

En los últimos años, la calidad de los Sistemas de Salud ha sido objeto de debate. De manera natural, las discusiones en torno a este tema se han centrado en la serie de elementos que la determinan, tales como la cobertura, la heterogeneidad y la equidad en la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, tanto públicos como privados. En forma paralela, existe entre la población la percepción de que la calidad de los servicios de salud que otorga el Estado deja mucho que desear, particularmente por los períodos prolongados que los pacientes deben esperar para que sean atendidos, la información insuficiente y poco clara que les da el equipo médico, la escasez de medicamentos e insumos, la falta de oportunidad en los servicios y, en especial, el trato inadecuado que se brinda a los usuarios y sus familias.

Es innegable que ha habido avances en los servicios de salud de México, y que sus logros se han visto reflejados desde la segunda mitad del siglo XX en indicadores demostrables como la disminución de la mortalidad infantil y el incremento en la esperanza de vida, sin embargo, aún es necesario mejorar la calidad del sistema y de los servicios de salud.

Los primeros esfuerzos llevados a cabo en pro de la calidad en nuestro país datan de la década de 1950, cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social emprendió una auditoría médica; más tarde, en el decenio de 1980, el Instituto Nacional de Perinatología creó los círculos de calidad y en los diez años siguientes se intensificaron las acciones para mejorar la calidad en todo el Sistema de Salud, con diversos programas, capacitación de líderes, formación de círculos y el establecimiento de oficinas y programas responsables de organizar y evaluar la calidad en algunas de las instituciones del Sector Salud. En la Secretaría de Salud, a finales de la década de 1990, también se inició un programa nacional de mejora continua de la atención médica, el cual incluyó la primera evaluación en las unidades de atención de primero y segundo niveles, así como la capacitación de los directivos y del personal operativo de estas unidades.

De manera simultánea se diseñaron estrategias de evaluación de instituciones de salud con fines de acreditación, tales como la certificación de hospitales del niño y de la madre y de las jurisdicciones sanitarias. En 1999 se implementó el programa de certificación de hospitales, cuyos resultados cuantitativos y cualitativos propiciaron que el sistema emprendiera acciones para alcanzar la calidad de los servicios, primero mediante la identificación de los factores críticos de la calidad en las instituciones relacionados con la estructura, el proceso y los resultados de la atención.

Actualmente el Gobierno Federal implementa la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, dirigida a crear una cultura de la calidad en las organizaciones de salud, mejorar significativamente la salud de la población, proporcionar atención oportuna y de calidad y proteger de gastos excesivos motivados por la atención en salud.¹

En este orden de ideas, el Sistema de Salud requiere que todos los responsables en la atención a la salud de la población se involucren en las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos de responsabilidad. La calidad tiene un valor tan importante como la salud, es por ello que el profesional de enfermería como miembro del equipo de salud debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua con una actitud proactiva.

El ejercicio profesional de la Enfermería es dinámico y por ello modificable en función de las necesidades de la población, quien demanda cuidados de calidad que incorpore sus hábitos, costumbres y estado de salud así como la tecnología necesaria para establecer su diagnóstico y tratamiento.

De este modo la búsqueda de la calidad del cuidado de enfermería se constituye en un factor clave para participar disciplinariamente en la exploración de prácticas de atención a la salud de calidad y libre de riesgos. Es un momento oportuno para implementar estrategias que refuercen la identidad profesional, contribuyan al desarrollo de la disciplina, mejoren la organización y credibilidad en los servicios de enfermería en las instituciones de salud y

primordialmente en el otorgamiento de cuidados técnicos, científicos y al mismo tiempo humanizados que requieren y demandan los usuarios del sistema. Para lograr lo anterior es necesario vincular estrategias apoyadas en la investigación, la evaluación, la discusión y el consenso logrado en programas de mejora continua de la calidad. Este capítulo tiene el propósito de introducir al lector en las principales teorías y elementos conceptuales sobre la calidad que fueron utilizados para el diseño, implementación y evaluación del Modelo de Evaluación de la Calidad del Cuidado establecido en la Subdirección de Enfermería del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Antecedentes

Desde épocas remotas, la historia de la humanidad ha estado ligada a la idea de calidad, como se puede apreciar en los maravillosos vestigios de las culturas más antiguas: las pirámides de Egipto, los palacios cretenses, los monumentos griegos, mesopotámicos, hindúes, chinos, etc. De hecho, en obras como la *Iliada*, la *Odisea* y la Biblia se mencionan ciertas construcciones y objetos que gozaban de fama en el mundo antiguo por sus cualidades inigualables. Estos testimonios escritos nos permiten advertir que la idea de calidad fue una constante que evolucionó a la par de la producción artística, artesanal e industrial. Cabe aclarar que no sólo estuvo ligada a los productos, sino que abarcó todas las actividades humanas, entre ellas, la enfermería.

Los historiadores de la enfermería afirman que desde la época prehistórica, especialmente cuando se estableció la división del trabajo (que corresponde al final del paleolítico y principios del neolítico), el cuidado de los enfermos y heridos quedó a cargo de las mujeres. Estas prácticas correspondieron en sus inicios al concepto de ayuda dentro del grupo, sin que tuvieran un razonamiento que las sustentara. Tal vez en un principio sólo se limitaban a alimentarlos y a brindarles cuidados elementales como protección contra el frío. No obstante, conforme evolucionaron los grupos humanos, dichos cuidados empezaron a efectuarse de acuerdo con un plan, en virtud del aprendizaje intuitivo que impregnó el pensamiento mágico religioso, y de inventos que fueron decisivos para mejorar la vida de los hombres primitivos, como la producción y mantenimiento del fuego, lo que les permitió crear calor artificial y preparar sus alimentos. Asimismo, se estableció el cuidado de las parturientas mediante procedimientos aprendidos por observación y que se transmitieron de manera oral.

De esta forma, las mujeres en su doble papel de comadronas, enfermeras y madres se situaron más cerca de la naturaleza y de sus secretos, de los cuales extraían recetas misteriosas que utilizaban al brindar cuidados. Algunas llegaron a acumular suficientes conocimientos y fueron reconocidas como hechiceras o sacerdotisas.

Con la invención de la agricultura sobrevino el sedentarismo, lo que dio lugar a una mayor estructuración social y al surgimiento de las primeras civilizaciones, a partir de las cuales es posible contar con documentos escritos que permiten seguir con mayor certeza la evolución de la enfermería. Desde luego, es posible advertir que los progresos se reflejaban en un cuidado de mayor calidad de las personas afectadas por un mal, incapacitadas o con dolencias. En un documento que data del año 1550 a.C., denominado papiro de Ebers, se encuentran las primeras evidencias sobre el cuidado de la piel, el cabello, los dientes, la lengua; preparaciones contra las epidemias y pensamientos sobre la vida, la salud y la enfermedad. Asimismo contiene procedimientos de vendaje, reducción de fracturas, entablillamientos y suturas. Cabe mencionar que estas descripciones están acompañadas de invocaciones a los dioses y de encantamientos, lo que revela la vigencia plena del pensamiento mágico religioso.²

El sedentarismo, además, hizo posible el desarrollo de las grandes civilizaciones del mundo antiguo e introdujo cambios en los servicios de enfermería. Por ejemplo, en Egipto un sabio de nombre Amenemope aconsejaba que los cuidadores se mostraran amables con los ciegos, cojos y locos. Aducía que no se podía negar atención a los pacientes y, a diferencia de lo que sucedía en otros pueblos, no consideraba impuros a los enfermos.

El pensamiento mágico religioso prevaleció durante milenios, pero hacia el año 3000 a.C., empezó a experimentar una notable transformación. En esa época la cultura cretense, establecida en la isla del Mediterráneo del mismo nombre, desarrolló los conceptos sobre salud y enfermedad, que sentaron los cimientos de la medicina como ciencia. Estas ideas las heredaron los griegos, cuando aún estaban inmersos en una vida centrada en los dioses. Poco a poco, hombres excepcionales de este pueblo, al que debemos las bases de nuestra cultura, advirtieron que ciertas enfermedades tenían causas naturales y descubrieron algunos de los principios anatómicos. Conforme estudiaron la *Phycis* o esencia misma de las cosas, se dieron cuenta de que la naturaleza tenía normas, las cuales podían ser parcialmente comprendidas gracias a la capacidad del hombre para razonar.

