

AUDITORÍA DE CALIDAD I

Jaime Alberto Camelo Barreto

EJE 1

Conceptualicemos

QUALITY



Introducción	3
Fundamentos de calidad	5
Conceptos de calidad	6
Evolución conceptual de la calidad	8
Aportes teóricos sobre calidad	10
Algunos conceptos recientes sobre calidad	13
Antecedentes	13
Concepto de calidad en la atención médica	14
Componentes de la calidad en salud	18
Evaluación de la calidad de la atención en salud	19
Metodología de la evaluación de la calidad	21
Calidad en salud y su relación con la ética	22
Conceptualización alrededor de la bioética	24
Rol del auditor de servicios de salud y su perfil	25
Bibliografía	29

Las primitivas civilizaciones del mundo abordaban ya en forma juiciosa los problemas de calidad.

Según (Lara, 1986), un testimonio de este fenómeno se remonta al año 2150 a. C., época en que la calidad en la construcción de casas estaba regida por el *Código de Hammurabi*, cuya regla 229 establecía que “si un constructor construye una casa y no lo hace con buena resistencia y la casa se derrumba y mata a los ocupantes, el constructor debe ser ejecutado”.

Encontramos también otras evidencias como, por ejemplo, que los fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación con la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras y los mayas empleaban métodos similares. Los fenicios, comerciantes famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que elaboraban mal estos productos y, de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores (Ávalos, 2010, p. 9). Igualmente podemos encontrar que la cultura griega del mismo modo utilizó instrumentos de medida que certificaran la uniformidad de medidas para la edificación de los frisos de sus templos.

Al revisar la evolución cronológica del concepto de calidad, podemos registrar diversas etapas que han estado estrechamente relacionadas con la historia de las sociedades, de acuerdo con las necesidades del ser humano, las cuales tendremos oportunidad de revisar en el aparte de conceptos de calidad.

Para Ávalos, (2010):

” La calidad ha evolucionado en la misma medida en que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección de siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad (p.10).

Actualmente, el estudio de la calidad representa una disciplina con un cuerpo de conocimiento propio. Por tanto, definir lo que se entiende por calidad es relevante para la práctica, si lo que se pretende con ello es disponer de un punto de partida que sirva de referencia para su evaluación y mejora, que es en definitiva el objetivo último de la calidad (Cuba, 2008).

Fundamentos de calidad





Conceptos de calidad

Iniciamos el abordaje conceptual con el estudiante, anotando que el vocablo calidad deriva de la raíz del latín *qualitas* o *qualitatis*, que enuncia excelencia, lo cual ya nos plantea un reto implícito en este término.

La Real Academia Española la precisa como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. En este orden de ideas, se comprende a la calidad a modo de una cualidad o característica que destaca a individuos, productos y servicios.

En la literatura encontramos múltiples conceptos o definiciones de calidad, los cuales están relacionados con los diferentes autores (que revisaremos más adelante), el momento histórico y el nivel de desarrollo o madurez de la disciplina de gestión de la calidad.

Veamos un breve video que nos introduce al concepto de calidad. Este se encuentra disponible en la página principal del eje 1.

Figura 1.

Fuente: shutterstock/326188373



Video

¿Qué es calidad?

Salvador Santiago

A continuación, relacionamos algunas definiciones provenientes del modelo industrial que el estudiante tendrá oportunidad de ampliar con las que compartimos en el aparte de aportes teóricos sobre calidad:

“Idoneidad o aptitud para el uso”; así define Juran la calidad (Juran, Gryna y Bou, 1981). Un producto o servicio se considerará de calidad si puede utilizarse para lo que se planteó que sirva.

Deming (1989) define la Calidad “en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio” (p. 17). En este orden de ideas tenemos que quién adquiere o solicita el servicio lo efectúa en razón de unas exigencias e intereses que son los que van a establecer si lo que obtiene cumple con el requisito de calidad.

Para el modelo ISO (International Organization for Standardization) calidad es grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos (NTC-ISO).

Los elementos comunes en todos los conceptos o definiciones que podemos encontrar en la literatura son:



Figura 2.
Fuente: propia

También podemos apreciar un modelo básico común a estas definiciones, que incluye tres componentes que debemos identificar: proveedor, servicio o producto que se brinda y el receptor del mismo. Para que se despliegue la calidad, el que brinda el servicio debe considerar las exigencias y expectativas de a quién va dirigido.

Se puede decir que el concepto de calidad implica la presencia de un binomio producto-cliente.

“La calidad depende de un juicio que realiza el cliente y este puede ser un juicio del producto o del servicio, según las características de su uso y de la urgencia de poseerlo” (Álvarez y Faizal, 2013, p. 146).

Los elementos conceptuales anteriormente referenciados son la base para entender y aplicar posteriormente al entendimiento de la calidad en salud.

A esta altura el lector se estará preguntando, ¿cuál de las definiciones acoger?



Para efectos de este módulo consideramos que, de manera general, la calidad puede determinarse como el conjunto de particularidades de un producto o servicio que consiguen satisfacer las necesidades y expectativas del usuario o cliente (Salud, 1999).

Evolución conceptual de la calidad

Para retomar y ampliar la evolución cronológica del concepto de calidad presentamos al estudiante un cuadro que le permite ilustrarse acerca cómo ha evolucionado históricamente el concepto de calidad:

Etapa	Concepto	Finalidad
Artesanal.	Hacer las cosas bien independientemente del costo o esfuerzo necesario para ello.	Satisfacer al cliente. Satisfacción del artesano, por el trabajo bien hecho. Crear un producto único
Revolución industrial.	Producir en grandes cantidades sin importar la calidad de los productos.	Satisfacer una gran demanda de bienes. Obtener beneficios.
Administración científica.	Técnicas de control de calidad por inspección y métodos estadísticos, que permiten identificar los productos defectuosos.	Satisfacción de los estándares y condiciones técnicas del producto.
Segunda Guerra Mundial.	Asegurar la calidad de los productos. (armamento), sin importar el costo, garantizando altos volúmenes de producción en el menor tiempo posible.	Garantizar la disponibilidad de un producto eficaz en las cantidades y tiempos requeridos.
Posguerra occidente.	Producir en altos volúmenes, para satisfacer las necesidades del mercado.	Satisfacer la demanda de bienes causada por la guerra.
Posguerra Japón.	Fabricar los productos bien al primer intento.	Minimizar los costos de pérdidas de productos gracias a la calidad. Satisfacer las necesidades del cliente. Generar competitividad.

