

CARTAS DE LECTORES

Sr. Director,

La presente está referida al artículo aparecido en el Nº 1 de la Revista Médica de Rosario de este año, titulado "Calidad Médica".¹ Quisiera expresar mi satisfacción por el solo hecho de que el tema mencionado tenga algún lugar en publicaciones médicas de nuestro medio.

El Dr. E. Navarini hace una semblanza correcta de la calidad en medicina. No es mi intención criticar o discutir sus afirmaciones. Creo que con la mejor de las intenciones y como toda persona que desarrolla una función en un instituto docente, el autor trata de introducir el tema y delinear la necesidad de ocuparnos de él.

Mi propósito es completar su escrito con algunas opiniones fruto de la experiencia personal de implementar un sistema de gestión de calidad y someterlo a certificación (Norma ISO 9001:2000) y acreditación (ITAES; Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud) en una institución médica, de ser co-autor de la Guía IRAM 30200 de Calidad en Salud, de haber dictado cursos sobre el particular ("Gestión de Calidad en Salud; IRAM Filial Litoral) y de continuar con actividades de docencia y asesoramiento en la materia.

Los conceptos que siguen lejos están de querer desalentar a quien intente incursionar en estas actividades. La finalidad de ellos es mostrar los inconvenientes que se tienen en la práctica para prevenir la frustración de los que se inician. Siempre he pensado que es conveniente estar avisado de los inconvenientes posibles antes de iniciar una tarea.

Los principales inconvenientes que presentan las iniciativas para mejorar la calidad en los servicios de salud en nuestro medio son:

1. No tienen actualmente reconocimiento. Esto no sólo se refiere a que no se toma en cuenta la calidad de las prestaciones a la hora de su retribución monetaria, sino a la valorización de cualquier otro tipo, por ej.: las entidades financiadoras y gerenciadoras de los servicios de salud no promueven la derivación de los pacientes a servicios que demuestran trabajar activamente en mejorar la calidad de sus servicios.
2. La cultura dentro de las organizaciones de salud, de los pacientes y del público en general. Cuando el Dr. Navarini se refiere al concepto de Calidad Asistencial, afirma con razón: "Depende de los grupos sociales, de sus culturas y de los intereses político-económicos que los movilizan". Estoy convencido de que para que algo se imponga debe ser demandado firmemente, y las respuestas esperarse no sólo en el discurso, sino principalmente en actos concretos. Dentro de los valores que imperan hoy en la cultura de nuestra sociedad y que embeben las organizaciones de salud no se encuentra a la calidad en los primeros lugares. Mucho antes se hallan los costos y la rentabilidad, sin entender, muchas veces, que apostar a la calidad necesariamente genera eficiencia. Valores como el amiguismo, la burocracia, la corrupción y otros son verdaderos escollos para que se genere una "cultura de la calidad".
3. Modelo de pensamiento de los profesionales que se desempeñan en organizaciones de salud (médicos, administradores, etc.). Algunas veces son las personas que trabajan en servicios de salud las que representan un obstáculo para las iniciativas de mejora de la calidad. Esto frecuentemente está relacionado a la formación recibida, a las características de la función que se debe cumplir y por supuesto a la esencia de la propia persona. Pensar que hay sólo una solución para cada problema, que la solución sólo parte de un individuo, que las cuestiones deben ser impuestas, que ante el error no cabe otra cosa que la justificación y el desplazamiento de la culpa, que el aprendizaje debe ser únicamente individual, etc., no ayudan en nada a generar un ambiente propicio para la mejora de la calidad.
4. Falta de conocimiento y capacitación sobre cuestiones atinentes a la calidad. El Dr. Navarini comenta en su nota: "El aprendizaje de los profesionales de la Salud y la comunidad en su conjunto sobre estas temáticas nos permitirá desarrollar actitudes favorables hacia el control de calidad, enseñar a usar y aplicar los resultados; crear en definitiva una conciencia colectiva sobre Calidad Médica". Hasta hace poco tiempo no existían posibilidades, ni durante la carrera profesional ni después de ella, para que un profesional de la salud, interesado, recibiera capacitación formal sobre calidad en las ciencias de la salud y la metodología para obtenerla y mejorarla. Aún hoy las iniciativas son escasas y los interesados también. Tampoco el "consumidor" de los servicios de salud recibe información sobre calidad médica. Tiene sentido, podría comenzar a exigirla concretamente y con racionalidad.
5. Traducción de los lineamientos generales de la calidad a los servicios de salud. La "ciencia de la cali-

dad” tiene sus orígenes más cercanos en países devastados por la segunda guerra mundial como el Japón. Surgió como una necesidad de la industria manufacturera para aumentar la eficiencia. El camino recorrido no ha sido corto pero la traslación de los conocimientos sobre el tema a los servicios y en especial a salud ha dado dificultades. Recién el pasado año se publicó la Guía IRAM 30200 que tiene la finalidad de interpretar una norma de gestión de calidad (la ISO 9001:2000) para que pueda ser aplicada a organizaciones de salud.