Infelizmente la enfermería no se integró a este movimiento intelectual, dado que los cuidados de enfermos y heridos eran asignados a los esclavos, quienes se limitaban a obedecer las instrucciones que les daban sus amos médicos, ya que en la Grecia clásica se consideraban poco dignas las actividades manuales y se le concedía prioridad a las labores del intelecto.

Los grandes asentamientos humanos en las ciudades dieron lugar a nuevas condiciones de vida que fueron favorables para la transmisión de padecimientos contagiosos. Muchas crónicas de los siglos IV a I a.C., dan testimonio de epidemias devastadoras que causaron gran mortandad, en distintos lugares como China, Egipto y las costas del Mediterráneo. En gran medida la propagación de estas infecciones se debía al intenso comercio que se desarrollaba entre oriente y occidente, pero también a la acción de los pueblos conquistadores que en su afán de dominio recorrían miles de kilómetros llevando consigo muchos males infecciosos.

Entre dichos pueblos ocupa un lugar destacado el romano, que logró consolidarse como un imperio hacia el siglo I a.C. En esa época tenía una medicina primitiva, basada en los principios mágicos que le habían heredado los etruscos, por ello con frecuencia sufría los estragos de las epidemias, sin poder hacer algo para evitarlo; los relatos históricos de ese periodo mencionan que carecía de servicios de salud. No obstante, esta situación pronto cambió cuando amplió sus fronteras por medio de las invasiones militares, que le permitieron anexarse muchas de las naciones griegas. Los romanos se dieron cuenta de que los helenos tenían una cultura que superaba a la de los demás pueblos que habían conocido, por ello empezaron a llevar a su capital a los más afamados científicos, artistas y médicos. Estos últimos se dedicaron a atender a los gobernantes, nobles y hombres ricos que podían pagar su trabajo. Sin embargo, no abandonaron la práctica de seguir usando como ayudantes a los nosocomi o subalternos que actuaban como enfermeros en los hospitales de campaña, en las guerras de conquista; la actividad de estos siervos tenía mucho que ver con el empleo de la fuerza física.

Los romanos excluyeron a las mujeres de la política y la administración, pero ellas se las arreglaron para influir de manera indirecta en las decisiones cruciales privadas y públicas. Durante el periodo imperial pudieron participar en la institucionalización de los cuidados de salud, que anteriormente eran de carácter doméstico. Las patricias que llegaban a acumular una fortuna podían tener acceso a una educación para conocer los preliminares de todas las

ciencias. Sin embargo, su intervención en actividades fuera de la esfera del hogar era escasa. De hecho, según los preceptos de esa época el trabajo de la enfermera consistía en escuchar a los niños, controlar su conducta y satisfacer sus necesidades; una labor complementaria a la del educador.

En el siglo I de nuestra era tuvo lugar una gran revolución del pensamiento religioso, cuando apareció en Judea la secta Cristiana, cuyos seguidores fueron perseguidos durante más de dos siglos por los hebreos y los romanos. No obstante, aun en la clandestinidad lograron difundir su mensaje de fe y esperanza en una vida mejor en el más allá, lo que les ayudó a sumar miles de adeptos en diversas regiones del imperio. La influencia e importancia que llegaron a tener les permitió formar una Iglesia que basaba sus enseñanzas en Jesucristo, el hijo de Dios, quien había adoptado la forma humana y había consolado a los pobres, sanado a los enfermos y resucitado a los muertos. En virtud de que sólo él podía otorgar la salud o la enfermedad, el único medio disponible para sanar de un mal era pedirselo por medio de la oración. No obstante, Cristo había sido misericordioso y, por ende, debían seguir su ejemplo: dar de comer al hambriento, acoger al peregrino, vestir al pobre, asistir a los enfermos y a los presos.

Hacia el siglo IV el cristianismo había adquirido tal importancia, que Constantino no tuvo más remedio que concederles la libertad de culto. Cuando sobrevino la caída de Roma algunos años después, Europa se vio sumida en el caos, ya que la irrupción de los pueblos bárbaros destruyó muchas de las instituciones que le conferían orden a la vida cotidiana. Sólo la Iglesia tuvo la capacidad de conservar su estructura y de ofrecer tranquilidad espiritual a los angustiados habitantes de Europa. De esta manera pasó a ser dueña de bienes, cuerpos, mentes y almas. Conforme a su doctrina, dejó de tener importancia el conocimiento de las enfermedades o de sus causas, pues lo esencial era la salvación del alma. Entonces se fundaron monasterios y conventos-hospitales, donde los monjes y las religiosas brindaban atención humanitaria a los dolientes y elevaban rezos para que Dios les concediera el perdón de sus pecados y se mitigara su sufrimiento físico. Estos centros al transcurrir el tiempo se institucionalizaron, con lo cual la enfermería pasó del ámbito doméstico al social.

En la Edad Media hubo un auge de los cuidados enfermeros, sin embargo, hay poca documentación escrita en torno a estas actividades, porque las mujeres, a semejanza de la Virgen María, debían practicar la humildad. Cabe mencionar que sus principales responsabilidades consistían en alimentar y cuidar a los enfermos.

El significado que tuvo la palabra “cuidar” en ese periodo debe entenderse según el marco filosófico cristiano, dado que la pobreza voluntaria era considerada como un sacrificio santo. Quienes decidían ingresar a una de las comunidades religiosas debían hacer votos de obediencia y castidad, además tenían que pasar por un periodo de noviciado, bajo la guía o supervisión de un maestro y cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser hombres o mujeres libres, solteros y saludables.
- Las novicias no podían ser ni muy jóvenes ni muy bellas.
- La edad mínima era de 20 años, para ambos géneros, y la máxima de 50 para las mujeres y 60 para los varones.

El predominio de la fe y del pensamiento mágico de los pueblos bárbaros hizo que se abandonara la medicina racional en Europa durante centurias. No obstante, las enseñanzas griegas fueron retomadas hacia el siglo X, cuando dio inicio la Baja Edad Media. Durante este periodo se adoptó en Europa el modelo de producción feudal, que mejoró la economía agrícola. De manera simultánea la Iglesia advirtió que era necesario tener una organización educativa que defendiera su filosofía religiosa, para ello puso su mirada en el pensamiento griego, que antes había rechazado. Con esta base académica se fundaron escuelas, que más tarde se convirtieron en universidades, según el modelo implantado por los árabes.

El nuevo orden económico estimuló la invención de nuevas técnicas e ingenios, lo que a su vez despertó inquietudes en otras áreas como la medicina, que tomó las lentes de los árabes y diseñó los primeros anteojos para corrección de la vista. Asimismo, se fabricaron varios instrumentos que les servían a los médicos en sus curaciones.

Poco a poco las nuevas circunstancias impulsaron la expansión del pensamiento, que en los siglos XIV y XV empezó a desbordar los estrechos límites del sistema feudal, y sentó las bases para el advenimiento de un nuevo periodo luminoso que se conoce como Renacimiento. No obstante, la transición fue lenta, ya que aún se mezclaban ideas medievales con nociones totalmente nuevas.

En este mismo periodo tuvieron lugar varios acontecimientos extraordinarios que contribuyeron a revolucionar todos los conceptos que habían permanecido inamovibles como dogmas de fe: la Reforma Religiosa, el Descubrimiento de América, el surgimiento del estado-nación, la invención de la

impresión y la experimentación para comprobar la veracidad de una teoría.

La Reforma fue un movimiento de rebelión en contra del papado que trajo como consecuencia la división del mundo cristiano y tuvo repercusiones en muy diversos ámbitos de la vida europea, en particular sobre los cuidados de enfermería, dado que según los reformadores la salvación de las almas sólo se llevaba a cabo por el acto de fe. Por ello, la mayoría de los hospitales de órdenes religiosas que se hallaban en los países protestantes cerraron sus puertas y se expulsó a los monjes y monjas que fungían como enfermeros.

No obstante, el principal dirigente reformista, Martín Lucero, promovió programas de asistencia que pasaron a manos de los poderes locales, párrocos y consejos municipales, que trataron de establecer fondos de ayuda como patrimonio de los hospitales. Sin embargo, esta medida fue poco eficaz, ya que en muchas ocasiones los recursos se usaban para otros propósitos. Como consecuencia, los países protestantes experimentaron durante tres siglos un deterioro en los cuidados enfermeros, lo que puede denominarse como la época oscura de esta profesión.

