

## Mesa Redonda: Implantación de la Calidad en los Servicios de Salud

DRA. MARÍA ESTHER ARAUJO SÁNCHEZ  
*Directora del Instituto Nacional de Rehabilitación*

El Instituto Nacional de Rehabilitación es un hospital del Ministerio de Salud de cuarto nivel de complejidad de atención, ente rector de las acciones de rehabilitación desde hace 35 años.

### MISIÓN

Apoyar la integración de la persona con discapacidad a través de una atención oportuna, eficiencia con calidad y calidez, promoviendo la ampliación de cobertura de la atención, la investigación y docencia en el país.

Tiene cuatro direcciones ejecutivas y una oficina ejecutiva de administración para cumplir con esta misión.

Cuenta con recurso humano calificado, motivado y con misión de trabajo para lograr la mejor calidad de vida de la población con discapacidad

Médicos rehabilitadores	30
Tecnólogos médicos	60
Enfermeras	12
Asistencias sociales	10
Técnicos de enfermería	40
Administrativos	110
Médicos residentes	14
Profesores de educación especial	20
Psicólogos	10
Odontólogos	02
Técnicos de biomecánica	20

Atendemos diariamente 600 pacientes en los 7 departamentos.

### DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN DE LAS DISCAPACIDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

Defectos posturales, secuelas de traumatología, lesiones medulares, lesiones centrales, lesión de nervios periféricos, poliomielitis, amputaciones, malformaciones congénitas, patología articular y extra-articular, etc.

### DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN DE DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN

Disartrias, disfonías, afasias, disglosias, disfemias, dislalias, sorderas, hipoacusias, retardo del lenguaje (simple, orgánico, sociopático), etc.

### DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO

Parálisis cerebral, retardo del desarrollo, síndrome del niño

hipotónico, encefalopatías, malformaciones congénitas, miopatías, control del niño de alto riesgo.

### DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN DE DEFICIENCIAS INTELECTUALES Y ADAPTACIÓN SOCIAL

Retardo mental leve, moderado, severo, profundo, fronterizo.

### DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL APRENDIZAJE

DCM, dislexias, trastornos sociopáticos, dispedagogías, etc.

### DEPARTAMENTO DE BIOMECÁNICA

Donde se confeccionan y reparan prótesis y ortosis, así como se realiza investigación.

### DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO INTEGRAL

Electromiografía, audiometría, laboratorio, Rayos X.

Tenemos, además:

- Unidad de lesionados medulares con 32 camas
- Unidad de parálisis cerebral
- Unidad de biomecánica
- Unidad de ortodoncia para problemas congénitos y genéticos
- Centro de producción de bienes y servicios a cargo de personas con discapacidad

La metodología de valoración y diagnóstico de la discapacidad y su tratamiento son diferentes de los de la medicina que conocemos.

La calidad supone una sistemática solución de problemas.

Como el INR tiene dentro de su Misión las acciones de rehabilitación a nivel nacional, los problemas los abordaremos desde el enfoque de país y el institucional.

### PROBLEMAS: NIVEL DEL PAÍS

Problemas a abordarse con criterio de calidad.

Se percibe una escasa accesibilidad de la población, con discapacidad a los servicios de salud.

Desconocimiento de la magnitud del problema.

Escasa comprensión del problema de discapacidad por los servicios de salud.

Existen escasos servicios de rehabilitación.  
 Pocos especialistas en rehabilitación.  
 Oferta de atención en los servicios de rehabilitación sólo de algunos síndromes discapacitantes.  
 Ausencia de estadísticas e indicadores de discapacidad.  
 Escasa investigación de los factores de riesgo de discapacidad.

**PROBLEMAS: NIVEL INSTITUCIONAL**

Para hacer un diagnóstico de cómo se sentían nuestros clientes externos, se realizó una encuesta para determinar el nivel de satisfacción de la atención. Asimismo con el cliente interno.

