epidural o intratecal con dificultad para abordar, y además puede haber una raquia masiva ¿qué debemos hacer? ¿Qué se recomienda ante un paro cardíaco? Y así muchas situaciones en que el Anestesiólogo bien preparado estará demostrando su calidad y su prestigio, y de paso, el del cirujano, pero lo más importante, conservar la vida de sus pacientes. El resultado final de todos estos conocimientos será el bien hacer.

Otra función para ofrecer calidad en Anestesia es **el bien estar**. ¿Trabajo bajo presión de mis colegas cirujanos, que impacientemente están esperando que inicie mi anestesia? En este punto, me detengo para recomendar, que parte muy importante de la relación anestesiólogo-cirujano, es el respeto mutuo. Ni todos los anestesiólogos son hábiles en todo

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

momento, ni todos los cirujanos resuelven los problemas quirúrgicos sin falla. Hay que analizar si estoy satisfecho y contento con la especialidad que escogí, o si hay demasiado estrés al realizar tal o cual procedimiento. El estrés daña la calidad de la atención médica. Un ejemplo: hay anestesiólogos que se sienten muy inseguros con casos pediátricos. Tensión y decisiones dificultan el trabajo y las buenas relaciones en el quirófano y fuera del mismo. Otro ejemplo: un neurocirujano inicia una cirugía compleja, de alto grado de dificultad, por malformaciones vasculares en fosa posterior, y se hace acompañar con otro colega especialista, y el Anestesiólogo va solo, y aunque monitoriza perfectamente al paciente, y administra la técnica anestésica en forma impecable, pasan las horas y se va cansando, hasta llegar al agotamiento. No previó la duración y dificultades propias en esta operación, y ahora está en aprietos y se siente mal. Resuelve acompañarse en las próximas cirugías largas con otro colega que lo apoye y hagan su trabajo en óptimas condiciones.

Otro aspecto muy importante de la Calidad en Anestesia es **el bien tener**. Y no se refiere exclusivamente a la situación económica del anestesiólogo. Es importante, y de hecho, muchos colegas lo consideran como uno de sus logros principales. Les permite tener una buena casa, un carro de modelo reciente, esposa bonita e hijos (no más de dos) en escuela particular, y se pasan día y noche trabajando duro, con muy poca atención a la familia. Son los principales, y la mayoría de las veces, los únicos proveedores de la economía familiar, pero, ¿qué pasa en sus relaciones personales, en especial, familiares? En muchas ocasiones, el exceso de trabajo promueve la desintegración del hogar, célula principal de la sociedad, y genera la poca comunicación entre los hijos y la pareja, aunque obtengan los beneficios de la aportación económica. Entonces, lo recomendable es mantener un equilibrio entre las actividades profesionales y las familiares, así como las recreativas y deportivas.

La calidad en salud es algo que desde hace muchas décadas, por no decir desde siempre, preocupa no sólo a los gerentes o administradores, sino a todos los profesionales de la salud con mayor o menor intensidad. Este interés se ha venido determinando y aceptando, a medida que se han desarrollado herramientas que permiten cuantificar el nivel de calidad. Una vez, que se ha evaluado el mencionado nivel, se avanza hacia el control de calidad, intentando mantenerlo y garantizarlo (*quality assurance*). Posteriormente se ha proseguido con aspectos de mejoramiento y promoción, eliminando a su vez aquellos aspectos que puedan disminuirla (*continuous quality improvement*). Pero es necesario indicar que esta evolución, aparentemente muy simple, no ha seguido siempre de forma precisa el orden cronológico mencionado, sino que generalmente, las fases se han mezclado y se han dado al mismo tiempo.

Los orígenes de la calidad se remontan a dos vertientes: la calidad total en la industria manufacturera y la acreditación de la calidad hospitalaria.

## CALIDAD INDUSTRIAL

A comienzos de la década de los 30, se empezó a hablar en los Estados Unidos de Norteamérica de calidad; pero la calidad industrial claramente inicia su desarrollo en el Japón de la postguerra. Los directivos de muchas compañía japonesas observaron, en 1948, que el mejorar la calidad de los productos, engendra de manera natural e inevitable el mejoramiento de la productividad.

En Japón, el trabajador siempre tuvo conocimiento de esta reacción en cadena y también que los defectos y fallas que llegan a manos del cliente hacen perder el mercado y le puede costar su puesto de trabajo. Para Deming, el cliente es la pieza más importante de la línea de producción; la calidad se debe orientar a las necesidades del consumidor presente y futuro, ya que la «constancia en el propósito» debe ser una posición permanente en la búsqueda de mejoras continuas que nos llevará a un crecimiento seguro hacia la calidad, la productividad y la excelencia.