Década de los setenta.	Sistemas y procedimientos en el interior de la organización para evitar productos defectuosos.	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción de costos. Generar competitividad.
Década de los noventa.	La calidad en el interior de todas las áreas funcionales de la empresa.	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción de costos. Participación de todos los empleados de la empresa. Generar competitividad.
Actualidad.	Capacitación de líderes de calidad que potencialicen el proceso.	Satisfacción del cliente. Prevenir errores. Reducción sistemática de costos. Equipos de mejora continua. Generar competitividad. Aumento de las utilidades

Tabla 1. Transformación en el tiempo del concepto de calidad
Fuente: Rodríguez y Rodríguez (2009)

A partir de la perspectiva conceptual, desde 1920, se logran identificar adecuadamente cuatro períodos del desarrollo de la calidad:

1. Inspección de la calidad.
2. Control de la calidad.
3. Aseguramiento de la calidad.
4. Gestión de la calidad total.

Veamos el siguiente video que de manera sencilla explica la evolución de la calidad a través del tiempo. Se encuentra disponible en la página principal del eje 1.

▶
Video

Evolución de la calidad a través del tiempo

Teresa García



Figura 3.
Fuente: shutterstock/110232230

Aportes teóricos sobre calidad

En el estudio de la calidad y su evolución histórica, es necesario referirnos necesariamente, a los denominados célebres maestros de la calidad o “gurús” de la calidad, dado su aporte en la evolución conceptual anteriormente descrita.

Estos autores son William Edwards Deming, Joseph M. Juran, Kaoru Ishikawa, Philip B. Crosby y Armand V. Feigenbaum.

William Edwards Deming. Concepto de calidad: Deming define calidad como “una serie de cuestionamientos hacia una mejora continua” (Deming, 1989), al tiempo que afirma que: “la calidad es el orgullo de la mano de obra” y también afirma que “la calidad se define en términos de quien la valora”. Asegura, además, que “la mejora de la calidad se consigue con el control estadístico de todos los procesos”. Sus principales contribuciones: fue precursor del movimiento de calidad total (Total Quality Management - TQM), autor de los conocidos catorce puntos mediante los cuales las organizaciones gestionan la eficacia con el fin de mantenerse vigentes ante las transformaciones del entorno económico.

Datos

Edwards populariza el ciclo Planear, Hacer, Verificar y Actuar (PHVA), del mismo modo señalado como Ciclo de Deming, el cual es una metodología de mejora continua de la calidad a través de cuatro etapas, también nombrada “espiral de mejora continua”, empleada de forma generalizada en los sistemas de gestión de calidad.



Figura 4. W. Edwards Deming

Fuente: <http://boo2604.wixsite.com/auditoria/single-post/2015/10/07/W-EDWARDS-DEMING>

Joseph M. Juran. Noción de calidad: este autor la precisa como la aptitud para el uso, satisfaciendo las exigencias del cliente (Juran et ál., 1981); también define este autor la calidad como **“aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias”** (Juran, 1990). Ross reseña su conceptualización principal, la Gestión de la Calidad Total (TQM), a modo de la combinación e interrelación de todas las actividades y procesos en una institución para lograr el mejoramiento continuo de los productos y servicios y obtener la satisfacción del cliente (Ross y Perry, 1999).

Sus principales contribuciones fueron: la trilogía de la calidad de Juran, con procesos que están interconectados.

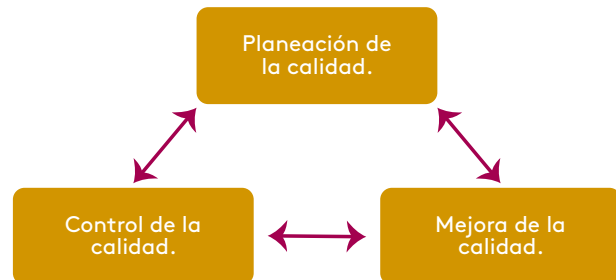


Figura 5.

Fuente: propia

- *Planeación de la calidad.* Procedimiento en el que se determinan las especificaciones para alcanzar las metas de calidad de modo que el producto o servicio final satisfaga las expectativas de los clientes; incluye determinar los controles durante la producción.
- *Control de la calidad.* Permite confrontar las metas de calidad frente a la ejecución de los procedimientos, mediante la aplicación de los controles definidos previamente y su consecuencia final es asegurar que se cumplan las especificaciones acordes con el programa de calidad.
- *Mejora de la calidad.* Permite, con la información recopilada en el proceso de control, analizar las acciones correctivas y/o preventivas para la mejora; resultado final lograr niveles de calidad superiores a los previamente obtenidos.



Figura 6. Kaoru Ishikawa

Fuente: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:%E8%8B%B1%E5%8D%83%E9%87%8C.jpg>

Kaoru Ishikawa. Noción de calidad: este autor precisa el control de calidad como: desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el útil y siempre satisfactorio para el consumidor (Ishikawa, 1997). Ambos propósitos de la calidad, la conformidad de las exigencias del usuario y la correspondencia con las particularidades del diseño, los resume el autor en este concepto de calidad.

Sus principales contribuciones: se le reconoce la aplicación sistemática de las siete herramientas básicas que son Diagrama de Pareto, estratificación, diagrama de causa-efecto, hoja de verificación, histograma, diagrama de dispersión y gráfica de control de Shewhart. Es el creador de los círculos de calidad, a los cuales especifica como equipos de trabajo próximos que fomentan el perfeccionamiento de habilidades, labor en equipo y rotación.

