

Introducción a la calidad

Desde hace unos 10 años la industria mundial ha aceptado que la calidad es el factor que tiene una incidencia más directa en la competitividad de las empresas. La producción de calidad se ha revelado como un seguro de mercado: se calcula que la falta de calidad provoca una caída de un 21% de las ventas y que los rendimientos financieros crecen un 6% con técnicas de mejora de gestión.⁵

Las empresas buscan obtener una certificación que según las normas pueden ser ISO (internacionales), EN (europeas) y UNE (españolas), siguiendo los consejos de una consultoría externa. La certificación no ha de ser considerada como un fin en sí misma, sino como una etapa más en la evolución de la empresa hacia la excelencia.⁷

Pero quizá lo más importante es lograr un clima de motivación que sea enriquecedor para todos los implicados. Los logros deben ser valorados y retribuidos. Y cabe destacar que en el último congreso de calidad industrial celebrado en España se apoyó el proceso de humanización como factor decisivo de la gestión de calidad.

¿Pueden todas estas experiencias industriales ser extrapoladas a la cirugía?

El American College of Surgeons ya hablaba en 1912 de «calidad asistencial». También conocimos la época de las auditorías (*medical audit*). Y ahora se nos dice que lo fundamental es que todos estos estudios y controles que se van a establecer, aparte de mejorar nuestros resultados, han de servir para proporcionar al paciente lo que él desea.

Hay profesionales que consideran que la calidad asistencial es sinónimo de competencia clínica. La competencia es la capacidad profesional para dar una atención satisfactoria al paciente o, desde otro punto de vista, es la evaluación de los conocimientos y habilidades de un profesional en un momento dado. Es una condición necesaria, pero no suficiente para que haya calidad.⁶

En la conferencia mundial para la enseñanza de la medicina (1988) se hizo la Declaración de Edimburgo, en la que se reconocía que «los conocimientos son fundamentales, pero también han de serlo las capacidades, las actitudes y los valores del médico para que de esta forma trasladen la competencia a la práctica.

Donabedian² definía la calidad asistencial como la satisfacción de las necesidades y las aspiraciones de los pacientes, tanto reales como percibidas, con el menor consumo de recursos. También se ha definido como el resultado final de un conjunto de acciones encaminadas a obtener un fin: buen nivel de respuesta a las demandas de los pacientes.

En sanidad la calidad puede analizarse desde el punto de vista científico (diagnóstico y tratamiento correctos con la supresión de todo cuidado innecesario) y de relación médico-enfermo (el paciente tiene la sensación de que es tratado como él desea).

La evaluación de la calidad puede hacerse centrando el análisis en las diferentes fases de un proceso o bien en el permanente análisis y evaluación, que han de ser seguidos de la corrección de los errores detectados.

Existen una serie de fases en una política de calidad:

- Establecer respecto a un determinado proceso un nivel de calidad atendiendo a los conocimientos y tecnología actuales.
- Comprobar si estos niveles de calidad sí cumplen en nuestra práctica diaria.
- Establecer entre todos los participantes un protocolo de actuación en que se obtengan los niveles necesarios. Se han de definir los estándares que hay que alcanzar.
- Se ha de establecer una evaluación continuada y periódica a través de un sistema de recogida de datos.
- Se fijarán medidas correctoras para las desviaciones que se produzcan.

Dentro de los parámetros a estudiar unos serán clínicos (tasa de mortalidad, dificultad del tratamiento, complicaciones, tasa de reingresos y de reintervenciones, calidad de vida obtenida, etc.), otros de recursos utilizados¹ (coste, duración de la estancia, intensidad terapéutica, tiempo ocupado por el médico y enfermería, etc.) y de satisfacción del paciente (encuestas, estudio reclamaciones, etc.).

Según Donabedian³ hay que evaluar la calidad siguiendo tres grandes áreas de análisis:

- *Área de estructura*, que incluye tres elementos:
 - Análisis de la estructura física: arquitectura, equipamiento, recursos económicos y humanos.

- Elementos organizativos: protocolos,⁷ circuitos, listas de espera.
 - Priorización de actividades: asistencial, docente e investigadora.
- *Área de análisis de los procesos*, que estudia y evalúa las acciones para restablecer y mejorar la salud:

- Identificación de la necesidad de salud del paciente.
- Calidad en el diagnóstico y tratamiento: agilidad del proceso asistencial, profilaxis de complicaciones.
- Seguimiento.

Tradicionalmente, para analizar el proceso asistencial se han utilizado las sesiones clínicas y los comités hospitalarios, siendo el documento de trabajo básico la historia clínica.

— *Área de análisis de los resultados*:

- Satisfacción del paciente, familia y comunidad.
- Tasas de complicaciones e índices de supervivencia.
- Valoración de la información oral y escrita.

Dentro del capítulo del coste de la mala calidad se pueden valorar las interrupciones en quirófano, reprogramaciones, informes repetidos, defectos de equipamiento, etc.

Siempre hay que recordar que el control de la calidad no es un problema de unos pocos, sino que todos han de participar en él.

REFERENCIAS

1. Campion FX. Quality assurance and medical outcomes in the era of cost containment. *Surg Clin North Am* 1996;76:139-59.
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de exploración. México: La Prensa Médica Mexicana; 1990.
3. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The criteria and standards of quality. Ann Arbor. Health Administration Press; 1982;II.
4. Lorenzo S. Evaluación de la calidad en cirugía. *Cir Esp* 1996;59:279-80.
5. Pérez F. La calidad, garantía de competitividad. *La Vanguardia*, 18 de diciembre de 1996. Revista 7.
6. Pujol-Farriols R. Avaluació de la competència clínica. *Rev Reial Academia de Med de Catalunya* 1995; 10(suppl 3):17-33.
7. Rodríguez Artalejo F, Ortun Rubio V. Los protocolos clínicos. *Med Clí (Barc)* 1990;95:309-16.
8. Segura Roda I. ¿Debemos certificarnos? *La Vanguardia*, 18 de diciembre de 1996. Revista 8.

Eduardo Basilio