## LA CALIDAD EN SALUD

En salud (para algunos autores Industria Sanitaria), los primeros antecedentes documentados que se relacionan con el tema de calidad se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando una enfermera, Florence Nightingale, estudió las tasas de mortalidad de los soldados en los hospitales militares durante la peor campaña planificada en la historia militar inglesa: La Guerra de Crimea.

En los Estados Unidos, se considera como precursor de estudio sobre el tema a Ernest Codman, cofundador del Colegio Americano de Cirujanos, quien en 1916 estableció los principios para la certificación del médico, la acreditación de instituciones o establecimientos de salud y la creación del Programa Nacional de Normas Hospitalarias. Sus propuestas dieron lugar a la evaluación de 692 hospitales, de los cuales sólo aprobaron 90. Cuatro décadas después, en 1951, se creó la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones Sanitarias de los Hospitales de los Estados Unidos de América (JCAHO, por sus siglas en inglés), que ha impulsado el desarrollo de diferentes metodologías en el ámbito de la calidad y extendido su actuación a otros tipos de centros de calidad.

En 1958, Canadá creó su propia Comisión de Acreditación, integrada por organismos diferentes, que le otorgan la pluralidad necesaria para llevar a cabo un proceso de acreditación confiable, no sólo desde el punto de vista técnico.

En las últimas décadas, no se puede dejar de mencionar el importante aporte de Avedis Donabedian, quien con la clasificación de los métodos de evaluación de la calidad en 1986 y sus reflexiones sobre el impacto del modelo de calidad industrial sobre el modelo sanitario en 1992, ha ofrecido una gran cantidad de estudios y planteamientos teóricos como

prácticos, que han sido de gran ayuda en el desarrollo de la calidad sanitaria<sup>(10)</sup>. El concepto de Calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados: **interpersonal > satisfacción: trato digno. Amenidades. Técnica > riesgo – beneficio: seguridad. Mejores prácticas**<sup>(13)</sup>.

Las propuestas de calidad total de J.M Juran y W. E. Deming, popularizadas en el sector salud de los Estados Unidos, fueron rápidamente diseminadas en América Latina y el Caribe y hoy son raros los países de esta región que no tengan, en por lo menos alguno de estos establecimientos, un programa de monitoreo o mejoramiento continuo de calidad o calidad total y que no dejen de observar en sus principios, los conceptos de estos investigadores.

La Organización Mundial de la Salud, hace algunos años, al hablar de calidad en salud, decía: «Es la Atención que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.»

Esta definición que considera los aspectos técnicos junto con aspectos financieros, olvida un aspecto fundamental: **la satisfacción del usuario**, que constituye la clave o el pilar fundamental de un programa de calidad total exitoso.

**¿Qué factores interactúan en la Calidad total?** Infraestructura. Personal. Modelo de Gestión. Mejora continua. Administración. Seguridad. Capacitación. Sistema de referencia institucional<sup>(13)</sup>.

Existen conceptos que no se deben confundir y se deben puntualizar, entre los cuales podemos mencionar:

La calidad es subjetiva, actualmente está considerada en los denominados **costos intangibles** y probablemente los más valiosos, pero difíciles de cuantificar, que dependen de las expectativas (apreciación directa del paciente), por lo que debe asegurarse antes y no después de producido el servicio; esto quiere decir que previamente se deben determinar las características de calidad, que deben ser reales, cuantificables y finalmente establecer normas, reconociendo que no hay normas perfectas y que se las puede modificar o sustituir.

En relación a calidad en salud, debemos indicar que en un principio prevalecía la opinión de que cada persona tenía derecho a la mejor medicina que se la puede ofrecer; gradualmente se han agregado algunos componentes al concepto de Calidad Total. Uno de ellos es la satisfacción tanto del que proporciona el servicio, del que lo recibe y de la entidad responsable de que se brinden los servicios; si a esto le agregamos los recursos y los costos, estará completo el escenario en que se conceptúa la Calidad Total.

La Calidad Total, busca la satisfacción, permanente de las necesidades del paciente; por lo tanto, el hospital debe fundamentalmente conocer cuáles son esas necesidades y diseñar en base a las mismas una atención que se ajuste a sus requerimientos, de lo contrario el paciente puede optar por el cambio.