Philip Crosby. Noción de calidad: según Crosby “**la calidad debe definirse como un ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia**” (Crosby, 1980). Este autor considera que la calidad es gratuita, es satisfacer las exigencias de un consumidor, a la vez que al lograrlo se alcanza cero defectos. Sus principales contribuciones: autor del concepto cero defectos. Propuso la concepción denominada como los principios absolutos de la calidad total, cuyos preceptos son:

1. La calidad se especifica como consecución de requisitos.
2. El método de calidad está en la prevención.
3. El patrón de ejecución es cero defectos.
4. La medición de la calidad es el coste del no cumplimiento.

Armand Vallin Feigenbaum. Este autor determina la calidad como el resultado total de las características del bien y del servicio de mercadeo, ingeniería, producción y mantenimiento a través de los cuales el bien o servicio en uso logrará satisfacer las esperanzas del cliente (Feigenbaum, 2009). Publicó su trabajo más trascendental: *Total Quality Control* (control de la calidad total).



Figura 7. Armand Vallin Feigenbaum
Fuente: <http://maestrosdelacalidadse100109.blogspot.com.co/2012/09/armand-feigenbaum.html>

Precisa un modelo de Gestión de Calidad Total (GCT) a manera de la organización de un sistema en el cual todas las áreas de la empresa están integradas e interrelacionadas, a fin de orientar las acciones desde el diseño del producto hasta la entrega del producto a un cliente satisfecho, con los niveles más económicos para lograrlo, y como su primordial aporte instaura 19 reglas para la mejora de la calidad.

Algunos conceptos recientes sobre calidad

Richard Schonberger. Instituyó la expresión “manufactura de clase mundial”. Con el fin de alcanzar el nivel de clase mundial, las compañías deben modificar los procedimientos y conceptos, lo cual a su vez conduce a cambiar los vínculos entre los proveedores, distribuidores, productores y usuarios (Schonberger y Solórzano, 1996).



Instrucción

Lo invitamos a desarrollar la siguiente actividad para afianzar las nociones relacionadas con la evolución cronológica del concepto de calidad. Esta se encuentra disponible en la página principal del eje 1.

La calidad en la atención en salud



Figura 8.
Fuente: shutterstock/704922751

Antecedentes

Al inicio de este recorrido tuvimos la oportunidad de conocer algunos antecedentes históricos de la calidad en general, sin embargo, es necesario mencionar que

también en el ámbito de la salud podemos encontrar referencias de la preocupación por su búsqueda desde el inicio de la humanidad, como se atestigua en papiros de Egipto, así como en el *Código de Hammurabi* y en el documento *La ley* de Hipócrates. En cualesquiera de estos documentos, el demandar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el desarrollo de la práctica clínica (Ávalos, 2010).

Datos

Los nacientes escritos de evaluación de la atención en salud los elaboran epidemiólogos, como la obra escrita por Sir William Petty, uno de los autores de la epidemiología actual, que coteja los sanatorios de Londres y París en orden a los resultados de mortalidad.

A partir del inicio de la medicina hallamos modelos de preocupación por la evaluación de la calidad de la atención y su mejoramiento. En este sentido encontramos como la eficacia orientó el trabajo de Florence Nightingale (considerada por muchos autores como antecesora de la ciencia moderna de la calidad) cuando logró reducir las tasas de mortalidad en pacientes internados en hospitales en la guerra de Crimea (1854). La efectividad de las cirugías era el interés primordial del Dr. Ernest Codman, cirujano, miembro fundador del American College of Surgeons a inicios de siglo XX, siendo uno y otro los predecesores más cercanos de la calidad asistencial como propiedad **taxativa** del ejercicio clínico.



Taxativa

Que no admite discusión.

El siglo XX comienza con la valoración sistemática de la calidad de la asistencia sanitaria y abre una etapa en la que diversos modelos y estrategias en los programas de evaluación, coexisten y se suceden a lo largo de tiempo (Rodríguez, 2006).

Concepto de calidad en la atención médica



Figura 9.

Fuente: shutterstock/429814342

Debemos anotar que el desarrollo de los conceptos relacionados con la teoría, práctica y metodología de la calidad fueron estrechamente determinados por su comienzo y posterior perfeccionamiento en el campo de la industria o modelo industrial, como pudimos revisar en los apartes iniciales del documento.

Su establecimiento en el ámbito de los servicios ha debido adecuarse a las características que los diferencian del sector industrial: el producto no puede ser almacenado ni reciclado; el proceso es intangible; prestador y usuario deben coincidir en tiempo y espacio; los valores relativos a la comunicación interpersonal son decisivos (Ávalos, 2010).

Si hablamos de servicios de salud, el tema adquiere una mayor relevancia por las implicaciones para el individuo, su familia y la sociedad. Malagón, se refiere a las equivocaciones y deficiencias que involucran mala calidad en algún medio, contrastando la industria con los servicios de salud y anota que los primeros "... se pagan con pérdidas de dinero, mientras que la segunda lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica no solo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal" (Malagón, Morera y Laverde, 2006, p. 5).

Es importante puntualizar para el lector que la calidad en salud no es una necesidad, sino una prioridad: las organizaciones en salud son más complejas, en la actualidad, no solo por los objetivos que dan razón de ellas, si no por los elementos que la conforman y las características de su funcionamiento, profesionales de diferentes disciplinas, trabajo multi e interdisciplinario, incorporaciones nuevas tecnologías en salud, diversidad de insumos y regulación de medicamentos, diversidad de procesos, alto nivel de exigencia de los usuarios (Blanco y Maya, 2006).