Problemas:

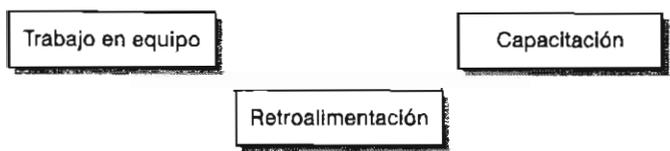
- Demora en obtener citas para primera consulta.
- Demora para ser atendido en consulta médica y poco confort en la espera.
- Demora en conseguir cita en terapias.
- Alto costo del tratamiento.
- Falta de recursos humanos.
- Trabajo en ambientes inadecuados.
- Entrega a destiempo del material necesario para el trabajo.
- Escaso mantenimiento del equipo y maquinaria.
- Falta de normas escritas.
- Escasa capacitación.

**ESTRATEGIA DE ABORDAJE CON TRES PILARES**

**FUNDAMENTALES: TRABAJO EN EQUIPO, CAPACITACIÓN, RETROALIMENTACIÓN**

Implementación de las direcciones de investigación, docencia y desarrollo del potencial humano, de normas y programas, así como de las oficinas de planificación y estadística del INR.

Determinación de la prevalencia nacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía en el Perú (1993).



Implementación de la estrategia de rehabilitación con base comunitaria, ampliación de cobertura de atención.

Sensibilización

Capacitación

Servicio de rehabilitación de referencia

Diseño de manual de rehabilitación para médicos generales

Diseño e implementación del sistema de información de discapacidad

- Vigilancia epidemiológica de la discapacidad
- Análisis de la situación de salud
- Inventarios de recursos
- Monitoreo general

Producto:

Ampliación de cobertura (actualmente recabando la información)

Implementando 3 servicios a nivel nacional: Huaral, Ayacucho y Tumbes

En vías de implementación 6 servicios en Departamentos

En vías de fortalecimiento 9 servicios de rehabilitación

Implementación del Módulo HIS DIS

Diseño de indicadores de discapacidad

Capacitación y actualización al 90% de los jefes de servicios de rehabilitación de Lima y Provincias.

En vías de lograrse:

Magnitud de la demanda atendida

Aplicación de los indicadores

Atención integral de la persona con discapacidad con calidad y metas de integración.

Prevención de los daños que ocasionan discapacidad.

Mayor número de investigaciones

Estrategias

Instituto de Rehabilitación

Reestructuración, sistematización y readecuación del área de admisión y archivo.

Se amplió horario de atención de triaje a cargo de un médico rehabilitador; se descentralizó la atención por programas y citas por horas.

Se diseñaron esquemas de historias clínicas para cada programa.

Se amplió los turnos de atención con personal contratado especializado.

Se implementó la oficina de atención médica del personal.

Se normaron algunos procesos administrativos.

Se inició la sistematización de las Oficinas Administrativas.

Se inició el proyecto de readecuación de la infraestructura hacia el estilo modular, para mayor confort del paciente y personal.

Capacitación del personal asistencial y administrativo.

Se inició el estudio de costos de los diferentes síndromes invalidantes.

Producto:

• Se redujo el tiempo de espera para primera consulta, tiempo de consulta y tiempo para iniciar terapias.

• Se ha logrado la readecuación modular en el 70%

• Se está brindando mejor ambiente de trabajo.

• Se capacitó al 85% del personal asistencial y administrativo.

• El sistema informatizado administrativo está en 60%

• Se están validando los documentos de trabajo para mejor y más rápida atención.

• Se tiene información estadística para la gestión y la investigación.

• Se ha logrado un verdadero trabajo en equipo, con resultados.

- Mayor número de pacientes integrados o reintegrados a su comunidad.

Finalmente, es preciso enfatizar que todo este trabajo de equipo fue un proceso que ha ido madurando desde la conocida resistencia al cambio inicial de los trabajadores, al trabajo de convencimiento, con resultados para tener actualmente un recurso humano motivado a trabajar con calidad.

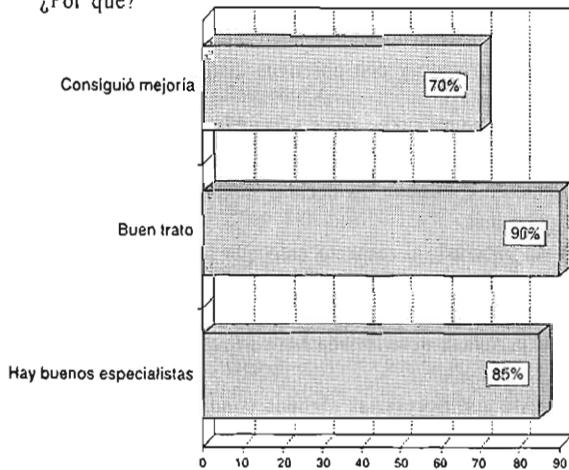
Es cierto que aún nos falta mucho para llegar a nuestra meta, pero lo importante es que lo estamos haciendo, convencidos de que lo estamos haciendo con calidad y calidez.

