

Editorial

Medwave 2014;14(3):5935 doi: 10.5867/medwave.2014.03.5935

Integrando el mejoramiento de la calidad con la salud pública

Integrating quality improvement to public health

Autora: Vivienne C. Bachelet⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Editora jefe, Medwave

E-mail: vbachelet@medwave.cl

Citación: Bachelet VC. Integrating quality improvement to public health. *Medwave* 2014;14(3):5935 doi: 10.5867/medwave.2014.03.5935

Fecha de publicación: 4/4/2014

Hace pocos días apareció una noticia sobre una situación de improvisación en compras de insumos y falta de personal clínico en un recientemente inaugurado hospital concesionado en la ciudad de Santiago [1]. El nuevo director del servicio de salud del cual depende el establecimiento comentó en la nota que el nuevo recinto no planificó sus compras de acuerdo a pautas de población asignada y complejidad de la demanda. Evidentemente, algo falló en la implementación de los servicios clínicos asociados a la construcción del establecimiento; no basta con tener el hospital, también hay que tener los sistemas de gestión y el personal adecuado para entregar las prestaciones que la población requiere. Esta situación está afectando a una de las comunas más populosas de la capital; el flamante hospital debe atender una población estimada de más de medio millón de personas, que ahora están reclamando [2],[3].

Cuando las personas piensan en salud, piensan principalmente en *atención* en salud. Y cuando piensan en la atención, lo que les interesa de sobre manera es que sea oportuna y digna. En otras palabras, no quieren esperar mucho, y quieren que se les trate bien. Si estas son las necesidades expresadas de quienes se atienden en los sistemas de salud, tanto públicos como privados, resulta obvia la implicancia de operacionalizar estas demandas como objetivos de la calidad... ¿calidad? *Oh wait...*

Pero, ¿qué es la calidad?

La calidad es un conjunto de características y atributos de un producto o servicio que hacen posible la satisfacción de necesidades explícitas o implícitas [4]. A su vez, una política de gestión de la calidad o de mejoramiento continuo puede estar enfocada al ámbito de la prestación individual o de la salud pública poblacional. En ambos casos el punto de partida es establecer los objetivos de la calidad, que serán los desenlaces esperados frente a la prestación del servicio o de la acción de salud pública, y

cuyos resultados serán medidos. Sólo con objetivos claros y conocidos se podrá asegurar la uniformidad de los esfuerzos de mejora y de implementación. A su vez, se ha visto que la sola difusión dentro de la organización de salud de la información relacionada con el desempeño de los objetivos de la calidad, por sí sola, no asegura iniciativas de mejora, sino que se requiere de claridad, relaciones entre todas las partes, rectoría e incentivos [5].

Pero la calidad también puede ser entendida como una ciencia, en que se aplica una metodología para el objeto de estudio y se sistematizan los conocimientos. La ciencia del mejoramiento de la calidad se hace cargo de identificar las brechas de la calidad, aplica intervenciones, y monitorea los resultados [6], que directivos y médicos deben conocer y comprender [7]. Al hablar de brechas de la calidad se hace referencia a establecer el lugar donde estamos, y de definir hacia dónde queremos llegar, lo que será expresado en... los objetivos de la calidad que han surgido de la detección de necesidades explícitas e implícitas. Para transitar ese camino será necesario asegurar que los actores involucrados en la organización tengan los elementos que hagan posible que emprendan esa trayectoria:

- Que posean los conocimientos teóricos y prácticos de lo que tienen que hacer (información: ¿sabe?)
- Que dispongan de los recursos materiales y de los sistemas para hacer lo que tienen que hacer (infraestructura: ¿puede?)
- Que la voluntad de hacer algo esté alineada con el resultado buscado por la organización (incentivos: ¿quiere?)

Por otra parte, ¿es posible pretender tener sistemas de salud con calidad homogénea? Un estudio intentó identificar un conjunto de atributos esenciales de la cultura organizacional, independiente de contexto y entorno, que pudiesen estar asociados con éxito en implementar y sostener sistemas de mejoramiento de la calidad en organizaciones de salud [8]. Concluyeron que

la “coherencia organizacional” es el elemento crítico, que a su vez contiene tres componentes clave: personas, procesos y perspectivas. Por cierto que también incide el grado de compromiso que tengan las mismas comunidades con sus sistemas de salud [9]. Ese compromiso se fragua cuando la comunidad participa en la fijación de prioridades de sus sistemas de salud, lo que es equivalente a participar en la definición de necesidades que, a su vez, determinan la naturaleza de los objetivos de la calidad. Procesos de este tipo ayudan a restablecer la confianza en el sistema al ser la comunidad parte también de la generación de estrategias para cumplir con los objetivos participativamente fijados. Se debe asegurar que exista una fuerte construcción de capacidades y apoyo desde los otros niveles del sistema, incluyendo el central.