Igualmente es necesario destacar que existen cuatro pilares que sustentan una adecuada gestión de calidad en todo tipo de institución:

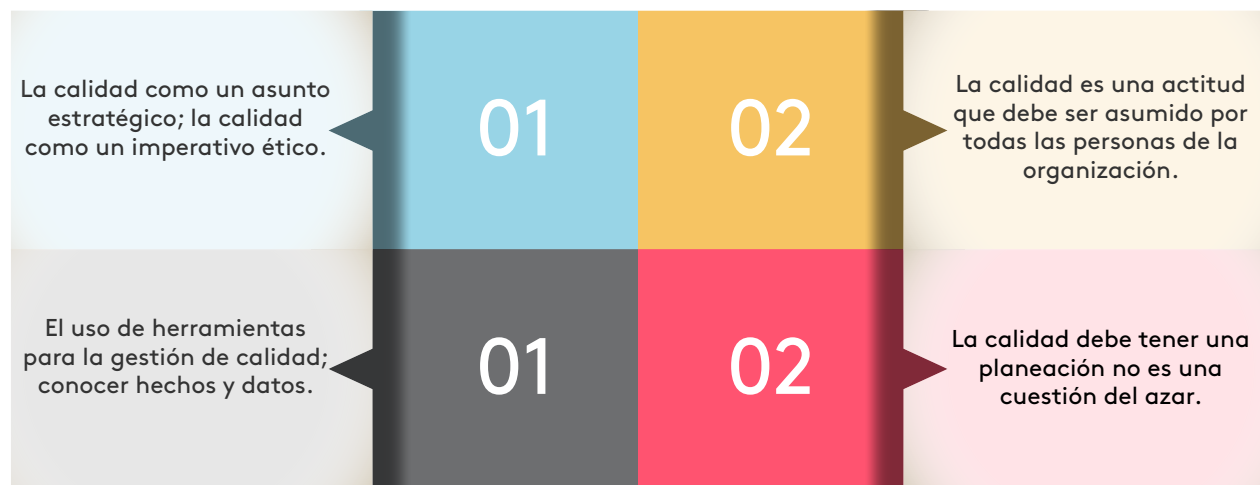


Figura 10.
Fuente: propia

Iniciemos entonces revisando las definiciones y conceptos de calidad de la atención en salud (o calidad en salud, calidad asistencial, calidad de la asistencia médica como puede encontrarse referida por otros autores).

Dentro de los conceptos de calidad, la definición de Donabedian (1919- 2000), ha sido considerada como clásica y para efectos de aprendizaje hemos definido adoptarla para el estudiante por involucrar los elementos conceptuales que requiere en su formación.

La calidad es para este autor:

Una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes (Donabedian, 1986, p. 6).

Esta definición tiene elementos conceptuales fundamentales que el estudiante debe tener presente, a saber:

- Calidad en los servicios de salud es un atributo de la atención sanitaria que puede proporcionarse en grados diversos, por lo tanto, puede medirse.
- Se especifica como la obtención de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente.
- El nivel de calidad es, en ese orden de ideas, la medida en que se espera que la atención prestada alcance el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.
- Se incluye dentro del concepto los recursos disponibles para prestar la atención (humanos, técnicos, infraestructura y podría considerarse los recursos financieros).
- Se considera el entorno social en el cual se presta la atención y sus valores.
- La calidad es el nivel del logro de un objetivo, por cual está supeditado a cómo se define este.

En la revisión conceptual, encontramos otras definiciones que se han construido posteriormente que compartimos con el estudiante para conocimiento ya que aportan elementos adicionales:

La Organización Mundial de la Salud declaraba en 1991:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite.

Esta definición destaca las necesidades de salud a ser satisfechas, amplia como receptor al colectivo (población), involucra características como **oportunidad**, **efectividad** y el estado vigente de los conocimientos técnico-científicos.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, considera que la calidad de la atención sanitaria es el nivel en que los servicios de salud acrecientan la probabilidad de que los individuos y las poblaciones logren los resultados deseados en salud y que estos servicios correspondan a su vez con el nivel actual de los conocimientos profesionales (Council, 1994). **Puede considerarse como integral al incluir efectivamente individuos, así como colectivos y al relacionar la calidad con el adelanto científico técnico y su manejo por parte de los prestadores de servicios de salud.**

Para finalizar este aparte es indispensable que el estudiante tenga presente la definición de calidad de la atención de salud que ha sido adoptada en nuestro sistema de salud, la cual integra los elementos conceptuales anteriormente revisados, destacando características como la **accesibilidad**, **equidad**, nivel profesional.

Esta definición la encontramos en la reglamentación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Minsalud, 2006):



Oportunidad

Otorgar la atención médica al paciente en el momento que la amerita, cuando la necesita.



Efectividad

Expresión cuantitativa de la magnitud en que fue logrado un objetivo.



Accesibilidad

Condición básica para que la población pueda usar con mayor facilidad los servicios de salud; puede ser obstruida por barreras geográficas, climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio.



Equidad

Trato igualitario al usuario del servicio médico, con arreglo a la *lex artis*, atendiendo sus necesidades específicas.

Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (p. 2).



Componentes de la calidad en salud

De acuerdo al planteamiento de Donabedian se identifican tres componentes de la calidad en la atención en salud a tener en cuenta en la evaluación de la calidad, es decir que el auditor de Servicios de salud debe asegurar que estén presentes en cualquier modelo de evaluación que plantee.

El componente técnico, que corresponde al uso de la ciencia y de la tecnología en el tratamiento de una dificultad en salud de un individuo de manera que produzca el máximo beneficio sin incrementar simultáneamente sus riesgos. También tenemos el componente humano, que está fundamentado en la premisa de que la interacción entre los individuos debe observar las reglas y valores sociales que rigen la relación de los individuos en forma generalizada. Estas reglas están afectadas o ajustadas en parte por los preceptos éticos de los profesionales y las perspectivas y aspiraciones de cada individuo. Para completar, el tercer componente lo integran las condiciones de confort, entendido como los factores del entorno del usuario que le proveen una atención más cómoda y segura (Net y Suñol, 2002).

Partiendo de esta evaluación, algunos autores han propuesto las dimensiones que comprende la calidad, considerando la propuesta por Palmer (1983), como la clasificación más destacada que incluye:

- Efectividad.
- Eficiencia.
- Accesibilidad.
- Aceptabilidad.
- Competencia profesional.

Figura 11.

Fuente: shutterstock/534962014



Efectividad

Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para lograr los objetivos planteados.



Eficiencia

Capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para lograr los objetivos planteados.



Accesibilidad

Facilidad con que puede obtenerse la atención frente a barreras económicas, organizativas, culturales, etc.



Aceptabilidad

Nivel de satisfacción de los usuarios respecto a la atención.



Competencia profesional

Capacidad del profesional para el mejor uso de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados y satisfacción a los usuarios.