**ESTUDIO DE SATISFACCIÓN DE LA DEMANDA ASISTENCIAL INR - 1992**

¿Salió usted satisfecho de la atención que se le brindó en el INR?

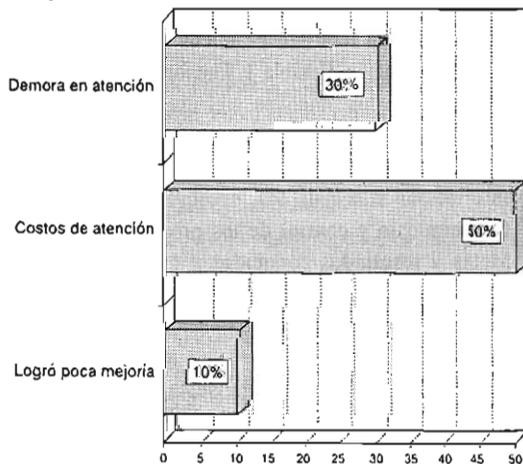
**SI ..... 90%**

¿Por qué?



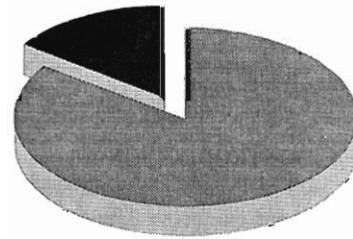
**NO ..... 10%**

¿Por qué?



¿Qué es lo que más le disgustó de la atención?

Otros (15.0%)



**Demora en las citas (85.0%)**

**RESULTADO DE LA INTERVENCIÓN LUEGO DE LA ENCUESTA**

Tiempo de demora en conseguir primera cita, atención en consulta y terapias.

	ANTES	EN LA ACTUALIDAD
Tiempo mínimo total	30 días	2 a 7 días
Tiempo promedio	75 días	7 a 14 días
Citas	5	2
Tiempo promedio de espera para consulta	1.5 a 4 horas	15 a 45'

## Implantación de la Calidad Total

DR. WALTER MENCHOLA VÁSQUEZ  
*Gerente de Prestaciones de Salud y Sociales  
Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador*

### INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha llegado a nuestros medios la corriente de «Calidad Total», la que en nuestra opinión ha venido a establecerse en forma definitiva y de la que dependerá la permanencia de nuestra industria y, por qué no decir, del país en los mercados internacionales y obviamente nuestras aspiraciones como sociedad.

Hoy en día ya no se discute sobre temas como globalización, competencia, calidad, productividad, costos, satisfacción del usuario. Esto se encuentra claramente definido y aceptado en la industria de bienes y de servicios, mientras que en los servicios de salud esta ola recién empieza a correr sus cimientos y la que no puede ni debe quedar ajeno a estos cambios.

Sin embargo debe resaltarse algunos hechos de importancia. Si bien es cierto que muchos de los principios conceptuales, filosóficos de calidad total que se aplicaron en la industria de bienes, pueden aplicarse con mucha facilidad a la industria de servicios, en la cual se encuentran inmersos los servicios médicos, éstos no pueden de ninguna manera extrapolarse en forma absoluta a todos los aspectos relacionados con los servicios de salud. Más aún en la metodología de implantación y control de calidad que se aplica en la industria de bienes, hacerlo sin tomar las consideraciones del LEX ARTIS AD HOC (Ley del Arte) en la relación médico - paciente, puede conllevar a graves errores y a profundas decepciones.

Por otro lado, debe considerarse que muchos de estos principios fueron desarrollados y perfeccionados en realidades culturales, sociales e históricas totalmente diferentes a la que hoy vivimos en nuestro país.

En consecuencia hay que aprender de estas realidades para buscar nuestros propios caminos, así como las estrategias en sus aplicaciones, más aún cuando la industria de servicios de salud de nuestro país, en la mayor parte se encuentra segmentada entre el Ministerio de Salud, el Instituto Peruano de Seguridad Social, con reglas de manejo totalmente diferentes de las que ocurre con el sector privado.