Mientras tanto, en los países católicos, esa labor siguió a cargo de hombres y mujeres que habían tomado los hábitos. Esta práctica llegó al Nuevo Mundo con los conquistadores españoles. Por ejemplo, en México Fray Pedro de Gante fundó en 1523 la Escuela de San José de los Naturales, donde se enseñaba la enfermería, acorde con la doctrina cristiana y se impartían cursos para la atención e higiene de los enfermos.

En el siglo XVII se produjeron cambios de gran importancia con la llamada Revolución Científica, que se convirtió en el motor de la más grande transformación que ha vivido la humanidad desde el surgimiento de la filosofía. Poco a poco se abrieron puertas que condujeron al estudio de los principios subyacentes en los fenómenos naturales. Hombres de mentes geniales lograron deducir y expresar en forma matemática dichos principios.

Los nuevos descubrimientos hicieron posible que empezara la producción en masa. Se construyeron diversos aparatos que ya no dependían de la fuerza humana ni de la animal para funcionar, sino que aprovechaban fuentes de energía como la hidráulica o la eólica. Ahora se trataba de idear máquinas que aumentaran la capacidad de producción. Así, se desarrolló una tendencia mecanicista, según la cual si se comprendía el funcionamiento de la naturaleza sería posible construir ingenios capaces de gobernarla. Esta concepción del mundo trascendió al campo de la medicina, que empezó a concebir el cuerpo hu-

mano como un mecanismo que podía ser reparado como cualquier otro dispositivo mecánico.

No obstante, se había iniciado un proceso irreversible que en el Siglo de las Luces (XVIII) permitió el establecimiento del sistema de producción industrial, que se vio acompañado de cambios en el comercio, la economía (introducción del dinero) y la agricultura. Así, hubo mayor disponibilidad de diversos productos y alimentos, lo que, a su vez, propició el crecimiento demográfico. Dado que el campo no podía dar empleo a todas las personas, empezó a producirse una emigración hacia los centros fabriles, que demandaban mano de obra.

Pronto hubo una gran concentración de seres humanos en torno a las fábricas y las ciudades. Las casas se construían en espacios reducidos y apiñadas unas con otras, sin tomar en cuenta aspectos esenciales como la salubridad o la higiene. Esto ocasionó que niños, mujeres y hombres empezaran a sufrir trastornos físicos nunca antes vistos, como las enfermedades laborales, accidentes de trabajo y epidemias que causaban estragos entre la población.

La medicina había experimentado progresos notables, como la identificación de muchas enfermedades. Además, por primera vez se plantearon las repercusiones económicas que los problemas de salud tenían para los estados. No obstante, la enfermería experimentaba un atraso, porque carecía de una verdadera institucionalización. No fue sino hasta la aparición de Florence Nightingale que dicha situación empezó a cambiar. Esta mujer compiló los avances de su época y escribió obras como "Notas sobre Enfermería", en la cual expuso acciones para mejorar las condiciones de vida de la clase obrera.

Emprendió una lucha tenaz primero contra la tuberculosis (conocida como el mal del siglo XIX) y luego contra el alcoholismo, dado que advirtió que la distribución geográfica de éste tenía relación con el problema pulmonar. Hasta ese momento la enfermería había tenido el sustento de un arte y no de una ciencia, pero la ineficacia de los cuidados llevó a Florence a rechazar los principios que habían estado vigentes durante siglos y a buscar el desarrollo teórico de este trabajo y mejorar la calidad de los servicios que podía ofrecer.

A partir de ese momento, la enfermería adoptó un método de análisis y llevó a cabo un trabajo riguroso que la acercó a las demás disciplinas científicas. Sin embargo, emprendió estas acciones con cierto retraso en relación con las otras ciencias y por ello su conformación definitiva sufrió atrasos.

En 1826 surgió en Alemania el primer instituto formal de enfermería, cuando Teodor Fliedner y su esposa tomaron el ejemplo de las diaconisas meno-

nitás holandesas, quienes acudían a las cárceles a visitar a los reos, y organizaron una sociedad de enfermeras visitadoras (las Diaconisas de Kaiserswerth), a las que impartían un curso de tres años para adiestrarlas. La labor realizada por dicho grupo, que indudablemente mejoró la calidad de estos servicios, mereció la aceptación social e hizo que se reconociera la necesidad del trabajo femenino.

En 1840 inició sus actividades la escuela Nightingale, con la finalidad de preparar enfermeras de hospital, visitadoras y docentes. El programa de enseñanza respondía a la división de clases que prevalecía en Gran Bretaña, es decir establecía una diferencia entre las aprendices y las damas enfermeras. De esta institución surgieron líderes que al graduarse fueron enviadas al extranjero, lo que contribuyó a reducir el deterioro que había sufrido este trabajo en los países protestantes. Años más tarde se crearon otras escuelas en diversos países y de manera paulatina, la enfermería empezó a obtener el reconocimiento que por muchos años se le había negado.

A medida que evolucionó como profesión hubo mejoría en los servicios que ofrecía. Primero tomó los descubrimientos científicos y adoptó normas sanitarias y de higiene para evitar el contagio de enfermedades infecciosas. Además, se destacó en el auxilio que prestó en la atención a los heridos en los campos de batalla. Poco a poco se incorporó al progreso general y a los sistemas de salud en los diferentes países y pudo marchar a la par de la medicina, que por muchos años la consideró una profesión menor.

A partir del siglo XX, la enfermería experimentó un desarrollo sorprendente que ha sido complejo y vertiginoso, pero que, a fin de cuentas, le permitió consolidarse como una profesión reconocida en el seno de las más importantes universidades y ha hecho imprescindible su participación en los servicios de salud. Su avance ha sido incesante y en la actualidad sus planes de estudios comprenden diversas especialidades y posgrados. Su camino ascendente la ha llevado a buscar nuevos derroteros para mejorar los servicios de salud, y por ello no ha dudado en adoptar las corrientes de pensamiento que abren nuevas oportunidades para un perfeccionamiento de las actividades que realiza, como el concepto de cultura de calidad que se estudia a continuación.

Cultura de calidad

La calidad también ha tenido un largo y difícil proceso de evolución, antes de llegar a convertirse en un concepto cultural. Bounds *et al* (1994)³ definen cuatro eras principales:

—La inspección, cuyo enfoque fue la detección de problemas por la falta de uniformidad, así como la solución de los mismos.

—El control estadístico del proceso, que marcó un giro importante en la evolución de la calidad al introducir el concepto de prevención mediante el uso del control de los procesos, con la aplicación de métodos estadísticos y la consecuente reducción de los niveles de inspección.

—El aseguramiento de la calidad, una etapa en la que se considera la importancia de involucrar a toda la organización en el diseño, planeación y ejecución de políticas con una postura proactiva. Al inicio de esta era, Juran introdujo el enfoque económico de la calidad y estableció una distinción entre los costos evitables y los inevitables de calidad; en este contexto Fergenbaum propone la idea del control total de la calidad.

—La era de la administración estratégica, cuyas características han consistido en aprovechar las oportunidades competitivas con base en las necesidades de los clientes, estableciendo metas, educación, capacitación y el desarrollo de un fuerte liderazgo que involucre a todas las personas de la organización. Es decir, en este esquema la organización debe operar en forma integrada utilizando tanto los conceptos como las técnicas de calidad total, dirigiendo todos sus esfuerzos a la satisfacción de los usuarios.

En lo que respecta a los sistemas de salud, conforme se hicieron más estructurados aumentó de manera considerable su costo, un problema que se observó a partir de la II Guerra Mundial en todos los países. Esta situación se hizo más compleja por los progresos científicos y tecnológicos en el diagnóstico, tratamiento y métodos de curación, los cuales generaron expectativas en la población en torno a los servicios que podía recibir, lo que, a su vez, implicó el establecimiento de mecanismos para garantizar la calidad sanitaria, reducir los costos y brindar una atención segura que minimizara los riesgos.