Evaluación de la calidad de la atención en salud

De acuerdo con lo que hemos revisado juntos, la calidad, es una representación de los valores y objetivos vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad en general, los criterios y dimensiones a tomar en cuenta en su evaluación son múltiples y se verán influidos por los instrumentos o métodos que elijamos para estudiarla (Coronado, Cruz, Macías, Hernández y Bringas, 2013, p. 28).

Donabedian (1966), desarrolla la estrategia para la evaluación de la calidad de los servicios de salud basada en el análisis de la estructura, el proceso y los resultados (tres posibles métodos), determinando un progreso conceptual y metodológico de la gestión de calidad en el ámbito de la salud. A pesar que el tiempo ha pasado, esta sistematización mantiene total validez y ha dominado las publicaciones sobre el tema en los últimos años a nivel nacional e internacional.

Con esta perspectiva, se comprende por evaluación de la estructura el estudio de la calidad de los medios; la evaluación del proceso se concentra en el examen de la calidad de los métodos; en tanto que la evaluación de los resultados evalúa la asistencia recibida.



¡Importante!

Debemos tener en cuenta que se trata de una clasificación fundamentalmente pedagógica que no implica un orden temporal de estudio. No obstante, la evaluación de la estructura fue seguida por la preocupación por los resultados, para posteriormente concentrar la atención en los procesos como foco primordial en el cual basar las acciones propuestas a la mejora continua de los servicios de salud.

A continuación, presentamos al estudiante un cuadro con la descripción de los indicadores y métodos de la evaluación de la calidad.

Indicador	Descripción
Estructura	Miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de estructura se desarrollan en cuatro categorías: estructura física, ocupacional, financiera y organizacional, de acuerdo a los siguientes recursos: recursos materiales, instalaciones, equipos y presupuesto monetario. Recursos humanos: número y calificación de personal. Aspectos institucionales o gerenciales: organización del personal médico y métodos para su evaluación.

Proceso	Miden de forma directa o indirecta la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente; mediante el conjunto de acciones realizando principalmente por el médico como generador de documentación; por ejemplo, la historia clínica y otros documentos resultantes de la actividad asistencial.
Resultados	Miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas; el beneficio logrado en los pacientes, o cambios en la salud atribuibles a la atención recibida, incluyen centinela, indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas), indicadores trazadores e indicadores basados en opinión del paciente.

Tabla 2. Indicadores y métodos de evaluación del sistema de calidad
Fuente: Donabedian (2005)

El método más extendido de evaluación de la estructura en nuestro medio ha sido la habilitación como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (Minsalud, 2006), así como la acreditación. Los resultados que igualmente se pueden valorar a través del impacto, han sido evaluados de modo habitual a través de estudios de eficacia, efectividad o eficiencia (Lam y Hernández, 2008) y en las recientes décadas por medio de la evaluación de la satisfacción de pacientes que puede expresar indirectamente los resultados de la calidad en la atención de los servicios (Silberman, Moreno, Hernández, Martínez y Díaz, 2016) y de la calidad de vida vinculada con la salud. La valoración del proceso se ha desarrollado con auditorías y seguimiento al comportamiento de ciertos indicadores (Silva, Amaya, Gómez y Argüelles, 2016).



¡Importante!

Como parte de los patrones de evaluación más característicos en la investigación sobre calidad del servicio están el modelo ya explicado de atención en salud, de Donabedian (1966); el modelo nórdico, de Grönroos (1984); el americano Service Quality (SERVQUAL) (1985-1988) y el contemporáneo LIBQUAL (2003) (Sánchez, 2016).



Instrucción

Ahora proponemos revisar el siguiente videoresumen que permite una síntesis en la que se ofrecen los elementos teóricos más relevantes vistos hasta el momento respecto de la calidad en salud.

Igualmente le invitamos a realizar la siguiente lectura para ampliar la información.



Lectura recomendada

El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud

Isolina Sánchez



Figura 12.
Fuente: shutterstock/646588456

Metodología de la evaluación de la calidad

Para el mejoramiento de la calidad, es obligatorio tener un conocimiento previo de la realidad. El primer paso es decidir qué es lo que queremos medir (**critérios**), qué herramienta (**indicador**) utilizaremos y qué valores consideraremos como aceptables (**estándares**). En segundo lugar, examinaremos aquellas fuentes de datos que consideramos más confiables. Una vez recolectados y analizados estos datos, tendremos en nuestras manos una información que nos permitirá conocer hasta qué punto estamos dentro del nivel que habíamos fijado como aceptable, y poner en marcha acciones de mejora (Rodríguez, 2006).

Igualmente, se registran distintas técnicas cualitativas para evaluar la calidad, entre las cuales destacan la encuesta, el cuestionario, la técnica de consenso Delphi, el grupo nominal y la auditoría médica (Sánchez, 2016).



Criterios

Condición que debe cumplir una determinada actividad, actuación o proceso para ser calificada de calidad.



Indicador

Medida cuantitativa que puede utilizarse como guía para monitorear y valorar la calidad de las diferentes actividades.



Estándares

Grado de cumplimiento exigible a un criterio de calidad. Dicho, en otros términos, define el rango en el que resulta aceptable el nivel de calidad que se alcanza en un determinado proceso.



Instrucción

Con el fin reforzar algunos de los elementos conceptuales anteriores revisemos el recurso de aprendizaje: memonota.

Para lograr el proceso de mejora anterior se requiere la aplicación de herramientas de análisis, tema que será abordado en otro de los ejes de este módulo.

Antes de pasar a revisar otro aspecto importante relacionado con la calidad en salud es conveniente realizar esta lectura relacionada con el origen y el estado actual de garantía de la calidad en la atención sanitaria.



Lectura recomendada

Overview of the quality assurance movement in health care

Vincent de Jonge, Jerome Sint Nicolaas, Monique E. van Leerdam y Ernst J. Kuipers.

Calidad en salud y su relación con la ética

El análisis de la relación de la calidad asistencial con el individuo y la sociedad, nos permite diferenciar claramente el modelo industrial, del modelo servicios de salud como hemos mencionado previamente; en este sentido no solo se trata de la satisfacción del usuario, sino de los resultados generados por la prestación del servicio y el impacto en los desenlaces en salud tanto a nivel individual como de la salud pública.