6. Personal con dedicación formal a la calidad en organizaciones de salud. En el trabajo de todos los días, en cualquier organización de salud, se necesita personal que tenga asignada concreta y formalmente la tarea de trabajar para coordinar e implementar las acciones tendientes a mejorar la calidad. Estas iniciativas no pueden ser relegadas a los ratos libres de un puñado de voluntarios que trabajan sin percibir remuneración por el particular.

Es ocioso resaltar que el listado precedente no pretende agotar el tema sino todo lo contrario, resumirlo. De todos modos, en este punto me parece conveniente que no se pierda de vista el alineamiento conceptual que tienen los sistemas de obtención de la calidad con las ciencias de la salud:

Se tiende a sustituir el concepto empresarial de “Sólo el beneficio propio” por el de “Satisfacción de los demás y como consecuencia el beneficio propio”. Este “Enfoque al cliente” de los sistemas de gestión de la calidad se alinea con el necesario “Enfoque al paciente” de las ciencias de la salud. En otras palabras se intenta sustituir “Individualismo” por “Altruismo”.

Se tiende a sustituir el concepto empresarial de “Sólo Aseguramiento de Resultados” por “Además, Aseguramiento de Procesos”. Este “enfoque en los procesos” de los sistemas de gestión de calidad se alinea con las ciencias de la salud donde los resultados son poco predecibles para el caso individual y cobra importancia el modo de atención. Dicho de otro modo, se intenta reemplazar el solo “Curar” por el más amplio “Cuidar”.

Se tiende a sustituir el concepto empresarial de “Toma de decisiones basada en autoridad, etc.” por “Toma de decisiones basada en datos objetivos”. Este “Énfasis en el uso de datos” de los sistemas de gestión de

calidad se alinea con las actuales tendencias en salud referida a las decisiones basadas en evidencia objetiva (“Medicina basada en Evidencia”).

Se tiende a sustituir el concepto empresarial de “estado de cosas definitivo” por un “estado de cosas provisional” y por lo tanto susceptible de ser mejorado permanentemente. Este enfoque en la “Mejora Continua” de los sistemas de gestión de calidad se alinea epistemológicamente con el concepto de verdad en ciencias de la salud en donde la “Verdad definitiva” es reemplazada por una “Verdad provisional”.

Por lo anteriormente expuesto se pueden esperar los beneficios que surgen de mejorar la calidad en los servicios de salud y que en mi experiencia se pueden resumir como sigue:

Genera orden. Esto se produce como resultado de la optimización de los recursos materiales y del tiempo. Una consecuencia nada despreciable del orden es la disminución de los débitos por auditorías médicas externas de los financiadores.

Reduce el error. El mayor orden conduce a una reducción de los errores médicos con la consecuente disminución de los efectos indeseables al paciente y de las demandas legales a profesionales e instituciones de salud.

Reduce costos. Tanto el aumento del orden como la reducción de los errores conducen a una disminución de los costos de los servicios. Esto se hace notable en los costos que se registran en los sistemas contables habituales como en aquellos costos que pasan inadvertidos a menos que se los analice específicamente (ej. malgastar insumos, etc.).

Estímulo para el personal. Cuando el personal se involucra en mejorar la calidad aumenta su interés en las tareas que realiza, esto probablemente como consecuencia de que se le permite auto-administrar su trabajo, consiguiéndose de este modo el máximo aprovechamiento del conocimiento y de las habilidades del trabajador.

Finalmente, quisiera insistir en que con los apretados conceptos vertidos, quien suscribe desea ampliar las afirmaciones del Dr. Navarini, en un intento por allanar el camino a quienes pretendan mejorar la calidad en los servicios de salud.

HÉCTOR A. BONACCORSI

Médico de Planta, Instituto Cardiovascular de Rosario

REFERENCIA

1. Navarini E: Calidad Médica. Rev Med Rosario 72: 35-7, 2006.