Hay que agregar que la búsqueda de la calidad es un anhelo, un derecho fundamental de la humanidad y que existe como tal desde los primeros albores de la especie humana.

En los servicios de salud no se puede negar el trabajo sacrificado y abnegado de las generaciones médicas que nos precedieron y en la que resalta la calidad de médicos y hospitales. Eso sin duda no se encuentra ni es materia de discusión. Lo que se busca es mejorar en forma sustantiva las organizaciones, los

sistemas, las instituciones de Salud, frente a una sociedad cada vez más informada y exigente y la que reclama cada día un mejor y más eficiente servicio.

En consecuencia hay que aprender de estas realidades para buscar nuestros propios caminos así como las estrategias y tácticas en sus aplicaciones, más aún cuando la industria de servicios de salud de nuestro país, en la mayor parte se encuentra a cargo de los servicios públicos, segmentada entre el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social, con reglas de manejo totalmente diferentes de las que ocurre con el sector privado y con objetivos distintos.

### IMPLANTACIÓN DE LA CALIDAD TOTAL

Que en nuestra opinión debiera referirse, mas bien, como «mejoramiento continuo», es decir ir mejorando las cosas cada día un poco más.

¿Cómo hacerlo?, al respecto creo que las disertaciones teóricas y la literatura desarrollada sobre estos aspectos es abundante y no es mi intención referirme a ellas, sino mas bien a nuestra experiencia desarrollada básicamente en el IPSS.

Para esto son necesarias algunas condiciones básicas:

1. Liderazgo fuerte y claramente visible .
2. Objetivos definidos y conocidos.
3. Especificar los objetivos al detalle mínimo de la operación.
4. Mentalidad positiva.
5. Participación de todos

Por otro lado y en términos prácticos se debe contar con:

1. Una organización flexible y funcional
2. Disciplina en los objetivos y el quehacer diario.
3. Permanencia y voluntad en la consecución de los resultados .
4. Información sistematizada, oportuna y verificable
5. Conocimiento y control de los procesos de producción.
6. Metas y resultados conocidos.

En términos específicos se puede señalar que nuestros objetivos fueron:

1. Garantizar la calidad de los servicios.
2. Control de la calidad de la producción.
3. Mejoramiento de la calidad.

## Implantación de la calidad total

DR. JORGE OTERO FERNANDEZ  
*Gerencia General de la Clínica Ricardo Palma*

### ¿Cómo enfrenta o como ha enfrentado la Clínica Ricardo Palma el reto de la calidad?

Escogimos una frase de Donabedian :

«La calidad de la atención en salud se expresa con el logro de los mayores beneficios posibles con los menores riesgos para el paciente. Hay que darle calidad en la atención de salud al paciente con el máximo beneficio y el mínimo riesgo»

### ¿Cómo escogió la clínica Ricardo Palma sus prioridades?

CLIENTE	Paciente Pagador
INSTITUCION	Estructura Procesos
PERSONAL	Médicos Enfermeros Administrativo Otros

El Gerente o el Presidente Ejecutivo es el último o está en el vértice del triángulo, pero es un triángulo invertido, en el cual la base más grande y más importante son los clientes.

Básicamente, para nosotros hay dos tipos de clientes: el paciente y el pagador o pagadores. En segundo lugar está la institución, a la cual hay que darle una estructura adecuada y tenemos que preocuparnos, junto con la estructura humana, de buscar los procesos que nos garantice lograr resultados óptimos.

Finalmente está, el personal, que somos nosotros mismos, con el entendimiento que en el sector privado estamos al servicio de los clientes, quienes en cualquier momento pueden decirnos NO.

La calidad tiene cuatro dimensiones:



### ¿A qué le llamamos acceso?

Primero tenemos que reconocer que nuestra participación en el sector salud se reduce al 2.5% de la población que entiendo debería tener acceso a los servicios de salud. Con riesgo a equivocarme, el 22.5% de la población tiene derecho a acceder al IPSS, hay un 23% de llamados NO POBRES, NO INDEPENDIENTES, cuyo acceso es libre sea a establecimiento de salud del Ministerio de Salud o a cualquier otro tipo de establecimiento y un 2% que tienen acceso al servicio de salud en las fuerzas armadas o policiales, finalmente una población en extrema pobreza de la cual la gran mayoría tiene escaso o mucho acceso a cualquier tipo de servicio de salud.

