

INICIO

CONTACTO

REVISTA

MEDICINA Y SOCIEDAD
REVISTA TRIMESTRAL - ISSN 1669-7782
Año 28 , N° 2 2008

EDITORIAL

La calidad de la atención médica

Nélida Fernández Busso

A menudo nos preguntamos: ¿Para qué sirve la calidad? ¿Será una utopía difícil de alcanzar en los servicios de salud? ¿Podremos lograr los cambios que aspiramos en la medida de nuestros esfuerzos? Estas son algunas de las cuestiones que a menudo nos formulamos cuando iniciamos actividades vinculadas con el tema de la calidad en los servicios de salud.

Para comenzar recordemos que la calidad como la utopía nos sirve para caminar hacia un objetivo posible en las instituciones donde trabajamos: los hospitales, las obras sociales, los consultorios, los servicios. Pero ese recorrer tiene un sentido y una dirección de avance permanente ya que el horizonte es móvil y a cada paso, a cada logro, ese límite se volverá a correr para evidenciar nuevos problemas y nuevos desafíos.

Dentro de ese marco es dable, como primera aproximación, realizar una *exploración conceptual de la propia definición de calidad y sus elementos* que se ha ido modificando a lo largo del tiempo de acuerdo con la evolución de conceptos y metodologías. En términos generales se puede decir que dichas nociones se han ampliado y aumentado su complejidad con el transcurrir del tiempo y con los aportes de otros campos afines.

A pesar de ello sigue vigente lo que expresara Jesús Aranaz como primer acercamiento al tema: "*la calidad como la belleza o la bondad son conceptos primitivos y polisémicos*", es decir que no se pueden definir con otros términos y que encierran muchos significados de acuerdo con quien los utilice, el momento histórico y el lugar o sujeto de referencia. *La calidad por lo tanto no es un valor absoluto sino relativo* que siempre se debe contextualizar para una mayor comprensión de sus ambigüedades. El segundo concepto a considerar es que la calidad al igual que la luz blanca se puede descomponer en varios colores primarios. Por consiguiente *la calidad incluye muchos atributos o elementos básicos* que se deben identificar y nominar para transcurrir de lo teórico a lo práctico, de lo implícito a lo explícito, de lo complejo a lo esencial. Para evaluar una propiedad es preciso definirla con precisión ya que su medición puede suponer técnicas de abordaje diferentes.

En general las definiciones de calidad ponen en evidencia la importancia o prioridad que los autores dan a esos atributos o propiedades. De ahí que existan numerosas definiciones de calidad según aquello que se desee focalizar o destacar. Además, los cambios históricos se han reflejado en dichos enfoques conceptuales. Veamos algunos ejemplos:

"La buena atención médica es la clase de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en determinado momento o periodo social, cultural y de desarrollo profesional, en una comunidad o grupo de población.", R.I Lee y L.W. Jones, 193.

En esta definición los autores reflejan lo que ocurría en la década del 30, momento en el cual la calidad estaba centrada en lo asistencial y en aquello que los profesionales médicos realizaban técnicamente con sus pacientes. El espacio de la calidad estaba restringido en el espacio y en los protagonistas.

"El campo de las políticas y prácticas de salud tiene tres atributos que definen su calidad: eficacia médica, aceptabilidad social y eficiencia económica que son independientes unos de otros y requieren diferentes métodos de evaluación" R. Doll, 197.

En este caso Sir Richard Doll avanza hacia una conceptualización más social y amplia de la calidad conformando un sistema de salud donde se pueden identificar componentes técnicos, comunitarios y financieros. Con todo acierto advierte que esos atributos requieren diferentes técnicas de evaluación.

“La calidad incluye a la atención técnica y al arte de la atención. La primera es la adecuación de los procesos de diagnóstico y tratamiento. El arte de la atención se refiere al medio, la manera y la conducta del proveedor al impartirla y comunicarse con el paciente” R.H. Brook y K.N. Williams, 197.

Casi en la misma época que Doll estos autores apuntan que la calidad es el resultado de dos dimensiones básicas: lo que sabemos y lo que hacemos. El conocimiento y la práctica. El primero sujeto a los avances científicos y técnicos, y la praxis consecuente con la comunicación interpersonal, conductas y creencias en juego y de los estilos de prácticas de los proveedores de servicios.

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es por lo tanto la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. *“La calidad en la relación interpersonal se mide por el grado de apego a los valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes y de los profesionales de la salud”* A. Donabedian, 1980

Siguiendo el pensamiento previo Donabedian aporta un valioso enfoque conceptual al considerar que en la atención médica la calidad es la resultante de dos fuerzas opuestas, siempre presentes: los beneficios y los riesgos. Ninguna intervención en salud o enfermedad es inocua, por lo tanto los grados de calidad dependen de ese interjuego que tiene en cada circunstancia su relación y probabilidad.

“La calidad de los servicios de salud puede ser categorizada en calidad lógica y calidad óptima. La primera es la que contempla la eficiencia con que la información es empleada para tomar decisiones al interior de los servicios de salud. Está centrada en los procesos de toma de decisiones y la información disponible para ello. La calidad óptima engloba todos aquellos procesos que están destinados a optimizar los resultados, teniendo en consideración las relaciones de costo- beneficio.” H. Vuori, 1982.