De esta manera, la calidad se convirtió en un elemento esencial que sirve para evaluar la eficiencia, efectividad y eficacia de los servicios de salud. Sin embargo, para comprender cabalmente su significado, es necesario definirla. Para ello se ha de recurrir a diversos expertos que han intentado precisar con claridad el verdadero sentido de este término. Edwards Deming lo define como el cumplimiento de las expectativas del usuario, al proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades y anticiparse a otras, adoptando una nueva filosofía en la que prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo.⁴

Otro pensador, Joseph M. Juran, eleva la calidad a la categoría de una filosofía administrativa y la des-

cribe como un proceso sistemático, el cual garantiza que las acciones que se llevarán a cabo ocurran tal y como se planearon; es decir, como un medio para asegurar que el proceso "salga bien a la primera". Asimismo, afirma que es necesario establecer fases administrativas y las divide en: a) planeación; b) control, y c) mejora. Considera que debe evaluarse el desempeño del proceso y su correspondencia con el producto mediante el análisis estadístico. Finalmente, postula que la calidad depende más de las personas que de las técnicas, y que el cambio de cultura se lleva a cabo de arriba hacia abajo.⁵

Un tercer especialista, Kauro Ishikawa, señala que la calidad tiene que ser construida en cada diseño y en cada proceso, pues el control de calidad constituye una disciplina, la cual combina el conocimiento con la acción. Utiliza siete herramientas estadísticas básicas para evaluarla: el diagrama de causa-efecto, el histograma, el diagrama de Pareto, las hojas de comprobación o chequeo, las gráficas de control y los diagramas de dispersión y estratificación.⁶

En general los expertos coinciden en que debe crearse una cultura de calidad para cambiar el paradigma actual. Dicho cambio conlleva la formación de todos los recursos humanos de la institución o empresa, con el fin de que comprendan el nuevo concepto y transformen sus valores y hábitos para adaptarse al modelo innovador, en el que se ponderan las aptitudes dirigidas al aprendizaje y el grado de compromiso.

Cabe mencionar que la cultura de calidad resulta exitosa cuando todos los integrantes de la organización demuestran capacidad para trabajar en equipo, la planeación, el control y la mejora de los procesos con los que laboran e interactúan, mediante el uso de metodologías *ad hoc*, hábitos, valores y actitud de servicio hacia los clientes internos y externos a quienes siempre se trata de satisfacer.^{7,8}

Uno de los signos más característicos de la sociedad moderna es, sin duda, la preocupación explícita por los costos, la productividad y la calidad en todos los ámbitos de la economía globalizada. Sin embargo, esta preocupación adquiere diferentes matices, según el sector de la economía y la región del mundo de que se trate. Por ejemplo, en Estados Unidos la inquietud se centra en el incremento constante de los costos de atención a la salud; en las naciones de América Latina, en las cuales el papel del Estado en dichos servicios es considerable, se empieza a observar una preocupación por los costos, aunque por una razón muy diferente; en el caso de la Unión Americana se habla de contener los costos y en el segundo se pretende que éstos tengan corre-

lación con la productividad. En los países en vías de desarrollo, como el nuestro, la calidad es, además, un reclamo de la sociedad, por una parte, pero, por la otra, también surge como una respuesta consciente, en virtud del deterioro cuantitativo y cualitativo que ha sufrido el sistema de salud.

En el área de atención a los trastornos físicos de la población, si bien la calidad alude a los caracteres que distinguen al producto o servicio, en realidad es un concepto subjetivo y distinto, de acuerdo con quien lo ofrece y quien lo consume o utiliza. Por este motivo en la asistencia sanitaria se establecen nociones como la de calidad intrínseca (la cual se refiere a los recursos de la institución que otorga el servicio, si dispone de las tecnologías de punta para realizar diagnósticos, tratamientos y rehabilitaciones, así como a los recursos humanos si son profesionales y están bien capacitados), y la calidad percibida, la cual es valorada por los usuarios a través de los condicionantes de satisfacción como equidad, fiabilidad, efectividad, buen trato, respeto, comunicación, continuidad y confortabilidad.

Uno de los expertos más reconocidos, Avedis Donabedian, considera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica. Acorde con este autor, la calidad en medicina promueve, facilita y garantiza los mayores niveles de salud y bienestar a la población, además, incorpora y resuelve los aspectos, circunstancias concretas de cada demanda de atención, tomando en cuenta los aspectos psicológicos, sociales, biológicos, sexuales, ambientales y culturales. Para ello requiere de recursos humanos, económicos y de infraestructura, con una organización efectiva de los mismos y un sistema gerencial que incluye planificación de actividades, supervisión, evaluación de acciones, colaboración intersectorial, consulta y participación de la comunidad.^{9,10}

Al tratar específicamente el tema de la atención a la salud, Donabedian (1966) introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado, que hoy en día son los paradigmas dominantes de la evaluación de la calidad en estos servicios. Según su concepto unificador, la calidad consiste en proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar, después de haber tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas en todas las partes del proceso de atención, sin descartar los valores éticos ni las tradiciones de las distintas profesiones participantes, entre ellos las conocidas máximas: al menos no dañar, usualmente hacer algún bien e idealmente lograr el mayor beneficio. Algunos organismos, como

la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHCO), han establecido programas de evaluación de la calidad, a la que definen como "el grado en el cual los servicios de atención al paciente aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados por él y reducen la probabilidad de los resultados indeseables, de conformidad con el estado real del conocimiento".¹¹

Donabedian plantea, además, que la calidad en la atención a la salud comprende dos dimensiones: la técnica y la interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda los máximos beneficios para la salud, sin aumentar por ello sus riesgos; por lo tanto, el grado de calidad está dado por el equilibrio entre riesgo y beneficio. La dimensión interpersonal incluye valores y normas socialmente definidos en la interacción general entre individuos, y también en situaciones particulares, con base en los preceptos éticos que rigen las actividades de los profesionales que intervienen, así como en las expectativas y aspiraciones de los usuarios; esto implica que la calidad interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones.¹¹ Hay también una tercera dimensión, la de infraestructura, la cual atañe a las características del entorno: condiciones físicas, limpieza, iluminación y ventilación del ambiente.^{12,13}

En lo que respecta a los sistemas para evaluar la calidad de la atención, Donabedian adapta su teoría y utiliza los indicadores de estructura, proceso y resultado. Así, la evaluación de la primera se enfoca al análisis de la configuración física y organizativa que se considera necesaria para proporcionar una asistencia de calidad, es decir, incluye los recursos humanos, materiales y operaciones administrativas; el proceso se refiere a las actividades encaminadas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios, las cuales pueden estratificarse con el fin de identificar las que tienen mayor impacto; finalmente los indicadores de resultado miden los efectos de la atención en el estado de salud de los usuarios; es importante aclarar que dichos indicadores no distinguen entre la efectividad de una terapéutica y la efectividad de la provisión de los servicios asistenciales de calidad, por lo que se considera necesario utilizar indicadores de los tres tipos para realizar una evaluación global de la calidad.¹⁴

En México, el modelo desarrollado por este pensador ha servido para establecer los principios de calidad en salud. Desde hace más de una década se han planteado diversas estrategias institucionales encaminadas a estructurar e implementar programas

de calidad. Dichos esfuerzos se consolidaron al inicio de este milenio en el Plan Nacional de Desarrollo, el cual planteó los siguientes objetivos en el ámbito de la salud: mejorar las condiciones de los mexicanos, abatir las desigualdades, garantizar un trato digno en los servicios públicos y privados, asegurar la justicia en el financiamiento de estos servicios y fortalecer el sistema de salud, en particular el de las instituciones públicas. Para poder superar las dificultades inherentes al cumplimiento de estos objetivos, se puso en marcha la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, dirigida por el Dr. Julio Frenk y el Dr. Enrique Ruelas, la cual implementa diversas acciones que tienen como fin establecer en todo el país una estrategia que rescate el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema de salud.¹⁵

Esta Cruzada conlleva una serie de actividades que tienen como fin específico elevar la calidad de la atención y proporcionar servicios de salud más eficientes que respeten la dignidad de los usuarios, satisfagan las necesidades y las expectativas de la población. El nuevo paradigma propone tres estrategias básicas concordantes con los factores del proceso de cambio: impulso a éste, aprendizaje y respaldo, y sustentación. La primera de estas estrategias se propone detener la inercia y crear la motivación para favorecer un nuevo escenario factible, valioso y necesario con el fin de empezar a construir o reforzar lo más pronto posible el valor de la calidad. El aprendizaje y respaldo tienen por objeto construir las bases que apoyen el desarrollo a largo plazo. Finalmente la sustentación busca cimentar las condiciones para el establecimiento firme de la cultura de calidad en las instituciones de atención a la salud.