Entonces el acceso al sector privado, al sector de seguros privado evidentemente se, ha deprimido en los últimos años.

### ¿Cuál es el interés de los empleados o pagadores que buscan de este sistema?

En el 97%, el interés es costo- precio, en el 88% son los servicios que recibe el empleador, el 86%, la utilización de información, es decir alguien mencionó que hay dos formas de gobernar la institución, con gerenciación, gerenciabilidad. Evidentemente este tipo de clientes nos van a exigir gerenciabilidad, nos van a pedir datos confiables y verificables.

Luego viene el problema del acceso, por último vienen los problemas que los médicos consideramos la PRIMERA PRIORIDAD, que es la acreditación, los reportes de resultados, las tarjetas de reportes o prácticas a través de protocolos o procedimientos médicos o técnicos, una percepción completamente diferente de la que podemos tener como profesionales de la salud.

Entonces, esta calidad de acceso significa que los pagadores- empleadores o los administradores necesitan que les brindemos sistemas de información, con indicadores de duración a costo por estadía, que va a ver el punto crucial o de discusión con otro grupo de clientes. Evidentemente es importante conocer los criterios del pagador que van a utilizar para seleccionar a los prestadores de servicios de salud.

Y finalmente, utilizando este sistema de información, desarrolla un sistema de mercadeo para acercarnos a ese segmento de clientes.

**CALIDAD TOTAL ACCESO**

**PAGADORES - EMPLEADORES - ADMINISTRADORES**

- Sistemas de Información
- Indicadores : duración, costo por estadía
- Conocer criterios del pagador para seleccionar a los prestadores de servicios
- Estrategia de mercadeo

Es innegable que el cliente más importante, el cliente extremo crucial, crítico, es el paciente. No podemos olvidar que hay clientes internos, pero el paciente nos puede decir NO, ME VOY A OTRA INSTITUCIÓN, o por lo menos es lo que podría hacer hasta no hace poco tiempo.

**¿Qué ha hecho la Clínica Ricardo Palma de manera persistente, perseverante, diariamente?**

Reuniones diarias, con diferentes servicios, con todos aquellos que tienen contacto con personas, con pacientes. Una insistencia permanente del director es:

"Cuando llega alguien a la ventanilla, dejen de hacer todo lo que están haciendo y mírenlo a los ojos y pregúntenle en qué puedo ayudarlo? No al revés, como habitualmente lo hacemos en algunas instituciones del sector público y en el sector privado, que le decimos «espérese un momentito que voy a terminar lo que estoy haciendo en la computadora».

Lo que el cliente necesita es que los primeros 15" o 20" alguien le haya prestado atención, servicio humano, sensible, digno y respetuoso.

**TRATO A PACIENTES**

SERVICIO	AMENIDADES
Humano	Decoración
Sensible	Complemento
Digno	Sala de Espera
Respetuoso	Hospitalizados

En segundo lugar, la clínica se preocupa por las llamadas Amenidades, que se relacionan con la decoración, colores cálidos, complemento como servicios de café, globos, flores, decoración adecuada para los servicios de pediatría. Que las salas de espera sean cómodas, que el paciente tenga acceso a revistas, sistema de cable de TV. Igualmente los servicios de hospitalización.

En la clínica nunca estamos satisfechos con el tipo de atención que le brindamos al paciente, estamos siempre dispuestos a mejorar.

Eduardo Salas repite a todos los trabajadores de la clínica: Miles de interacciones o encuentros suceden a diario en la clínica. La calidad de cada uno de esos encuentros puede hacer la diferencia.

Cada encuentro se convierte en «un momento de la verdad» en el que nuestros valores son probados en el mundo real.

En la clínica no queremos recibir quejas, sino elogios. Para ello hay que hacer algo diferente, como señala la madre Mary Jean Pyer.

**¿Somos respetuosos de verdad?**

Demostremoslo al paciente; nos quejamos que cuando vamos a una oficina pública se demoran en atendernos 20' a 30' (minutos) y por esa razón queremos hacerlo con nuestros pacientes. Modifiquemos nuestra escala de valores y atendámoslo bien.