Atendiendo a lo anterior podemos señalar que

Interpretando que el principio del bien es el fundamento de la ética y que su giro aplicado no puede darse sin condiciones estructurales y funcionales de calidad (...) establece la relación indisoluble entre ética y calidad en el funcionamiento de los servicios médico sanitarios (Luna, 2011, p. 9).

En ese orden de ideas cobran importancia conceptos como ética, moral, bioética, salud y calidad de vida, cuyas definiciones son necesarias enunciar a continuación, no con el fin de profundizar en las mismas, pero si con el interés de brindar una noción para el estudiante.

Moral: disciplina del actuar humano que procura sistematizar el comportamiento individual y colectivo en relación con el bien y el mal y los deberes que involucran (Real Academia Española, 2014). Es el estudio de los actos voluntarios y libres, en el entorno

de las costumbres de los pueblos, en orden de su bondad o malicia (Garza y Garza, 2000).

Ética: conjunto de patrones morales que determinan la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida. Apartado de la filosofía que discute del bien y del fundamento de sus valores (Real Academia Española, 2014). Análisis crítico de los mandatos morales, ejercitando la libertad de elección y procediendo acorde a la razón. Involucra asumir el pensamiento propio, en vez del pensamiento de la mayoría (Serrano y Sierra, 2006).



Figura 13.

Fuente: shutterstock/158366573

Bioética: “estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales” (Reich, 1978). Discute sobre los temas éticos concernientes a la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías relacionadas, aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales (Unesco, 2005).

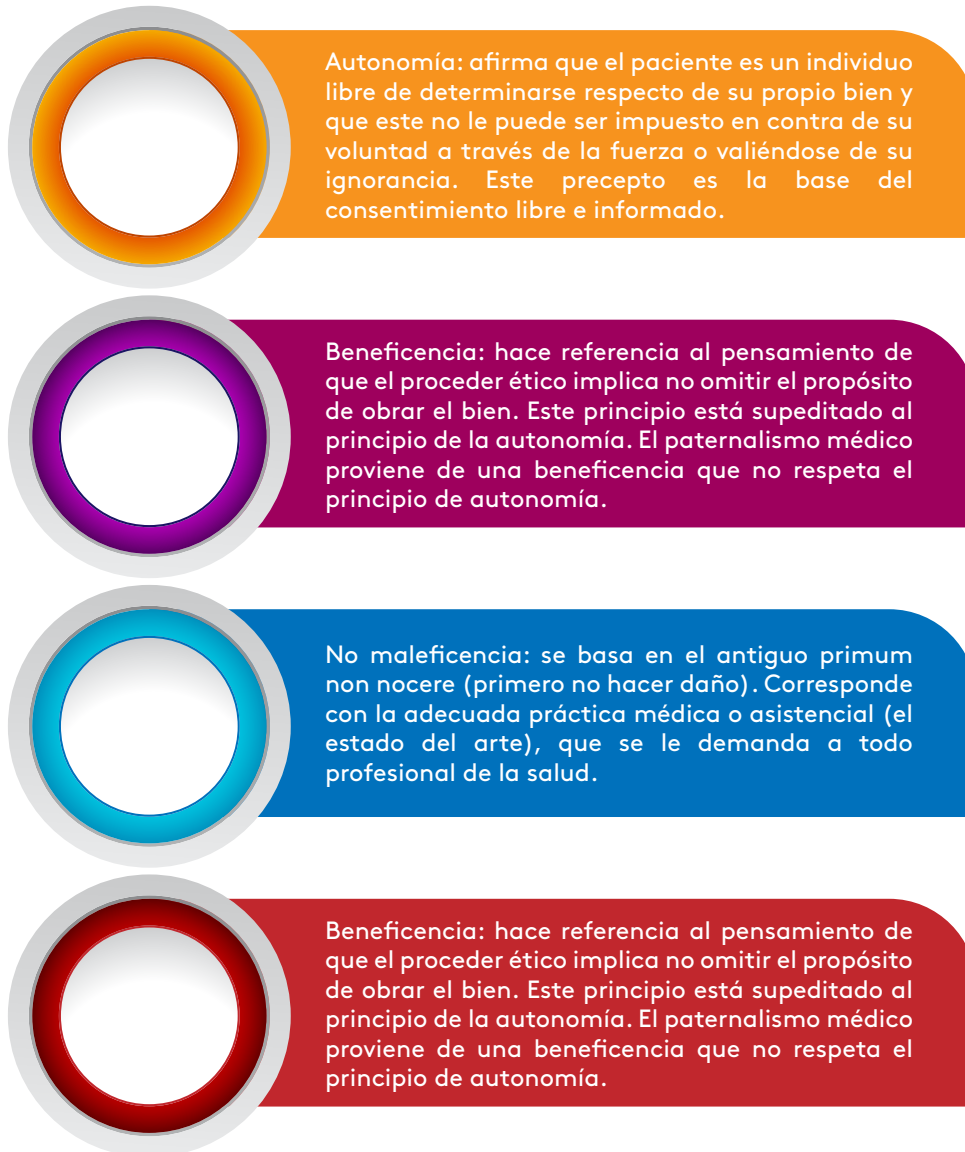
Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 1949). Corresponde a un estado ecológico-fisiológico-social

de equilibrio y de adaptación de todas las posibilidades del organismo humano frente a la complejidad del ambiente social.

Calidad de vida: se define calidad de vida en razón de la forma en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el medio cultural y en el sistema de valores en que vive, así como respecto de sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los elementos ambientales y sus creencias personales (Quality of Life Assessment Group, 1996).

Conceptualización alrededor de la bioética

Es amplia literatura que se ha escrito como resultado del desarrollo de la bioética, por lo cual es necesario compartir una breve ilustración de los 4 principios tradicionales de la Bioética (postulados en el modelo “principalista” de Tom Beauchamp y James Childress) los cuales son:



Veamos el siguiente video que de manera sencilla y con ejemplos nos muestra la importancia de la bioética.