Los 10 factores clave para el éxito de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, planteados por el Subsecretario de Innovación y Calidad son:

1. Códigos de ética.
2. Educación sobre y para la calidad.
3. Información al usuario y de éste al sistema, sobre y para el desempeño (rendición de cuentas).
4. Sistemas de mejora continua (estructuras y procesos).
5. Reconocimiento del desempeño de las personas e instituciones.
6. Estandarización de procesos.
7. Monitoreo de resultados.
8. Certificación de individuos y organizaciones.
9. Racionalización estructural y regulativa.
10. Participación social.

Con base en estos factores, se han puesto en marcha diversos programas como el destinado a la Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, en los que se pretende incorporar la cultura de la medición de la calidad en el personal de enfermería y promover la estandarización y unificación de criterios en el cuidado.¹⁶

Calidad de los servicios de enfermería

En la asistencia sanitaria la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería, dado que éste mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad, amén de que interactúa con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su integración a la cultura de calidad si se desean alcanzar los objetivos propuestos.

Es conocido que los antecedentes de la calidad del cuidado enfermero surgieron con Florence Nightingale, quien postuló que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados”¹⁷ e implementando herramientas para medir los sistemas de cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales.^{17,18}

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad.^{19,20} Los principales componentes del cuidado que hacen posible alcanzar dichos objetivos son: carácter tangible, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente.^{21,22}

La Comisión Interinstitucional de Enfermería define la calidad de los servicios de enfermería como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”, lo cual requiere de una planeación óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro. Las intervenciones seguras tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios y determinan la garantía de calidad del cuidado.

No obstante, para que dicha garantía esté implícita en las actividades de enfermería, es necesario

desarrollar la denominada gestión para la calidad del cuidado, la cual se basa en una filosofía de cambio que involucra a todos los miembros del servicio mediante el establecimiento de un cuerpo teórico, misión y visión en torno al trabajo, los que han de estar fundamentados en valores que sirvan de guía para determinar cómo se deben otorgar los servicios al usuario o cliente.²³ La gestión tiene como finalidad hacer que la organización funcione de manera paulatina y coherente con respecto a las necesidades y expectativas de sus usuarios, por medio de la mejora continua y sistemática de sus procesos, con la participación creciente de todas las personas de la organización, para ello utiliza indicadores que permiten evaluar los resultados conseguidos. Además requiere un adecuado liderazgo que fomente la responsabilidad de las tareas, para que el personal asuma como propias la misión, la visión, así como los valores de la organización.

La garantía de calidad de acuerdo con Donabedian es "el conjunto de arreglos y actividades que tienen como fin salvaguardar, mantener y promover la calidad de atención", Ruelas y Frenk la definen como "un proceso sistemático que cubre la brecha entre el desempeño real y los resultados ideales, de acuerdo con el conjunto de límites tecnológicos en cualquier sistema particular". Basado en estas ideas, Di Prete conceptualiza la garantía de la calidad como "el conjunto de actividades que se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, de tal manera que la atención prestada sea lo más eficaz y segura posible".²⁴

Este concepto no sólo se refiere al costo-eficacia de los servicios, sino que hace posible que éstos concuerden con las necesidades de los pacientes y optimiza los recursos humanos, materiales y económicos disponibles. No obstante, un prerrequisito es tener un sistema de evaluación continua de los factores que afectan la calidad, así como un sistema de auditorías periódicas.

La garantía de calidad en enfermería atañe al proceso mediante el cual se establecen una serie de normas, políticas, técnicas, procedimientos y estándares que guían las actividades y permiten controlar procedimientos, detectar de manera oportuna las desviaciones y tomar medidas correctivas para lograr un grado de excelencia en relación con las intervenciones de enfermería y los cuidados establecidos. En conjunto todo esto tiende a asegurar la calidad del servicio, de tal manera que el paciente pueda tener confianza de que el cuidado que se le brinda es seguro. A este respecto Sánchez²⁵ aduce que la garantía de calidad en la intervención de enfermería se encuentra enmarcada en los principios que atañen a

las responsabilidades moral, ética y jurídica. Plantea, asimismo, que dichos procesos y procedimientos de atención son susceptibles de evaluación y monitoreo, lo que permite mejorarlos y alcanzar el más alto nivel de eficiencia en el cuidado que se presta.

En este sentido, la JCAHCO propone estándares internacionales cuyo propósito es adaptar su modelo de acreditación a otros países. Dichos estándares se elaboraron con la intención de que tengan un grado óptimo y que a la vez sean alcanzables, pues sólo así pueden propiciar un compromiso tangible en torno a la calidad de la atención que asegure la reducción de riesgo y cree un entorno seguro para los pacientes.²⁶

Otros organismos como la American Nursing Association (ANA) han establecido, con base en una investigación científica sólida y el trabajo de enfermeras clínicas expertas, una serie de estándares para la práctica profesional de enfermería, la cual ha sido empleada como directriz para la creación de diversos programas de garantía de calidad. La Canadian Nurses Association afirma que el ejercicio de la enfermería precisa de un modelo conceptual basado en estándares para que sea factible su práctica. Por su parte, Di Prete Lori *et al* plantean una propuesta de garantía de calidad acorde con los siguientes principios:²⁷

La garantía de calidad:

- Se orienta a la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que atiende, asimismo a la satisfacción profesional y laboral de los trabajadores de la salud.
- Se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios a través de un análisis por el cual es posible prevenir o solucionar problemas de manera oportuna y efectiva.
- Utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios, aplicando para ello técnicas cuantitativas que permitan comparar lo observado con lo establecido.
- Alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y para mejorar la calidad, lo cual favorece una participación general que disminuye la resistencia al cambio.²⁸

Hay diversas estrategias para establecer un programa de garantía de calidad en los servicios ofertados, una de ellas es el establecimiento del proceso o ciclo de garantía de calidad que consiste en el desarrollo de nueve pasos básicos:²⁹

1. Fijación de normas. Es necesario elaborar descripciones de la calidad que se espera, entre

ellas se pueden mencionar las pautas inherentes a la práctica profesional como: los protocolos clínicos, los procedimientos administrativos, las especificaciones de los productos y las reglas de cumplimiento. Los protocolos clínicos son lineamientos elaborados sistemáticamente para la toma de decisiones del equipo de salud y del paciente; los procedimientos administrativos explican los procesos operativos de gestión; las especificaciones de los productos o insumos materiales son aquellas que se relacionan con servicios tales como la aplicación de medicamentos y equipos de alta tecnología, y las normas de cumplimiento corresponden a los criterios específicos para evaluar los resultados de los servicios que se brindan. Estas normas se han definido como descripciones autoritarias que van desde los niveles mínimos aceptables de cumplimiento hasta los niveles de excelencia.

2. Comunicación de normas. Una vez definido el programa y su normatividad es necesario que se comuniquen a todo el personal. La información ha de incluir la capacitación, la motivación y la retroalimentación, con el fin de que el grupo de trabajo comprenda la importancia de su participación en el proyecto y comparta con los líderes la responsabilidad por la calidad en el servicio.
3. Vigilancia de la calidad. Comprende el diseño de indicadores de proceso a partir de las normas de calidad esperadas; para ello es preciso fijar umbrales de cumplimiento, escoger fuentes de información, diseñar un sistema de acopio de información y de compilación de resultados, así como ejecutar las actividades específicas de monitoreo; la vigilancia es clave para garantizar la calidad.
4. Identificación de problemas y oportunidades de mejora. Las actividades de vigilancia permiten identificar las situaciones críticas y lo que puede ser mejorado. Entre estas actividades es posible dar cabida a: la solicitud de sugerencias, el análisis de procesos, la revisión de opiniones o quejas de los usuarios, la evaluación de los empleados y la generación de ideas en reuniones de trabajo. Una vez identificados, se deben fijar prioridades para mejorar la calidad; primero se eligen uno o dos problemas y se analizan con base en los criterios de prioridad, entre ellos, el impacto potencial en lo que hace a la mejora de calidad en la salud de la población, la política institucional y los recursos disponibles para la solución del problema.
5. Definición del problema operacional. Consiste en describir la situación o área de oportunidad

en términos operacionales. Cada enunciado debe señalar las circunstancias que causan dificultades y cómo se manifiestan, dónde comienzan y dónde terminan y la manera en que se podrá advertir que ha sido solucionado el problema.