Esfuerzos por mejorar la efectividad y eficiencia de los programas de salud pública también son parte de las intervenciones de mejoramiento de la calidad, pero ya en un nivel poblacional. Una revisión sistemática [10] identificó intervenciones a nivel de organizaciones; de programa o servicio; y administrativas o de gerenciamiento, y encontró que pocas vinculaban las intervenciones a desenlaces sanitarios o a predictores de desenlaces sanitarios. Los autores concluyen que se debería identificar, catastrar y difundir los resultados de mejora de la calidad asociados con intervenciones en salud pública demostradamente efectivas y que cuantifiquen los beneficios. La comunicación de estas experiencias de resultados, que debiera abarcar también a las intervenciones que *no* arrojaron resultados favorables, se verá facilitada si se adhiere a las recomendaciones de la directriz SQUIRE [11].

En salud pública, la falta de calidad se expresa en consecuencias tales como: ausencia de normalización de las acciones de salud pública, variabilidad, limitada implementación de estrategias informadas por la evidencia, escasez de equipos interdisciplinarios y debidamente capacitados, discontinuidad en el financiamiento, y ausencia de datos confiables y oportunos [4]. Importantly, se han identificado tres criterios para definir las prioridades de una acción de salud pública que integre una dimensión de mejoramiento de la calidad: que tenga impacto, que sea mejorable con el tiempo, y que reduzca la variabilidad en la implementación.

Sin duda que se requiere de un esfuerzo mancomunado, sistémico, inteligente, informado y orientado a la equidad, de todos los niveles del sistema de salud para asegurar que aquello que se hace, efectivamente satisfaga las necesidades expresadas, implícitas o explícitas, de la población atendida, si no fuera más que para cumplir con la expectativa de que nos atiendan en tiempos razonables y con un buen trato. Como esto no es fácil, es necesario pensar las cosas bien antes de llevarlas a cabo. Como sabe la población del hospital que no logra despegar, la calidad no está sólo en tener un hospital nuevo; también

se necesita tener a personas, procesos y perspectivas desplegadas cuando se abren las puertas.

Notas

Conflictos de intereses

La autora declara no tener conflictos de intereses con la materia del artículo.

Referencias

1. Rojas C. Hospital de Maipú: insumos y remedios se compraron en forma directa por 680 millones y no podrían ser usados. La Tercera. 27 de Marzo 2014; Sección nacional [on line] | [Link](#) |
2. División de Construcción de Obras Concesionadas. Programa de concesiones de infraestructura hospitalaria, Hospital de Maipú - Hospital de La Florida. 2013.[on line] | [Link](#) |
3. Alcalde acusa que hospital concesionado de Maipú “es un desastre.” Cooperativa. 27 de Marzo 2014; Sección país [on line]. | [Link](#) |
4. Honoré PA, Wright D, Berwick DM, Clancy CM, Lee P, Nowinski J, et al. Creating a framework for getting quality into the public health system. Health Aff (Millwood). 2011;30(4):737-45. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
5. Lemire M, Demers-Payette O, Jefferson-Falardeau J. Dissemination of performance information and continuous improvement: A narrative systematic review. J Health Organ Manag. 2013;27(4):449-78. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
6. McDonald KM, Schultz EM, Chang C. Evaluating the state of quality-improvement science through evidence synthesis: insights from the closing the quality gap series. Perm J. 2013;17(4):52-61. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Cohen RI, Jaffrey F, Bruno J, Baumann MH. Quality improvement and pay for performance: barriers to and strategies for success. Chest. 2013;143(6):1542-7. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
8. McAlearney AS, Terris D, Hardacre J, Spurgeon P, Brown C, Baumgart A, et al. Organizational coherence in health care organizations: conceptual guidance to facilitate quality improvement and organizational change. Qual Manag Health Care. 2013;22(2):86-99. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
9. Kamuzora P, Maluka S, Ndawi B, Byskov J, Hurtig AK. Promoting community participation in priority setting in district health systems: experiences from Mbarali district, Tanzania. Glob Health Action. 2013;6:22669. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
10. Dilley JA, Bekemeier B, Harris JR. Quality improvement interventions in public health systems: a systematic review. Am J Prev Med. 2012;42(5 Suppl 1):S58-71. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
11. Davidoff F. The SQUIRE guidelines and how can they help you report on quality in health. Medwave 2014;14(2):e5901. | [CrossRef](#) |

Correspondencia a:
Villaseca 21, oficina 702
Ñuñoa
Santiago de Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.