Video

Bioética

Veiruth Gama

Actualmente debemos discutir además de los principios de dignidad, de sacralidad de la vida, de científicidad ('lo que no es científico, no es ético'), de seguridad (ausencia de consecuencias, efectos secundarios o de riesgos físicamente perjudiciales), de proporcionalidad (ventajas, riesgos, costos), de vulnerabilidad (una mayor vulnerabilidad, demanda una protección superior como una de las misiones principales de la bioética), de precaución, de desarrollo sustentable, de las 3 "R" (reemplazo, reducción y refinamiento) (Hottois, 2011).

Según Luna (2011) el concepto de ética global nos permite comprender que la ética no es exclusivamente una perspectiva humana, sino que del mismo modo es viable predicar una ética corporativa y una ética sistémica lo que nos lleva a los principios éticos del sistema de salud como los determinados por la seguridad social: la universalidad, solidaridad, justicia y equidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad y sustentabilidad, la integralidad e intersectorialidad, la interculturalidad y finalmente, la participación social.



¡Importante!

Los intereses actuales de la bioética no se limitan a los conflictos éticos del ejercicio clínico y se ocupa del cuidado del medioambiente, los asuntos de justicia: la salud como un derecho; las cuestiones de salud: adopción de decisiones ante dilemas éticos, trasplantes, dilemas en los límites de la vida, eutanasia, aborto.

Comités de bioética. Los comités de bioética son grupos multidisciplinarios cuyo quehacer fundamental es, de una parte, actuar frente a los conflictos éticos que hoy día ofrece el ejercicio de la medicina, y por la otra, vigilar la cabal observancia de una serie de reglas que propenden por la protección de los seres vivos sometidos a estudios experimentales (Apitz y López, 2006).

Rol del auditor de servicios de salud y su perfil

Una vez revisados las bases conceptuales de la calidad en salud, debemos detenernos para dedicar unos momentos a un aspecto: la auditoría de servicios de salud, enfocados en el rol del profesional que la ejerce.

En Colombia, el concepto manejado de auditoría lo encontramos descrito en el

Decreto 1011 de 2006, donde se puntualiza la auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud: "es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios" (Minsalud, 2006).

El auditor de servicios de salud es el profesional que desarrolla las actividades propias de la auditoría. Su papel es fundamental en la evaluación y la mejora de la calidad de los servicios de salud, independiente del ámbito en el cual desarrolle su ejercicio profesional (auditoría de servicios, clínica, de gestión, seguridad del paciente, etc.) o de los diferentes actores del sistema (rectoría del sistema, asegurador, prestador, organismos de vigilancia y control, entes territoriales, sector público o privado).



Figura 14.

Fuente: shutterstock/372299065

Atendiendo a lo anterior, el auditor debe contar con los conocimientos y condiciones personales y profesionales que lo acrediten para el ejercicio de esta importante función dentro del sistema sanitario. Además, debemos destacar que la confiabilidad del desarrollo de la auditoría y la capacidad para lograr los objetivos dependen de la formación y capacidades de los profesionales que participan en el proceso, ya sea como auditores o líderes del equipo de auditoría.

En este orden de ideas dentro de su perfil, el auditor de servicios de salud debe tener una cultura de lectura y actualización permanente que le permita estar al día con los cambios o novedades en las áreas del conocimiento relacionadas con su ejercicio; se recomienda como parte de sus competencias tener conocimientos en búsqueda de literatura de medicina basada en la evidencia que le permita validar la información o evidencia científica disponible frente a las intervenciones que aborde.

Igualmente debe estar al tanto de los cambios en la normatividad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, dada la permanente expedición de normas relacionadas.



Para este fin se recomienda el suscribirse o consultar publicaciones periódicas relacionadas con el área de ejercicio, incluyendo la de los organismos rectores del sector sanitario, en nuestro caso el Ministerio de Salud y Protección Social.

Debemos aclarar que no se trata que el profesional conozca en profundidad de todos los temas (que sería lo ideal), pero si se espera que logre un nivel razonable de conocimiento y experiencia en el área del sector sanitario en la cual se lleva a cabo su ejercicio profesional cotidiano. Lo anterior no implica que pueda tener la capacidad de abordar otras áreas diferentes, previo ejercicio juicioso de estudio, revisión, consulta con otros profesionales, etcétera.

Es indispensable dentro de las habilidades requeridas aquellas relacionadas con su comportamiento personal, tener la capacidad para mantener unas buenas relaciones humanas o interpersonales, que incluya el trato respetuoso, cordial, sin que ello implique la pérdida de credibilidad frente al auditado, así como habilidades o competencias para la adecuada comunicación.



Instrucción

A continuación, lo invitamos a participar en el recurso de aprendizaje: Juego de roles. Se encuentra disponible en la página principal del eje 1.

Otras normas de comportamiento profesional relacionadas para los auditores incluyen ser: ético, imparcial, franco, honesto y discreto; de **mentalidad abierta**, **perceptivo**, **diplomático**, **observador**, **versátil**, **tenaz**, **decidido**, seguro de sí mismo, es decir, actúa y funciona de forma independiente a la vez que se relaciona eficazmente con otros; actúa con fortaleza, es decir, capaz de actuar ética y responsablemente aun cuando dichas acciones no siempre sean de aceptación general y a veces puedan generar desacuerdos o confrontación; dispuesto a la mejora, es decir, preparado a aprender de las situaciones y en búsqueda de mejores resultados de auditoría; sensible culturalmente, es decir, cuidadoso y respetuoso de la cultura del auditado; colaborador, es decir, que interactúa eficientemente con otros, incluyendo los miembros del equipo auditor y el personal del auditado.



Mentalidad abierta

Dispuesto a considerar ideas o puntos de vista alternativos.



Perceptivo

Instintivamente consciente y capaz de entender las situaciones.



Diplomático

Con tacto en las relaciones con las personas.



Decidido

Alcanza conclusiones oportunas basadas en el análisis y razonamiento lógicos.



Tenaz

Persistente, orientado hacia el logro de los objetivos.



Versátil

Se adapta fácilmente a diferentes situaciones.



Observador

Activamente consciente del entorno físico y las actividades.

Con el fin de profundizar en el conocimiento del rol del auditor lo invitamos a realizar la siguiente lectura relacionada con el examen de conceptos de la auditoría en servicios de salud en Colombia y del rol que desempeña.