6. Selección del equipo. Es necesario asignar a un equipo de trabajo la solución del problema. Primero debe analizar la situación, elaborar el plan para mejorar la calidad, determinar su ejecución y evaluar la gestión por medio de la cual se alcanzarán los objetivos establecidos. Dicho equipo ha de estar conformado por el personal que participa en los procesos o conoce las áreas de oportunidad. Además, es necesario que lleve a cabo su labor de manera efectiva en un proceso continuo e interactivo.
7. Análisis y estudio del problema. El conocimiento preciso del origen del problema permite mejorar sustancialmente y de forma continua la calidad. Hay diferentes herramientas disponibles para realizar el análisis: el modelo de sistemas, el diagrama de causa-efecto y el flujograma. Una vez determinadas las causas se deben identificar los puntos críticos o fallas que determinan la falta de calidad. Esto se ha de analizar desde el punto de vista estadístico, aunque es posible recurrir a otras fuentes de información, que posteriormente deben ser sometidas a escrutinio con instrumentos estadísticos como: listas de cotejo, gráfico de tendencia, histograma, gráfico de control, diagrama de Pareto y diagrama de dispersión.
8. Elaboración de soluciones y estrategias de mejora. Esta labor se lleva a cabo en equipo por medio de criterios múltiples o por votación. Se elabora un listado de posibles soluciones y se adopta el instrumento de trabajo, sin olvidar que la corrección del proceso puede variar desde la aplicación de medidas directas y fáciles, como la recordación de las normas y estándares establecidos, hasta la reingeniería del mismo.
9. Ejecución y evaluación de actividades de mejora de la calidad. Una vez elaboradas las estrategias de mejora, se establecen los objetivos, se nombra a los responsables, se asignan los recursos y se determina el tiempo necesario para su desarrollo. La evaluación de estas actividades se realiza mediante indicadores que permitan vigilar la efectividad y eficiencia del proceso de mejora, con el fin de hacer las modificaciones pertinentes en caso necesario. Es importante difundir los resultados y las experiencias adquiridas en el proceso a fin de que otros puedan obtener los conocimientos; en este punto puede reiniciarse el ciclo para que el equipo de garantía

de calidad detecte o identifique nuevas áreas de oportunidad.³⁰

Los expertos señalan que la evaluación es una de las mejores estrategias para garantizar que los servicios de enfermería sean de alta calidad. Consiste en comparar la situación real del sistema de atención con los objetivos propuestos por la gerencia. Además implica el monitoreo y seguimiento de dichos servicios con base en estándares e indicadores de estructura, proceso o resultado, los cuales permiten medir periódicamente la ejecución de actividades. Asimismo la evaluación implica revisar las actividades previas llevadas a cabo por enfermería, con el fin de enfocar las actuales y las futuras desde una perspectiva histórica para adaptarse en forma oportuna y anticipada a los cambios y desafíos que genera el entorno.

La evaluación puede ser de carácter interno o externo. La primera la realiza la misma institución con el propósito de conocer aspectos como nivel de atención y satisfacción de los usuarios externos e internos, establecer estándares comparativos y de hacer un cotejo con relación a otras instituciones; por lo regular se basa en el análisis del proceso y su resultado. La de carácter externa, la llevan a cabo organismos ajenos a la institución especializados en estas labores, los cuales cuentan con recursos humanos expertos, metodología y sistemas de evaluación acreditados para validar la competencia de los servicios que presta la institución con respecto a los estándares establecidos. Un ejemplo de ello son las normas ISO 9000, conforme a las cuales se acredita que la institución cuenta con un sistema de calidad lo suficientemente confiable como para producir con seguridad productos y servicios que satisfacen las necesidades y expectativas de los clientes.

La evaluación interna de los servicios de enfermería debe ser propuesta por los directivos del área, quienes a la vez proveen el soporte logístico y metodológico, que hace posible la revisión y seguimiento de los procesos tanto administrativos como asistenciales mediante la aplicación de las siguientes acciones:

1. Asignación de responsabilidades.
2. Definición de las actividades y los cuidados.
3. Identificación de los aspectos básicos de los procesos a analizar.
4. Identificación de los indicadores relacionados con los procesos fundamentales.
5. Establecimiento de estándares para evaluar comparativamente los indicadores.
6. Recolección y clasificación de datos.

7. Evaluación de los procesos con base en los resultados obtenidos.
8. Determinación de acciones para mejorar el proceso.
9. Medición de la efectividad de las acciones y documentación de los logros.
10. Difusión de los resultados.

Los indicadores son instrumentos esenciales para medir la calidad. En general se definen como elementos que se usan para medir fenómenos específicos, y que al ser aplicados muestran la tendencia y/o la desviación de una actividad (sujeta a influencias internas y externas) con respecto a una unidad de medida convencional. El Quality Assurance Indicators Development Group los describe como instrumentos de medición de la calidad que se desarrollan para calificar el nivel de desempeño real de un proceso, persona, organización o sistema, y para determinar, finalmente, los métodos necesarios que garantizan su funcionamiento óptimo. En materia de salud constituyen parámetros que sirven como referencia para evaluar si la calidad de la asistencia corresponde a una práctica profesional aceptable. Cada institución debe establecer sus propios indicadores (que han de reflejar su misión y valores de la institución y del servicio de enfermería) con base en su estructura, actuación profesional, riesgos o complicaciones, utilización de recursos, resultados obtenidos y satisfacción del usuario.

Los indicadores se clasifican según las siguientes categorías:

- Enfoque: estructura, proceso y resultado.
- Su origen: normativos, empíricos.
- Su carácter: implícito, explícito.
- Su capacidad de medición: cualitativos, cuantitativos.
- Los resultados: eficacia, productividad, impacto, eficiencia.

Todos están interrelacionados y funcionan como señales o avisos que permiten identificar las áreas de oportunidad que han de ser analizadas con mayor profundidad. En este contexto se ubican los denominados indicadores centinela cuyo objetivo consiste en prevenir los eventos adversos, los cuales se definen como signos desfavorables, daños o lesiones, no intencionados, causados por el tratamiento de la enfermedad, que afecta a un paciente, por los profesionales de la salud o por estados subyacentes que dan como resultado incapacidad, invalidez persistente o significativa, alguna anomalía congénita o un defecto

del nacimiento.³¹ Entre los indicadores centinela más utilizados en los centros hospitalarios se encuentran los siguientes (que se expresan en porcentajes): pacientes con extubación accidental, los que fallecen por errores en la administración de medicamentos, sujetos que reciben transfusión sanguínea incompatible, material esterilizado sin control adecuado, pacientes que sufren caídas y los que desarrollan úlceras por presión.^{32,33}

Los atributos que debe poseer un indicador para evaluar la asistencia sanitaria son: validez, sensibilidad, especificidad, confiabilidad o comparabilidad en el tiempo y en el espacio, así como sencillez de su proceso de cálculo. Se llama validez al grado de congruencia lógica entre lo que se quiere medir y el método de medición que se emplea; la sensibilidad alude a la capacidad del indicador para identificar todos los casos positivos; la especificidad se refiere a la capacidad para discriminar los casos negativos; la confiabilidad o comparabilidad atañe a la posibilidad de reproducir en repetidas ocasiones la misma observación o resultado, y la sencillez de cálculo indica la factibilidad de aplicación del indicador y la interpretación de los resultados (Modelo integral de Qualimed para el desarrollo de estrategias de garantía de calidad. Ponencia, Diplomado de Gestión de Calidad en los Servicios de Salud. ITAM).

Además de la definición de indicadores, el comité de expertos debe establecer las normas o estándares de calidad, que sirven para medir o calificar la capacidad, determinar la cantidad, el alcance, el valor o la calidad de algo, generalmente aceptado o utilizado.³⁴ Dichos estándares son instrumentos de medición cuantitativos o cualitativos que permiten evaluar la práctica y el nivel de competencia. Asimismo proporcionan directrices para la realización de las funciones y actividades de un rol, una profesión o para el otorgamiento de un servicio, ya que establecen el desempeño mínimo y máximo aceptables. Los resultados obtenidos dan una medida con la cual es posible evaluar los desempeños.

Hay algunas características que deben reunir los estándares, entre ellas destacan:

- Ser consistentes o congruentes con los objetivos y las metas.
- Ser prácticos para que sirvan como criterios de operación.
- Su contenido tiene que plantear soluciones perfectibles.
- Deben especificar los procedimientos relevantes para alcanzar las metas.
- Deben poder revisarse continuamente para mejorarlos.