**CALIDAD TOTAL TRATAMIENTO**

**ESTRUCTURA**

RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS ECONÓMICOS
Profesionales calificados	Planta física	Inversiones
Profesores universitarios	Equipos apropiados	Ampliaciones
Jefes de Departamento Enfermeros especializados	Tecnología de punta Biblioteca, Internet Medline	Adquisiciones

La calidad de tratamiento para nosotros probablemente es la menos compleja; hemos sido entrenados, equipados para esto.

La preocupación constante es del trabajo en equipo: los servicios, como cardiología, pediatría, reumatología trabajan en equipo, se reúnen semanalmente, se realizan protocolos, investigaciones internacionales.

**CALIDAD TOTAL PROCESO**

PROCEDIMIENTOS	ACCESO A INFORMACION	REPORTE DE COMPLICACIONES
Trabajo en equipo Producción	Biblioteca Internet	Fallecimiento Inspección interhospitalaria
Niveles de atención	Medicina	Accidente anestésico
Rondas Continuidad	Docencia Investigación	Reinternamiento Reoperaciones otros, eventos
Auditoría Médica Historia clínica		

El cliente tiene acceso a sistemas de información y finalmente al reporte, de complicaciones, el por qué fallecen los pacientes, si esto puede ser prevenible, como controlar las infecciones intrahospitalarias, etc.

**CALIDAD TOTAL TRATAMIENTO**

**RESULTADOS**

UTILIZACION DE RECURSOS	CALIDAD DE ATENCION
1. Costo promedio / estadía	1. Tasa de mortalidad
2. Duración promedio / estancia	2. Complicaciones

La evaluación de resultados es la más compleja que hay. Hemos escogido algunos indicadores, como son: utilización de recursos y calidad de atención.

Conocemos diariamente los costos promedio por estadía; entonces los comparamos con los del año 1996, 1995.

Una auditoría médica prolija de la propia clínica permitió reducir estos dos indicadores o mejorar estos indicadores: costo, duración.

La calidad de la atención es medida por el test de mortalidad y de complicaciones. Prevenir las es lo más importante.

No hay que olvidar que la calidad de costo tiene una serie de componentes, monetario o no monetario. Y estos costos son: costos directos e indirectos, oportunidad.

Un costo que habitualmente olvidan es uno no monetario, el dolor, la angustia. Definamos ¿cuál es la visión del servicio de emergencia?

Hay que aliviarle la angustia al paciente en los primeros 30 segundos que llega a la emergencia.

**¿Qué quiere decir esto?**

Que en los primeros 30 segundos de estadía del paciente en emergencia, alguien del servicio le haya tomado de la mano y le haya dicho siéntese conmigo, vamos a llamar al médico o vamos a empezar a actuar.

No siempre el incremento de costo significa paralelamente aumento de la calidad. Esto va de la mano con el crecimiento de la complejidad de la organización que no siempre es así.

**CALIDAD INTRÍNSECA:**

Julio Portocarrero señala que esto significa:

Hay que hacer lo que hay que hacer bien hecho, es decir hay que tomar decisiones adecuadas para con el paciente, hay que realizarlo con:

- Amabilidad
- Buen juicio y
- Oportunamente.

Julio Portocarrero explica que la calidad es como construir una casa o un edificio en el cual la primera columna es la calidad Intrínseca, que tiene que ser técnica, humana.

Esta calidad Intrínseca tiene que ser entregada al paciente oportunamente, para evitar complicaciones.

Pero a su vez esta oportunidad debe llevar al mínimo riesgo posible, debe ser segura. Debemos tratar de controlar los riesgos al que está sometido el paciente.

La cuarta columna de esta casa es el costo y hay que garantizar que se logre eficiencia y productividad.

Estas cuatro columnas necesitan una columna básica: SATISFACCION del Prestador. Si yo no estoy satisfecho, ¿cómo voy a dar satisfacción al cliente?

Para ello debe tener convicción filosófica, porque sino no vamos a dar satisfacción al usuario.

Estoy seguro que todo médico tiene convicción filosófica clarísima de respetar la vida humana. Y es una aberración cualquier otro tipo de convicción por el cual trate de convencer.

Entonces nuestras instituciones deben tener convicción filosófica, porque sino, la institución no va a poder dar satisfacción al usuario, la organización va a morir y no va a ser próspera.