El concepto de Calidad Total en salud tiene tres principios básicos:

- Todo esfuerzo debe estar dirigido al paciente.
- Nada es mejor que trabajar en equipo de salud.
- Todo lo que hacemos es susceptible de mejorar.

## ¿CÓMO CONSTRUIMOS LOS INDICADORES?

Para mejorar, es imprescindible conocer nuestro punto de partida; por tanto, identificar los problemas y los potenciales puntos de mejora. Todo punto débil de nuestra asistencia u organización es potencialmente mejorable, y esta es la verdadera razón de ser de la calidad: reconocer la existencia de problemas, identificar las causas, adoptar las medidas correctoras, y evaluar nuevamente los resultados.

En una primera fase de la evaluación de la calidad, se tratan de identificar los problemas o situaciones deficientes. Para ello utilizaremos los indicadores que hemos podido diseñar para una situación detectada, o que nos han venido imponiendo del exterior, o bien por problemas detectados en encuestas de satisfacción entre nuestros pacientes, o por ideas surgidas del personal por las diversas técnicas existentes.

Se pone a continuación la siguiente fase, que es la de comparar nuestros resultados con los estándares, si es preciso, que suelen obtenerse de referencias bibliográficas o de las medias de resultados del entorno.

Un problema importante es que muchos de estos resultados son difíciles de comparar, ya que utilizan distintas unidades de medida, o bien unos se proporcionan en tasas y otro en números brutos, lo que dificulta en muchas ocasiones las comparaciones; de igual forma, no todos los estándares pueden ser aplicables a nuestro ámbito hospitalario y hay que prestar mucha atención en este aspecto.

Posteriormente, de los problemas detectados se seleccionan los que por su gravedad sean más importantes, potencialmente solucionables, y en último lugar hay que tener en cuenta que puedan ser financiados los costes que generan las posibles soluciones.

Una vez reconocida cuál es nuestra zona de mejoramiento, se diseña un estudio para identificar las causas del problema, proponer medidas correctoras, aplicarlas y reevaluar los resultados, pasado un tiempo prudencial.

Este es el proceso circular que compone todo programa de mejora de calidad.

## Indicadores para un Departamento de Anestesia

Como cualquier otro departamento del hospital, el de Anestesiología no puede prescindir de la estadística asistencial, y, además, que sea lo más completa posible. La importancia de

conocer la actividad asistencial de un servicio, radica en la valoración de la asistencia realizada, comprobar la tendencia de la asistencia con ejercicios pasados, lo que permite planificar recursos tanto humanos como materiales, que son la base para elaborar la mayoría de los indicadores básicos.

Entre los más habituales y representativos del trabajo asistencial, que siempre deben recogerse están:

1. Número de pacientes atendidos en la consulta de preanestesia.
2. Número de pacientes anestesiados, y divididos en anestesias generales, anestesia loco-regionales y anestesia local-vigilada.
3. Número de anestesias urgentes.
4. Número de partos atendidos con alguna técnica analgésica.
5. Número de estancias en la sala de recuperación.
6. Número de pacientes tratados en la Unidad de Dolor Agudo.
9. Índice de suspensión de quirófanos.

Entre los **indicadores de estructura** de un Departamento de Anestesiología se incluyen de manera imprescindible todos los recursos disponibles, tanto humanos como materiales; así es conveniente conocer el número de Anestesiólogos disponibles y su formación; se puede considerar como indicador de calidad la información sobre:

1. El número de reuniones de los miembros del departamento.
2. Las asistencias a congresos por parte de los anestesiólogos.
3. Las publicaciones realizadas por miembros del departamento.
4. La ubicación que ocupa el departamento en el hospital.
5. La descripción de su lugar habitual de trabajo.
6. El número de quirófanos que atiende y su localización.
7. La disponibilidad de salas de recuperación y su tamaño.
8. La consulta de preanestesia.

Se deben registrar los equipamientos de monitorización de los que se disponen para las diferentes ubicaciones mencionadas (pulsioximetría, capnografía, desfibriladores, etc.); equipos anestésicos de quirófano y demás materiales (bombas de perfusión, consumibles de calidad, etc.) son elementos fundamentales para ofrecer asistencia de calidad.