- Ajustarse al marco conforme al cual fueron elaborados.
- Especificar claramente el proceso para establecer normas basadas en él.
- Establecer claramente la responsabilidad y la competencia.
- Estar documentados en manuales.
- Contener las medidas temporales para emergencias.
- Ser validados para asegurar su eficiencia.
- Considerar en su elaboración la difusión, instrucción y entrenamiento.

En la calidad asistencial el estándar constituye el componente subjetivo que mide y señala el límite diferenciador entre lo que es o no aceptable; asimismo proporciona un marco para la ejecución de cuidados de alta calidad e incrementa la responsabilidad del profesional ante el paciente mediante la articulación, el apoyo y la protección de los derechos de los enfermos, y finalmente, refleja el grado de excelencia en el ejercicio de una profesión.

En enfermería los estándares se establecen y expresan en términos de comportamiento, ya que deben servir como modelo para guiar las acciones de todo su personal, lo que permite conocer y valorar su grado de calidad en relación con la propia institución o con otros organismos externos. Al elaborarlos es necesario establecer criterios de cumplimiento limitados por rangos, como lo plantea la Guía Clínica de la Gerencia de los Servicios de Enfermería, el Instituto del Seguro Social de Colombia y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería.³⁵

- Excelente: cumplimiento al 100% del procedimiento establecido.
- Aceptable: cumplimiento entre 90 y 99% del procedimiento establecido.
- No aceptable: cumplimiento menor de 90% del procedimiento establecido.

La JCAHCO, en su Manual de Acreditación para Hospitales (1996),^{36,37} establece seis niveles de cumplimiento y especifica que cada institución debe crear sus propios niveles de cumplimiento de acuerdo con su filosofía, cultura de calidad y organización:³⁸

- Cumplimiento sustancial: el hospital ejecuta debidamente todos los requisitos del estándar.
- Cumplimiento significativo: el hospital lleva a cabo la mayoría de requisitos del estándar.
- Cumplimiento parcial: el hospital satisface bastantes requisitos del estándar.

- Cumplimiento mínimo: el hospital realiza pocos de los requisitos del estándar.
- No cumplimiento: el hospital no lleva a efecto ninguno de los requisitos del estándar.
- No aplicable: el estándar no es aplicable en el hospital.

La superación cualitativa comprende un conjunto de conceptos, procedimientos y técnicas mediante las cuales la empresa busca lograr la mejora continua en todos sus procesos productivos y de soporte operativos. Esta mejora constituye una herramienta que permite afinar continuamente todo el proceso con un curso de acción dinámico, planeado y controlado, que busca alcanzar nuevos niveles de eficiencia por medio de una renovación constante que satisfaga las necesidades del usuario.⁴⁰

Al hablar de mejora continua se hace referencia a un proceso planificado que tiende al perfeccionamiento, es decir a un camino pavimentado que lleva hacia el nivel de excelencia a una organización, ya que elimina, reduce o controla los picos esporádicos de mala calidad así como los factores que los causan. Se alude también a la iniciativa permanente del personal o grupos de trabajo que buscan establecer mejores procedimientos laborales que impacten positivamente los resultados hasta conseguir que los servicios se otorguen dentro de un contexto que garantice la calidad. La mejora continua comprende también formas ordenadas de administrar y refinar los procesos, mediante la identificación de causas o impedimentos, y el establecimiento de programas que permitan poner en práctica planes para hacer cambios efectivos.

Finalmente incluye el estudio y el aprendizaje basados en los resultados obtenidos con el propósito de estandarizar los efectos positivos, y a la vez proyectar y controlar el nuevo nivel de desempeño.^{40,41}

El proceso de mejora continua requiere que se identifique el problema que se quiere solucionar, tomando en cuenta los objetivos, la misión y la filosofía de la institución, así como sus indicadores, ya que sólo así es posible que éstos tengan un mejor nivel a medida que transcurre el tiempo; estas acciones pueden ser graduales o radicales. En el primer caso las mejoras se llevan a cabo de manera progresiva mediante el diseño y la ejecución de proyectos para resolver los problemas. Por el contrario en la mejora radical se utilizan procedimientos que parten de cero, es decir, se determina que un proceso está tan desviado o tiene tantos problemas que resulta más sano empezar nuevamente (la llamada reingeniería de procesos).

Hay diversos métodos y procedimientos que se pueden utilizar para resolver los problemas, entre los más conocidos se encuentran el ciclo de Shewhart o ciclo de Deming, la secuencia universal de mejora de Juran, y las siete herramientas básicas de Ishikawa. El primero de ellos consta de cuatro fases:⁴²

- Planeación. Tiene como objetivo asegurar que el proyecto que se seleccionará para someterlo a análisis sea realmente el que más contribuirá a mejorar la calidad. Es decir, permite identificar los problemas más importantes, una vez que se documentan las áreas de oportunidad. Posteriormente es posible formar los equipos de trabajo o grupos de expertos que llevarán a efecto el proceso renovado.
- Ensayo y estudio del nuevo proceso. Presupone la elaboración de un diagnóstico de calidad para comparar la realidad con el estándar, delimitar el campo de aplicación, ensayar y documentar los cambios, estudiar la variabilidad en el proceso, ajustar los cambios a las necesidades reales y aplicar lo aprendido.
- Formalización del procedimiento estandarizado. Implica desarrollar estrategias que permitan impartir capacitación de todo el personal.
- Evaluación. Comprende la medición periódica para verificar el cumplimiento de metas y detectar la necesidad de nuevos cambios.

El proceso ideado por Juran propone la mejora continua a través de la secuencia universal que consiste en:

- Realizar las mejoras proyecto por proyecto.
- Establecer un consejo de calidad, que ha de tener la responsabilidad de proyectar, coordinar e institucionalizar la mejora de calidad anual.
- Determinar un proceso de selección de proyectos, el cual debe incluir los criterios de nominación del proyecto, selección, enunciados de misión, así como su difusión.
- Asignar cada proyecto a un equipo integrado por seis u ocho personas que tendrán la responsabilidad de completarlo.
- Incrementar el parámetro de calidad para evaluar el desempeño en todos los niveles operacionales.
- Participar con la alta administración en la revisión del progreso de las mejoras de la calidad.
- Proporcionar entrenamiento extensivo a todo el equipo administrativo para que aprendan los métodos y herramientas necesarios para establecer el programa anual de mejora de la calidad.

- Otorgar reconocimientos y premios públicos a fin de destacar los éxitos obtenidos en el proceso de mejora de la calidad.

Finalmente, Ishikawa considera que el mejoramiento se debe hacer no sólo en los procesos productivos, sino en todas las operaciones que realiza la organización, siempre con el propósito de satisfacer al cliente.

Además propone el uso de sus herramientas básicas, ya mencionadas, para la solución de problemas simples. En el caso de los que tienen mayor complejidad recomienda las siguientes herramientas administrativas: diagrama de afinidad o método KJ, diagrama de relaciones, diagrama de árbol, diagramas matriciales, matriz de análisis de datos, gráfica de programación de análisis del proceso y diagramas de flechas.

Una estrategia adicional de mejora continua es el *benchmarking*, que consiste en observar lo que otros están haciendo y tratar de mejorarlo. Este procedimiento permite tener un punto de referencia comparativo que se basa en las evidencias de mejoramiento de la calidad de otras empresas. Su propósito es detectar y analizar en los procesos clave la brecha que hay entre los indicadores organizacionales y los resultados de las empresas que mejor realizan ese proceso en el mundo, es decir, las que tienen las mejores prácticas.⁴³

Los objetivos del *benchmarking* son:

- Conocer las características de los productos o servicios de la competencia que tienen resultados favorables para el usuario.
- Detectar los mejores procesos productivos y administrativos que pueden ser incorporados a la institución para hacerla más competitiva.
- Implantar medidas de desempeño para incluirlas en las metas y objetivos de la organización.
- Revisar continuamente los indicadores de otras empresas.
- Desarrollar el plan de implementación, poner en práctica las acciones y vigilar su avance.

Dado que los procesos de mejora continua traen consigo un profundo cambio en la organización es necesario considerar las siguientes premisas: a) la mejora siempre debe estar orientada a los usuarios; b) ha de contar con el consenso de todos los profesionales que intervienen; c) requiere el compromiso de los gestores; d) los gestores deben dar facilidades para hacer los cambios pertinentes; e) los procesos de mejora deben ser fáciles de planificar y de poner

en marcha, pero es necesario instituir una cultura de calidad para su permanencia; f) los programas de mejora continua no se compran, los realizan todas las personas que intervienen en ellos, a través de los equipos de trabajo, de acuerdo con la cultura organizativa.