Lectura recomendada

Auditoría del servicio

Blanca Cifuentes

Terminando este recorrido, complementamos con autores como Mejía (2009) que registran dentro del perfil del auditor el cumplir con principios de equidad, objetividad, imparcialidad y habilidades personales como creatividad, capacidad de análisis y capacidad de síntesis.

Por todo lo dicho hasta aquí es posible entender cómo ha evolucionado el concepto de calidad en el mundo y de qué forma se ha desplegado un proceso de adaptación y posterior desarrollo propio, en el sector sanitario, con evidencias de la construcción de un cuerpo de conocimientos, concepciones teóricas, prácticas y metodológicas que en este punto permite al estudiante plantear la respuesta a nuestra pregunta orientadora: Dentro del rol del auditor, ¿cuál es el reto en la evaluación y garantía de la calidad de la atención en salud?

Apitz Castro, R., & López, J. E. (2006). Comités de bioética. In *Colección Razetti* (pp. 533-540): Editorial Ateproca.

Blanco, J., & Maya, J. (2006). Fundamentos de salud publica: *Administracion de servicios de salud*. Medellín: Colombia: Quebecor.

Coronado-Zarco, R., Cruz-Medina, E., Macías Hernández, S. I., Hernández, A. A., & Bringas, T. I. N. (2013). El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 25(1), 26-33.

Council, N. R. (1994). America's health in transition: protecting and improving quality. Washington, DC: Institute of Medicine. In: National Academies Press.

Crosby, P. B. (1980). *Quality is free: The art of making quality certain*: Signet.

Cuba Venereo, M. d. I. M. (2008). Calidad en los servicios farmacéuticos hospitalarios. *Revista Cubana de Farmacia*, 42(3), 0-0.

Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006. República de Colombia. In.

Ministerio de Salud y (2006). Decreto 1011 de 2006. Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 46230 de abril 03 de 2006. República de Colombia. In.

Unesco, A. G. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. In: París.

Deming, W. E. (1989). *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis*: Ediciones Díaz de Santos.

Donabedian, A. (1986). *Quality assurance in our health care system*. Quality Assurance and Utilization Review, 1(1), 6-12.

Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.

Española, R. A. (Ed.) (2014) (Vigésimotercera ed., Vols. 1).

Feigenbaum, A. V. (2009). Contro total de la calidad. *Innovación Educativa*, 9(48), 91.

Garza Garza, R., & Garza, R. G. (2000). Bioética: *La toma de decisiones en situaciones difíciles*.

Hottois, G. (2011). *¿Qué es la Bioética?* : Fontamara.

Ishikawa, K. (1997). *¿Qué es el control total de calidad?: la modalidad japonesa*: Editorial Norma.

Juran, J. M. (1990). *Juran y la planificación para la calidad*: Ediciones Díaz de Santos.

Juran, J. M., Gryna, F. M., & Bou, J. M. V. (1981). *Planificación y análisis de la calidad*: Reverté.

Lam Díaz, R. M., & Hernández Ramírez, P. (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad; son sinónimos en el área de la salud? *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 24(2), 0-0.

Lara Peinado, F. (1986). *Código de Hammurabi*: Tecnos.

Luna Orosco, J. (2011). Ética y calidad en salud: un binomio inseparable. *Acta bioethica*, 17(1), 9-17.

Malagón-Londoño, G., Morera, R. G., & Laverde, G. P. (2006). *Garantía de calidad en salud*: Ed. Médica Panamericana.

Mejía García, B. (2009). *Auditoría médica.: Para la garantía de calidad en salud*: Ecoe Ediciones.

Net, A., & Suñol, R. (2002). La calidad de la atención. Recuperado de http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf.

NTC-ISO, N. T. C. 9000: 2000. *Sistemas de gestión de la Calidad, fundamentos y vocabulario*, ICONTEC.

Palmer, R. H. (1983). *Ambulatory health care evaluation: principles and practice*: American Hospital Association.

Pérez, I. (2005). Los Sistemas de Evaluación Externa de Servicios Sanitarios. *Revista Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales*, 1(1), 40-42.

Quality of Life Assessment Group, W. (1996). Que calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud 1996*, 17(4), 385-387.

Reich, W. T. (1978). *Encyclopedia of bioethics*.

Rodríguez, M. C. C., & Rodríguez, D. R. (2009). El concepto de calidad: Historia, evolución e importancia para la competitividad. *Revista Universidad de La Salle*(48), 80-99.

Rodríguez Pérez, M. (2006). Calidad asistencial: Conceptos, dimensiones y desarrollo operativo. *Gestión clínica: Desarrollo e instrumentos*. Ed. Luis Angel Oteo. Edición Díaz de Santos.

Ross, J. E., & Perry, S. (1999). *Total quality management: Text, cases, and readings*: CRC Press.

Salud, O. P. d. I. (1999). Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe. In: OPS Washington^ eD. CDC.

Schonberger, R. J., & Solorzano, C. A. (1996). *Manufactura de clase mundial para el próximo siglo*: Prentice Hall Hispanoamericana.

Serrano, O. R., & Sierra, R. P. (2006). *Ética en el ejercicio de la medicina*: Ed. Médica Panamericana.

Silberman, M. S., Moreno-Altamirano, L., Hernández-Montoya, D., Martínez-González, A., & Díaz-López, H. O. (2016). Construcción y validación de un instrumento para medir la satisfacción de los pacientes del primer nivel de atención médica en la Ciudad de México. *Gac Med Mex*, 152, 43-50.

Silva, A. J. V., Amaya, P. C. P., Gómez, E. A. M., & Argüelles, V. T. (2016). Factores críticos del éxito de los sistemas de gestión de calidad: Revisión de literatura. *CULCyT*(59).

Sánchez Jacas, I. (2016). El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad en salud. *Medisan*, 20(4), 544-552.

Álvarez, F., & Faizal, E. (2013). *Gerencia en hospitales e instituciones de salud*. Bogotá: Ecoe ediciones, 139-145.

Ávalos García, M. I. (2010). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Horizonte Sanitario*, 9(1).