De todos los indicadores de estructura posibles, creo que en estos momentos el que mejor puede valorar la estructura del departamento es la Cartera de Servicios que ofrece. Para el Departamento de Anestesiología es poseer una consulta de preanestesia, realizar la actividad quirúrgica reglada y de urgencias, y disponer de una sala de recuperación. Cuando un departamento, además, cubre el tratamiento del dolor agudo, ofrece asistencia en salas de diagnóstico radiológico y radioterapia, forma parte del grupo que trata la reanimación cardiopulmonar en el hospital, tiene un grupo estable de

investigación, y tiene constituido un sistema de información adecuado, podemos asegurar que alcanza un estándar óptimo en cuanto a su oferta, y en teoría en cuanto a las estructuras de las que dispone.

La falta de las estructuras consideradas como mínimas indica falta de calidad estructural y pone de manifiesto las carencias asistenciales del centro, pero también es necesario insistir en que la existencia de una extensa Cartera de Servicios y una magnífica dotación de recursos no implica que la actividad asistencial sea de calidad.

Esto obliga a buscar otros aspectos que midan el nivel de la calidad, y ello se hace con los indicadores de proceso y resultados.

Los **indicadores de proceso**: son aquellos que hacen referencia directa a los cuidados que se hacen en el paciente, es decir, se evalúa el proceso diagnóstico y el tratamiento. Todo lo relacionado con el proceso es lo que queda recogido en la historia clínica del paciente, por ello una historia completa y bien hecha es un indicador de calidad, aunque la evaluación detallada de las historias clínicas supone un trabajo arduo y costoso.

Considerar si la práctica clínica que se realiza es la adecuada o no, es muy difícil. Aquí volvemos a incidir en un hecho fundamental: la incertidumbre que rodea a la actividad asistencial, donde intervienen el tiempo, la región geográfica, los medios de que dispone un hospital, el propio médico y sus conocimientos; todo ello hace que al final interesen los resultados que se consiguen en pacientes con procesos comparables. Aquí surge la necesidad tantas veces expresada de un adecuado proceso de información y que sea lo más homogéneo posible, para poder comparar los procesos y resultados conseguidos en un tipo concreto de enfermedad.

Para anestesia, los mejores indicadores de proceso son los registros gráficos y escritos que se encuentran en la historia. Un paciente que ha sido atendido en un quirófano por el Departamento de Anestesia debe contar al menos con los siguientes registros:

- Informe del estudio pre-anestésico, donde se recogen los antecedentes anestésicos del paciente, los antecedentes de patologías, los tratamientos, las pruebas complementarias realizadas, las pruebas de laboratorio, las posibles dificultades de intubación, clasificación de estado físico, técnica anestésica, premedicación y cualquier situación que incida en la seguridad del paciente.
- Gráfica de anestesia, donde se recogen las técnicas empleadas, la monitorización, la posición de la intervención, los fármacos utilizados, las constantes vitales y los posibles incidentes, entre otros.
- Gráfica de cuidados postanestésicos: se registra la monitorización y la vigilancia que incluya la intensidad del dolor, como quinto signo vital.

La presencia de estos documentos, o bien, la constancia escrita de la asistencia por parte del anestesiólogo en la evolución del paciente es exigible para considerar adecuado el proceso asistencial, pero igualmente pasaba con los indicadores de estructura; su existencia no significa que los cuidados realizados o las técnicas hayan sido las adecuadas, o se hayan realizado con la pericia adecuada.

De todas maneras, los indicadores de proceso representan un buen barómetro de una asistencia de calidad, ya que todo el proceso asistencial y de toma de decisiones queda plasmado en una historia; las reflexiones sobre la indicación de pruebas diagnósticas, los diagnósticos diferenciales empleados, opciones terapéuticas consideradas, si había más de una, reflejan en su conjunto unos posibles cuidados de calidad y con esperables resultados satisfactorios.

La idea final dominante en la actualidad en cuanto a la valoración de calidad, son los **indicadores de resultados**, los que más se acercan a identificar lo que se hace, y cuál es la calidad de los cuidados sanitarios que se ofrecen y un aspecto fundamental que se introduce al hablar de resultados, la evaluación de la asistencia recibida que realizan los pacientes. Esta idea no se cumple por completo en lo referente a la anestesia por los motivos que se exponen a continuación.

Los indicadores de resultados son reflejo indirecto de nuestras estructuras, de nuestra formación, de los cuidados que se realizan, de nuestros fallos de organización, y también es reflejo de nuestros limitados conocimientos sobre algunos problemas de salud, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y la variabilidad interindividual que se presenta entre los pacientes tratados.