Si bien, la mejora continua se debe desarrollar de manera planificada, no deja de tener situaciones críticas en su aplicación, por ello han de tomarse en cuenta los errores más frecuentes que se han documentado al respecto: 1) falta de diagnóstico claro de la necesidad del proceso; 2) sobreexpectación o subexpectación en torno a los beneficios que puede ofrecer el programa; 3) implementación de un proceso que no concuerda con la filosofía de la organización; 4) desconocimiento de los dirigentes de su rol efectivo; 5) creer que con la etapa de difusión o la utilización de un programa específico es suficiente; 6) considerar al proceso como un fin y no como un medio; 7) posicionar y desarrollar el proceso sólo en los niveles de base o intermedios; 8) abortar la instalación de programas específicos de mejora; 9) administrar la mejora por simple moda, y 10) falta de continuidad y congruencia.

Para establecer un programa de mejora continua de los servicios de enfermería es importante revisar las siguientes directrices:

- Práctica profesional y prevención de riesgo. Forman parte de este apartado todas aquellas actividades relacionadas con la adecuación e idoneidad del proceso asistencial, así como las tareas destinadas a evitar el surgimiento de complicaciones o efectos adversos.
- Utilización de recursos. Incluye los sistemas que tienden a asegurar la buena práctica de las actividades asistenciales, que pueden implicar un alto gasto y una mayor rentabilidad.
- Opinión del paciente. Comprende el grupo de acciones encaminadas a recoger las opiniones y sugerencias del paciente, con el fin de traducirlas en actividades que incrementen la satisfacción de éste con respecto al cuidado. Entre ellas encontramos todas las que atañen a la comunicación enfermera-paciente.⁴⁴
- Satisfacción de los profesionales. Alude a todas las actividades tendientes a lograr autorrealización, ubicación y proyección de los profesionales en su área de trabajo, por ejemplo, los estudios ergonómicos de mejoramiento del entorno laboral, las sesiones de formación en servicio y los incentivos al personal que pueden ser económicos, de tiempo de descanso y de desarrollo profesional.

Gestión de calidad del cuidado

Este concepto engloba la administración de todos los recursos, necesarios y disponibles, con el propósito de crear y desarrollar la estructura que brinde cuidados de enfermería óptimos, eficaces, oportunos y humanos con niveles de calidad que siempre tiendan a la excelencia. Para que esta gestión se realice es necesario que los responsables de la dirección de los servicios de enfermería, en las diversas instituciones de salud, que otorgan cuidados de diferente nivel y clasificación, conozcan, analicen e incorporen los elementos conceptuales para la gestión del cuidado y desarrollen sus propios modelos de gestión, de acuerdo con las políticas, misión, visión y entorno institucionales.

Bibliografía

1. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Secretaría de Salud [en línea] 2001: <http://www.cana.gob.mx> (consulta mayo 2004).
2. Hernández Cerezo Juan. Historia de la enfermería, un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, España, 1995.
3. Bourda et al. Beyond total quality management: toward the emerging paradigm. McGraw-Hill, 1994.
4. Chávez Otero, W Edwards Deming. El padre de la calidad moderna. Calidad en Salud [en línea] 2001: <http://www.gerencia.salud.com/art261.htm> (consulta marzo 2004).
5. Moita. Planación de la Calidad. Calidad en salud [en línea]: <http://www.gerencia.salud.com/art03.htm> (consulta mayo 2004).
6. Ishikawa K. Guide to quality control while whins. NY (USA): Quality Resources, 1986.
7. Cultura organizacional. Penequimia [en línea] 1994: <http://www.penequimia.com.mx/principal.htm> (consulta 26 mayo 2004).
8. Cantú DH. Desarrollo de una cultura de calidad. 2ª ed. México: McGraw-Hill, 2001.
9. Avedis D. La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana, 1994.
10. Otero MJ. Avedis Donabedian y la calidad de la atención en salud. Calidad en salud [en línea]: <http://www.gerencia.salud.com/art04.htm> (consulta marzo 2004).
11. The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Manual de acreditación para hospitales 1996. Fundación Avedis Donabedian, Barcelona (España): SG Editores, 1995.
12. Donabedian A. Op. cit.
13. Otero MJ. Op. cit.
14. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Tres indicadores de aplicación hospitalaria. México: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Comisión Interinstitucional de Enfermería, 2003.
15. Frenk MJ. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México: Secretaría de Salud, 2001.
16. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Op. cit.
17. Calero GMJ, Fernández RAZ. Calidad Asistencial en enfermería hospitalaria. Granada (España): Fundación Index, 1995.
18. (26) Potter PA, Perry A. Fundamentos de Enfermería. 5ª ed. Barcelona (España): Edición Harcourt, Océano, 2002.
19. Trincado AM, Fernández CE. Calidad en Enfermería. Revista Cubana de Enfermería [en línea] enero-abril 1995: http://bvs.sld.cu/recursos/inf/vol11_195/inf01195.htm (consulta noviembre 2001).
20. Márquez P. Calidad de atención en servicios de salud [en línea]: <http://usuarios.lycos.es/enfermeriapera/josemar/calidadtrecer.htm> (consulta marzo 2004).
21. La enfermería en el control de la calidad. ACAMI y nstnd [en línea]: <http://www.acami.org.ar/revista/calidad.htm> (consulta 29 junio 2002).
22. Seguridad de los pacientes. La enfermería importa. Comunicado de prensa 29 de abril 2002 [en línea] mayo 2004: http://www.ics.ch/materia_psfafetyop.htm (consulta mayo 2004).
23. Gillies DA. Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas. Barcelona (España): Marín Salvat, 1994.
24. Di Prete BL, Miller FR, Rafols N, Hatzeli T. Gestión de calidad en la atención de salud en los países en desarrollo. Bethesda (USA): USAID, 2002.
25. Sánchez CIE, Mahe MMC, Obregon SP, Germica, Guis J. Guía de intervenciones en enfermería basada en la evidencia científica Santa Fe de Bogotá (Colombia): Editado por Convenio Instituto del Seguro Social y Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, 1998.
26. The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Op. cit.
27. Di Prete, Op. cit.
28. Di Prete, Op. cit.
29. Di Prete, Op. cit.
30. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Op. cit.
31. Indicador centinela. [en línea]: <http://www.sociedadmedica.llanquihue.cl/neonatalogia/gestion/calidad/indicadorcentinela.html> (consulta mayo 2004).
32. Eventos adversos. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud del Perú (29). [en línea]: <http://www.ins.gob.pe/evermayores/clinicos.asp> (consulta 14 mayo 2004).
33. Jiménez TV. Mezclas intravenosas y nutrición artificial. 4ª ed. Valencia (España): CONVASER, 1999.
34. Asoey G. La calidad del servicio y el profesional de la salud. Research&Development Institute. [en línea]: <http://www.gerencia.salud.com/art74.htm> (consulta 10 julio 2003).
35. Sánchez CIE. Op. cit.
36. The Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Op. cit.
37. El modelo de acreditación de la Joint Commission, ponencia escrita, Seminario Evaluación Externa y Acreditación de Servicios Sanitarios, conferencias y debates. Grupos 26 y 27 de octubre, editores: Juan José Pérez Lázaro y Fernando Sifó Villamil.
38. Morales NH. Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe. Salud Pública de México [en línea] 1993;35(3): <http://www.insp.mx/salud/35/353-34.html> (consulta marzo 2004).
39. El aumento de la competitividad: ¿qué enfoque uso? Cambio centenario para mejorar resultados. Seminario "Cómo pilotear su empresa en plena tormenta" [en línea]. <http://www.bianca.com/sputati/seminario99.htm> (consulta 14 marzo 2004).
40. Introducción a la administración por procesos (33). Concepto básico de procesos de trabajo. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999.
41. Rivers E. Diez errores frecuentes en la aplicación de procesos de mejora continua. Calidad en Salud en México [en línea]: <http://gerenciasalud.com/art21.htm> (consulta 9 marzo 2004).
42. Donabadi K. La calidad de la atención a la salud en los Estados Unidos. Revista Salud Pública de México 1993;35: 3.
43. Rivers, Op. cit.
44. Ramírez STJ, Najera AP, Ngunda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. Revista Salud Pública de México [en línea] 1998; 40 (1): www.achar.org/spanish/00000139 (consulta abril 2004).