

Control de la Calidad en la Salud Pública. Reseña Histórica

Quality Control in Public Health. Historical review

Lic. William Tápanes Galvan^{1*}
Lic. Mairim Yanet Errasti García¹
Lic. Rosa María Arana Gracia¹
Lic. Ileana Rodríguez García¹
Lic. Juan Carlos Román Carrera¹
Lic. Iraida Santana Santana¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

* Autor de la correspondencia: galvanw.mtz@infomed.sld.cu

Recibido: 21/01/2019.
Aceptado: 28/05/2019.

El tema de la calidad parte de los propósitos y los requisitos establecidos que debe cumplir cualquier organización y de la satisfacción de las necesidades de las personas a las cuales presta un servicio. En materia de salud, implica dar una respuesta efectiva a los problemas o situaciones de salud que inciden sobre una población y sus individuos, identificados o no por ellos, mediante la aplicación de normas, procedimientos y protocolos diagnóstico-terapéuticos necesarios, así como la verificación de los instrumentos y medios médicos que se utilizan.

La palabra calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. En la actualidad existe un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas, la de la Sociedad Americana para el Control de Calidad (asqc por sus siglas en inglés): "Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente".⁽¹⁾

El Control de la Calidad, es un invento estadounidense que ahora tiene aplicación universal. El mejor resultado del control de la calidad ha sido su manifestación japonesa. El método aplicado por los japoneses insiste en la participación de todos, desde el presidente de una empresa hasta los obreros. Mediante el control total de la calidad con la participación de todos los empleados, incluyendo el presidente, cualquier empresa puede crear mejores productos o servicios a menos costos, al tiempo que aumenta sus ventas, mejora las utilidades y convierte la empresa en una organización superior.⁽²⁾

La evaluación sistemática de la calidad de la atención médica no es algo nuevo. Ya Hammurabi, en el año 2000 a. c., promulgaba en Babilonia el código que regulaba la atención médica, e incluía las multas que estos debían de pagar por los malos resultados de sus cuidados.⁽³⁾

Durante la Edad Antigua, en los estados esclavistas de Egipto y la India existían funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas sanitarias.⁽⁴⁾

En las culturas orientales como la China se encuentran documentos que datan del año 1000 a. c., donde se presenta, exhaustivamente desarrollado, el estado del arte de la Medicina en aquella época y se regulan las competencias de los profesionales. El tratado de Hipócrates de Cos, 500 años a. c, recoge las primeras bases éticas y legales de obligado cumplimiento para los médicos y que aún hoy siguen vigentes.⁽³⁾

Más cercano en el tiempo y a nuestro medio no deben ser olvidados ni el tratado de Galeno (200 d. c), un gran trabajo donde se estandariza el conocimiento médico de la época, ni los trabajos que ya en 1600 publicó Vesalio en el campo de la Anatomía Humana.⁽³⁾

Tras estas experiencias puntuales de evaluación de la atención sanitaria, los primeros años del siglo XX dan inicio a la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria y abre el período de lo que se ha venido a denominar como el pasado reciente.

Hasta mediados del siglo XX una gran parte de las acciones de evaluación surgían de la iniciativa particular de los profesionales de la medicina, epidemiólogos o asociaciones científicas. Es esta etapa la que se corresponde con el modelo que H. Palmer denomina como «profesional » y que se caracterizó básicamente por centrarse en la evaluación de las estructuras de los servicios y algo en resultados, por apenas disponer de criterios explícitos; consideraba al médico como «médico» y al paciente como «paciente» en el sentido más clásico de estos términos.

Hacia los años 60-70 la evaluación de la asistencia sanitaria comienza a ser no sólo importante para los profesionales sino que también comienzan a interesarse en ella los gobiernos y los financiadores. De esta forma se inicia el período «burocrático», en el que las decisiones de los profesionales están signadas por las reglas de la organización. Durante estos años comienza a producirse un cambio desde el análisis individual de patrones de cuidados hacia el análisis estadístico de los procesos.

A mediados de los años 80 en Estados Unidos comienza a introducirse el modelo «industrial» en los servicios de salud. Aquí el paciente pasa de ser un beneficiario a ser un cliente. Las actividades de garantía de calidad son absorbidas por una estrategia de mejora continua de la calidad, donde la calidad debe ser también una preocupación de los líderes, de los directivos de la organización, enfocada siempre a la búsqueda de las perspectivas de los clientes o consumidores. Hacer confluir el interés del médico, de la organización y del paciente puede ser «política y económicamente irresistible y éticamente gratificante».

Hechos relevantes por orden cronológico en la evolución de la evaluación de la calidad de la atención médica a lo largo del siglo XX.⁽³⁾

1912.- La deficiente situación que presentaban los hospitales en los Estados Unidos a principios de siglo (falta de servicios centrales, mala organización,...) llevó a la recién surgida asociación de cirujanos (*American College of Surgeons* (acs por su sigla en inglés)) a retomar la iniciativa de Codman, cirujano del *Massachusetts General Hospital*, que perdió su puesto de trabajo por intentar que en la atención de todos los pacientes se exigiera el cumplimiento de una serie de estándares mínimos: «Programa de estandarización de los hospitales».

1951.- El *American College of Surgeons* se fusiona con el *American College of Physicians*, la *American Hospital Association*, la *American Medical Association* y la *Canadian Medical Association*, y se constituye la conocida y cada vez más activa *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (jcah por sus siglas en inglés). Años más tarde la *Canadian Medical Association* se separa para crear junto con otras asociaciones canadienses el *Canadian Council on Hospital Accreditation* que difunde la acreditación de hospitales en Canadá.