Cuando llega el momento de buscar indicadores de Gestión de un Departamento de Anestesiología, hemos de tener presente que la mayor parte de las actividades clínicas se asocian con curación o mejoría, mientras que la actividad del anestesiólogo, no es curativa ni diagnóstica, salvo la relacionada directamente con el tratamiento del dolor agudo. Es cierto que hoy ningún paciente aceptaría una intervención quirúrgica sin la participación de un anestesiólogo, pero no es menos cierto que ningún paciente viene a recibir una técnica anestésica de manera gratuita. Por tanto, es objetivo básico del anestesiólogo permitir las intervenciones quirúrgicas con el menor menoscabo posible y el mayor bienestar para el paciente, y causando los menores daños posibles por las técnicas anestésicas, que en su mayoría son agresivas para los pacientes y con riesgos inevitables. Tomando como punto de partida estos elementos, es fácil entender que en anestesia los resultados deseables son que nunca suceda nada relacionado con la anestesia. Los objetivos de morbimortalidad deben individualizarse, pues pueden variar de un entorno a otro, y también dependen del tipo de actividad que se desarrolle en el hospital. No debemos caer en la tentación de fijar objetivos basados en la literatura sin más crítica. Así pues, de forma tra-

dicional dentro de los indicadores de resultados de la anestesia, la frecuencia de la mortalidad y morbilidad son obligados, y en algunos países se hace aquí siempre referencia al número de demandas recibidas a los anestesiólogos.

En cuanto a la morbilidad perioperatoria, su incidencia es igualmente baja; nueve de cada 10 pacientes anestesiados no presentan ninguna complicación, y el 80% de ellas son menores: náuseas, cefaleas, dolor de garganta, etc. Es importante señalar, que para una adecuada recopilación de estos datos, la visita posoperatoria es esencial y es un aspecto de calidad asistencial muy importante a valorar.

Reitero que, a pesar de lo que parece, el resultado más habitual es la recuperación adecuada de todo paciente que ha sido anestesiado, pero la morbilidad posible que se deriva de un proceso anestésico-quirúrgico es muy variada y en ocasiones potencialmente grave. El número de complicaciones en anestesia es bajo y limita mucho la sensibilidad de estos indicadores de resultados. Algunos pueden proporcionar información sobre costes adicionales inesperados, ya que una estancia inesperada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o un reingreso para un paciente en programa de cirugía ambulatoria suponen un mayor coste económico.

En la actualidad, cuando se buscan indicadores de resultados, es inevitable realizar una encuesta de satisfacción del paciente asistido.

Entre los aspectos más valorados por los pacientes que han tenido alguna relación con el Departamento de Anestesiología es que se haya prestado una información adecuada y un correcto tratamiento del dolor postoperatorio; el grado de satisfacción también se puede valorar en los Servicios de Cirugía con los que compartimos la actividad quirúrgica, algunos de ellos agradecen especialmente el tratamiento del dolor postoperatorio, que hace posible que determinados pacientes aceleren el proceso de recuperación y rehabilitación (Traumatología, Neurocirugía), lo que también supone una menor estancia media tras la intervención y la disminución de costes por hospitalización.

Existen también los denominados **indicadores centinelas**, éstos vigilan la aparición de problemas potencialmente graves que indican fallos en los procesos asistenciales que se deben corregir, por ejemplo número de pacientes con fallo renal agudo en el postoperatorio.

En la actualidad, la calidad percibida por los pacientes es otro aspecto fundamental que durante mucho tiempo no se ha tenido en cuenta, pero que empieza a salir del olvido y que debemos incentivar, ya que la asistencia al paciente y conseguir su satisfacción son nuestra razón de ser y objetivo prioritario. No debemos olvidar que en la mayoría de las ocasiones somos responsables directos al aconsejar determinadas pruebas diagnósticas o de los tipos de tratamientos más adecuados, todo procedente de la asimetría de información entre el médico y el paciente; por ello, es también difícil pretender

que se interprete de manera adecuada lo que los profesionales médicos valoramos como calidad, y no compartimos la calidad percibida, aspectos como la fiabilidad del servicio, el interés y la buena disposición, la competencia percibida, la cortesía, la comprensión.