En esta definición Vuori hace la distinción entre la calidad consecuente con las decisiones directas de los profesionales en los servicios de salud y las decisiones al nivel de los sistemas de salud donde es preciso incorporar otros procesos y, fundamentalmente, considerar los costos de la atención médica. Justamente la década del 80 estuvo caracterizada por la necesidad de buscar un equilibrio entre la contención de los gastos y el mantenimiento de una buena calidad de atención. De ahí la incorporación para siempre a la díada riesgo-beneficio la variable del gasto.

La calidad es una filosofía gerencial en la cual la medida de lo que se hace, es la satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente / usuario desde la primera vez y siempre Premio Nacional a la Calidad, basado en principios de W.I. Deming, 1994.

Esta definición se aplica a toda empresa de productos y servicios, entre la que se incluyen los servicios de salud, y está relacionada con la influencia de la industria japonesa y sus impulsores. Si bien este influjo merece un análisis más detallado, que se realizará más adelante, en este apartado se desea señalar el cambio copernicano del concepto de calidad que se intensifica en todo el mundo a partir del 90. Los pacientes, usuarios, clientes, beneficiarios, pasan de copartícipes pasivos de la calidad a protagonistas calificados. Un servicio o sistema será de calidad solamente si resuelven los problemas que la gente tiene.

Penetra cada vez más, en el ámbito sanitario, la idea de la calidad como un conjunto de métodos aplicados a toda la organización, para: la mejoría del servicio al cliente, la reducción de costos y el aumento de la productividad F. Errasti, 1997

Se ha elegido esta enunciación porque contiene varios de los conceptos previos y, sobre todo porque señala el énfasis que actualmente tiene el tema. El objetivo o finalidad de la calidad no es la evaluación o medición sino el cambio o mejoría. De ahí que la estrategia sea la *mejora continua de la calidad* que resume el sentido del camino a recorrer, tal como se comentó en los primeros párrafos.

Las definiciones consignadas tan solo son algunos ejemplos posibles. Fueron elegidas para mostrar la diversidad y la evolución sobre el tema. Dependen de la intencionalidad conceptual subyacente y del momento histórico. En la década del 30 la preocupación estuvo centrada en la capacitación y quehacer profesional en un servicio o establecimiento, valorando principalmente los atributos de la calidad técnica individual

Con el tiempo se incorporó la dimensión social y se extendió el enfoque de la calidad a los sistemas de salud, y sus respuestas a las necesidades de la población subsidiaria que pasaron a ser beneficiarios. Los atributos importantes en este caso fueron la efectividad, la aceptabilidad y la equidad.

El reconocimiento del protagonismo de la gente en el cuidado de su salud, incorporó luego los atributos de satisfacción, conformidad, confianza, acordes con el derecho de recibir una atención de calidad.

Y por último, el aumento constante de los costos de la atención, obligó a centrar la preocupación en la eficiencia y la optimización de los recursos como otra de las condiciones de calidad que se deben valorar. Es decir, la relación entre el impacto actual del servicio o sistema y el costo de producción.

Como consecuencia del panorama descrito si se desea transformar ese marco teórico en actividades concretas, se debe descifrar el contenido ideológico predominante porque éste orienta las metodologías para evaluar la calidad y las técnicas para mejorarla. Por ejemplo, si deseamos conocer la conformidad de los pacientes con la atención recibida posiblemente debamos utilizar técnicas cualitativas de indagación. Si en cambio pretendemos analizar la calidad asistencial de un servicio debemos organizar otras indagaciones más cercanas a la tradición profesional (eventos adversos, trazadoras). Por ultimo si nos interesa mejorar la eficiencia debemos apoyarnos en las técnicas de la gestión de calidad provenientes del campo empresarial.

Recordemos también que para monitorear integralmente una organización de salud no basta desarrollar una técnica o un solo enfoque sino *un conjunto complementario* que nos permita, desde distintos ángulos y perspectivas, contar con un diagnóstico más certero de la calidad que pretendemos conocer y modificar. Como se puede apreciar por el breve repaso descrito, la estrategia de calidad en el área de la salud está en pleno crecimiento y desarrollo, llena de matices y de innovaciones, por eso trataremos de ofrecer un panorama pluralista, aunque sesgado porque se enfoca desde la visión del sector salud, que es en el cual tenemos algunas experiencias concretas.

Será tarea para la reflexión, en todos los casos, desentrañar el trasfondo ideológico y descifrar las claves trascendentes que se proponen.

Nélida Fernández Busso

Atributos de la calidad: por ejemplo, los llamados siete pilares de la calidad enunciados por Donabedian: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad, equidad. Otros atributos de la atención médica pueden ser: integridad, prevención, promoción, continuidad, coordinación, etc.

Lee, R.I.; Jones L.W. *The fundamental of good medical care*. Chicago. The University of Chicago Press, 1933

Doll, R. *Supervillace and Monitoring*. International Journal of Epidemiology 3,305-14,1974

Brook R.H.; Williams K.N. *Quality of health care for the disadvantaged*. Journal of Community Health 1, 132-56,1975