1966.- Un hito en la historia del control de calidad surge con Avedis Donabedian, quien, formuló la ya conocida estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en la estructura, el proceso y los resultados.

1972.- Surge en Estados Unidos la *Professional Standards Review Organizations* (psro por sus siglas en inglés) con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas.

1973.- J. Wennberg inicia sus primeros trabajos sobre las variaciones de la práctica clínica entre diferentes áreas geográficas de Estados Unidos.

1974.- Aparece la *Australian Council on Hospital Standards* como una asociación de carácter gubernamental con el fin de realizar la acreditación de sus hospitales. Hoy es responsable de la publicación internacional *Australian Quality Review* (a.q.r).

1978.- J. Williamson publica "Assessing and Improving Health Care Outcomes: The Health Accounting Approach to Quality Assurance?" ("Evaluación y perfeccionamiento de los resultados de la atención de salud: el enfoque de la contabilidad de salud sobre el aseguramiento de la calidad" traducido al español), un importante trabajo sobre la evaluación y mejora de los resultados de los servicios sanitarios.

1979.- Se crea en Holanda la cbo, organización para la asesoría de hospitales en temas de calidad y educación. Con fines no lucrativos, y aunque de ámbito preferentemente nacional, tiene también difusión internacional como lo refleja el que se encarga de publicar la *European Newsletter on Quality Assurance*.

1980.- Objetivo 31 de Salud para todos en el año 2000 para la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud: «De aquí a 1990, todos los

Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias». «Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia, continúa y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos».

1988.- P. Ellwood propone el desarrollo de un programa nacional para los Estados Unidos basado en orientar los resultados de la asistencia sanitaria (*Outcomes Management*) hacia el diseño de estándares y guías de práctica clínica.

1989.- D. Berwick propugna el *Continuous Quality Improvement* (cqi) como un modelo de mejora de la asistencia sanitaria, extrapolado del modelo industrial, válido para los servicios sanitarios.

1990.- La *Joint Commission* impulsa, con la llamada agenda para el cambio, la incorporación de los modelos de cqi y la necesidad de orientar los programas de evaluación hacia la evaluación de resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora.

Control de la calidad de la atención médica en Cuba.

Existen algunos hechos aislados sobre el control de la calidad de la atención médica en Cuba antes de 1959, por ejemplo en algunas clínicas privadas y también en el Hospital General "Calixto García", donde en 1943 se incluyeron en el reglamento de organización del hospital los Comités Médicos, la programación y sobre todo la eficiencia hospitalaria con normas mínimas por departamentos, que tenían el objetivo de mantenerlos en el grado más positivo posible.⁽⁴⁾

Realmente no fue hasta 1962 cuando comenzó a desarrollarse un verdadero sistema nacional de control de calidad en los servicios de atención médica.⁽⁴⁾

Entre los años 1961 y 1962 se dieron a conocer los primeros documentos del Ministerio de Salud sobre el control de calidad para los hospitales: primero el Reglamento General del Hospitales de 1961 y, específicamente, el Comité de Evaluación de las Actividades Científicas (ceac), en 1962, que resultó una gran enseñanza para los principiantes en la administración de salud pública y contribuyó al logro de una mejoría en la calidad de los servicios.⁽⁴⁾

En los inicios de la década de los 70 del pasado siglo, en el sistema de salud cubano, se realizó un diagnóstico de sus debilidades y fortalezas. Entre las principales dificultades detectadas se encontraban las referidas a los cambios en el patrón salud-enfermedad, el incremento de la expectativa de vida y las exigencias crecientes de salud en la población. Ello evidenció la necesidad de organizar un nuevo modelo de atención médica, surgido en 1984, conocido por el pueblo por el nombre de "Médico de la Familia", con el objetivo de alcanzar nuevos niveles de salud y mayor satisfacción de esos servicios a la población.

Actualmente y a través del nuevo Reglamento General de Hospitales⁽⁵⁾ y del Programa de Perfeccionamiento de la Calidad,⁽⁶⁾ el Ministerio de Salud Pública cubano llama a lograr la Excelencia en los servicios; tarea que incluye necesariamente la calidad de la atención sanitaria, cuyo centro es el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chandia Vidal Y. Introducción a la Calidad en Salud. Chile: Clínica Sanatorio Alemán de Concepción; 2006.
2. Ishikawa K. ¿Qué es el Control Total de Calidad? La Modalidad Japonesa. Bogotá: Editorial Norma; 1986.
3. Rodríguez Pérez P. Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución, tendencias y métodos. Arbor [Internet]. 2001 [citado 20/01/2018]; 170(170). Disponible en: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/932>
4. Ramos Domínguez BN. Control de la Calidad de la atención de salud. 2da Ed. La Habana: ECIMED; 2011.
5. Ministerio de Salud Pública. Reglamento General de Hospitales. La Habana: MINSAP; 2006. p. 202-213.
6. Ministerio de Salud Pública. Programa para el Perfeccionamiento Continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios. Anexo a la Resolución Ministerial No. 145/2007. La Habana: MINSAP; 2007. p. 80-88.

Conflicto de intereses:

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Tápanes Galvan W, Errasti García MY, Arana Graciaá RM, Rodríguez García I, Román Carriera JC, Santana Santana I. Control de la Calidad en la Salud Pública. Reseña Histórica. Rev Méd Electrón [Internet]. 2019 May-Jun [citado: fecha de acceso]; 41(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3108/4356>