### ¿POR QUÉ DEBEMOS INTERESARNOS EN EL PROBLEMA DE LA CALIDAD EN SALUD?

La creación de un cultura de calidad total constituye un nuevo reto para todo el personal de salud en los tiempos actuales, pues representa un cambio profundo en la filosofía de las instituciones que brindan salud y es una demanda creciente para poder sobrevivir en un mundo cada vez más competitivo; entre las razones por las que debemos embarcarnos en la atención médica con calidad, podemos mencionar:

- Buscar la calidad en la atención de salud es un principio ético. Es nuestro deber el otorgar un grado de cuidado de excelencia y tratar a los pacientes como quisiéramos que nos trataran a nosotros mismos.
- La calidad ahorra dinero. Es costoso cometer errores, recibir reclamos que podrían haber sido evitados y pagar por omisiones, ineficiencia y mal diseño de procesos.
  - El cliente insatisfecho comenta su experiencia negativa con un promedio de nueve a 10 personas.
  - Tan sólo un 6% de los insatisfecos se quejan al propio hospital.
- La calidad atrae a pacientes y sobre todo los mantiene. La mala calidad en atención de salud, produce reacciones emocionales negativas en los pacientes, sus familiares y amigos.
  - Las personas satisfechas con la solución a su problema comentan la experiencia positiva con cuatro a cinco personas de promedio.

- Entre el 54 y 70% de personas que se quejan vuelven al mismo hospital, si se atienden sus reclamos. Esta cifra sube al 95% si se resuelve el problema rápidamente.
- La calidad elimina frustraciones. Tanto los prestadores de salud como los pacientes desean atenciones ágiles, eficientes y rápidas, sin largas esperas para atenciones, procedimientos o espera de resultados.
- El 95% de clientes se pierden porque no se presta atención a sus necesidades.
- De todos los pacientes que cambian de médico u hospital el 75% lo hace porque consideran que ha recibido un mal servicio.
- La calidad produce orgullo y aumenta la autoestima: médicos y profesionales de la salud deben realizar sus tareas con orgullo. Necesitan ser identificados con una organización que ofrece y espera excelencia en la prestación de salud. Tal actitud y compromiso sirve para reclutar y para retener a los profesionales más talentosos.
- La calidad es necesaria para sobrevivir: dada la competencia en el mercado de la salud las organizaciones y los profesionales deben ser eficientes y otorgar calidad en sus prestaciones. Lo contrario significa perder participación en el mercado y desaparecer.

Es evidente que tenemos todavía un largo camino que recorrer, pero ya lo iniciamos y es obligación de todos continuarla, porque donde no exista una buena atención o donde exista un paciente insatisfecho no hay Calidad Total.

«Somos lo que hacemos día a día, de modo que la excelencia no es un modo, sino un hábito» Aristóteles<sup>(14)</sup>.

### REFERENCIAS

1. Jefe del Dpto. de Servicios Críticos del Hospital General No. 1 de las FF. AA Quito-Ecuador.
2. Paganini JM, Novaes HM. La garantía de calidad: acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. Serie SILOS No. 13. OPS/OMS. Washington, D.C., 1992.
3. OPS/OMS. La garantía de calidad: el control de infecciones hospitalarias: Ed. PALTEX, Serie SILOS No. 12. Washington, D.C., 1992.
4. Cagical JL. Calidad y productividad. Conferencia en Seminario de Gerencia en Salud, Noviembre–2000. Quito-Ecuador.
5. Cagical JL. Planificación y gerencia estratégica. Conferencia en Seminario de Gerencia en Salud, Noviembre – 2000. Quito-Ecuador.
6. OPS/OMS, Estándares e indicadores para la Acreditación de Hospitales en América Latina. Washington, D.C., 1994.
7. Moreno R, Almeida E, Matos R. Evaluación y mejora de la calidad en Medicina Intensiva. Memorias del VI. Congreso Iberoamericano de Medicina Crítica y Medicina Intensiva Brasil 1996.
8. Cárcamo C. Calidad en anestesia. En: Memorias del XXIV Congreso Latinoamericano de Anestesiología. Santiago de Chile-1997.
9. Parietti A. La calidad en Anestesiología. En: Memorias del XXVII Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador-El Salvador. Octubre-2001.
10. Donabedian A. La calidad de la atención médica. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México D.F. 1984.
11. Marenco FML. Gestión de calidad de un Servicio de Anestesiología. Revista Venezolana de Anestesiología. 2002;7(2):61-67.
12. Kasukaga CP. Aspectos importantes de la cultura empresarial japonesa. En: La Culpa es de la Vaca. Edit. Intermedio. 2002 Bogotá-Colombia.
13. López MJ, Durán FLR, Hernández TF. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. Doce años de experiencia. Secretaría de Salud. 1º ed. México, 2012.
14. Hernández TF. Tendencias de la calidad de la atención. Conferencia VI Jornadas de Aniversario. Hospital de la Mujer. Yautepec, Mor. 20 may 2013.