

CALIDAD MÉDICA

EMILIO A. NAVARINI*

Rector del Instituto Universitario Italiano de Rosario

Resulta difícil hallar una definición universal cuando hablamos de la acepción "Calidad" y del concepto "Calidad Asistencial". Depende de los grupos sociales, de sus culturas y de los intereses político-económicos que los movilizan.

La Real Academia Española define a la primera como "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie". La segunda, según Donakedian, se puede definir como "nivel de utilización de los medios más adecuados para conseguir las mayores mejoras en la Salud".

Circunscribiéndonos específicamente a "Calidad Médica", en la bibliografía mundial existen muchas definiciones sobre la misma; la gran mayoría hace referencia a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente y de su entorno familiar y social. Ishikawa definió "el trabajar en calidad", que consiste en diseñar, producir y servir un bien o **servicio** que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario.

En la realidad sanitaria actual, a comienzos del siglo XXI, la calidad asistencial de las prestaciones en la medicina debe ser considerada bajo tres aspectos: a) científico y técnico, b) humano, c) económico-financiero. La evaluación de esa calidad asistencial variará sensiblemente según el concepto de salud y los intereses de los distintos grupos que se encuentran comprometidos en ella: a) los profesionales médicos y paramédicos, b) los usuarios (pacientes) y su entorno familiar y social, c) los administradores de salud (empresas).

El **concepto de salud** se forma considerando diferentes aspectos biológicos, psicológicos y socioeconómicos del ser humano y su entorno, lo que hace que

existan muchas variables del mismo a lo largo de la historia de la humanidad. Aceptamos la de la OMS: "Estado complejo de bienestar físico, mental y social, y no únicamente en ausencia de la enfermedad" La Calidad Médica apunta a una "vida en y con salud".

La aplicación de una política de calidad dentro de un modelo de atención de la salud dependerá del conocimiento y convencimiento que los tres sectores involucrados tengan: los usuarios, los profesionales y los gerenciadore. Así, tampoco el Estado debe desprenderse de su obligación hacia la población y las instituciones, de fijar y controlar en última instancia el proceso asistencial dentro del marco social y político.

La buena asistencia médica debe ser accesible para todos con una distribución adecuada de los servicios y continuidad de la misma. Debe ser de calidad; para ello, ha de basarse en efectividad, eficiencia y adecuación. Dentro de estos aspectos la calidad científico técnica en la aplicación de conocimientos actualizados y tecnología apropiada es un componente fundamental.

Se debe tener en cuenta siempre la satisfacción del usuario como parámetro evaluatorio, como así también, algo olvidado muchas veces: la satisfacción del profesional por sus condiciones de trabajo.

El concepto de calidad en los servicios de salud es relativo. Sus variables dependen de los intereses y la visión que tengan los grupos involucrados en el sistema sanitario de cada país. Los usuarios (pacientes y familiares), los profesionales (médicos y auxiliares de la medicina), los gestores (gerenciadore) y los financiadores (bancos o empresas multinacionales), al tener intereses distintos, no sólo no coinciden, sino que entran frecuentemente en conflicto.

* Dirección postal: Virasoro 1249, (2000) Rosario, SF. Correo electrónico: enavari@cimero.org.ar

En 1977 la OMS llevó a cabo en 20 países de Europa un estudio de percepción para valorar los aspectos más importantes en la práctica de la medicina entre los integrantes de los tres grupos involucrados en la misma. Se consideró la efectividad, la eficiencia, la adecuación y la calidad de las prácticas médicas y paramédicas desarrolladas en esos países europeos (Ver Tabla I).

Está claro que para los usuarios la buena adecuación de los servicios es de más jerarquía que la calidad, y para los empresarios la eficiencia es prioritaria. Los profesionales en cambio consideran la calidad más importante.

Si repitiéramos el estudio realizado por la OMS en 1977, sus resultados en el momento actual marcarían aún más la diferencia de valoración entre los grupos estudiados.

Las situaciones conflictivas planteadas por los intereses distintos de los grupos involucrados en la asistencia sanitaria podrían mejorar con una adecuada articulación entre ellos, y con la aplicación de políticas claras de salud por parte de los gobiernos.

No puede haber buena calidad médica si todos aquéllos que integramos los grupos comprometidos en dicha asistencia relegamos a un segundo plano al paciente y su familia. El concepto de Calidad Médica necesariamente cambió durante el siglo XX, en la medida que la práctica de la medicina sufrió una despersonalización, perdiéndose el médico de familia, aquel profesional respetado por sus pacientes y familiares. Ese médico de cabecera fue reemplazado por el equipo cuyos integrantes, casi todos especialistas, son muchas veces desconocidos para el usuario. Para el paciente de las primeras décadas del siglo XX, la alta calidad médica era una atención personalizada y permanente.

Los profesionales de las ciencias médicas en general y los médicos en especial pasaron de un gran reconocimiento de la comunidad a una despersonalización sostenida. La tecnología reemplazó el examen minucioso, se alteró el contacto entre el paciente, sus familiares y el médico. La relación medico-paciente-familia llegó a límites extremos de deterioro. La razón y la ética cayeron bajo “el imperialismo de la tecnología y la economía”.

Por otro lado, la gran variabilidad de la atención sanitaria hace necesario implementar formas y criterios de valoración para detectar a través del control de calidad las consecuencias de esas variables. Las evaluaciones son: 1) Por razones éticas, ya que la OMS fijó el principio que cada ser humano tiene el derecho “al nivel de salud más alto alcanzable”; en la medida que este derecho sea incluido en las leyes de los países, es una responsabilidad social del Estado, moral de las instituciones de salud, y ética de todo profesional médico. 2) Por razones de seguridad sobre instalaciones, equipamiento y personal. 3) Por razones de eficiencia al ser cada vez más frecuente la indicación y aplicación de tecnología de última generación en estudios y en tratamientos, como lo es también el uso de fármacos de alto costo. La correcta indicación de todos los estudios y tratamientos surge del conocimiento y experiencia profesional, que llegan a ser eficientes si se acompañan de costos razonables.

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.

(Recibido y aceptado: febrero de 2006)

Tabla I

COMPONENTES	PACIENTES O CLIENTES	PROFESIONALES	AUTORIDADES Y DIRECTIVOS
EFFECTIVIDAD	30%	20%	5%
EFICIENCIA	5%	8%	60%
ADECUACIÓN	50%	7%	30%
CALIDAD	15%	65%	5%

REFERENCIAS

- Achával A. *Responsabilidad civil del médico*. Abeledo-Perrot; Buenos Aires, 1992
- Agrest A. *Evolución de la medicina en los últimos 50 años*. Bol Acad Nac Med 75:655-61, 1997.
- Aguilar OI. *El ejercicio profesional del médico*. Med Sociedad 20(2):130-2, 1997.
- Arrighi L. *En cuanto al médico: reflexiones y sugerencias*. Rev Asoc Med Arg 108(4):8-12, 1995.
- Babini DS. *Adiós 1999, bienvenido 2000* (Editorial). Exp Medica 17(4):163-4, 1999.
- Barillos E. *Nuevas dimensiones de la salud internacional en la globalización*. Pan Am J Public Health 6:220-1, 1999.
- Bracco AN. *La esencia del médico*. Rev Arg Cirugía 48:286, 1985.
- Cariati P. *Hacia dónde va el médico*. Rev Asoc Med Arg 107(4):23-4, 1994.
- Corella JM. *La gestión de servicios de salud*. Díaz de Santos; Madrid, 1996.
- Donabedian A. *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad*. Salud Pub Mexico 35:238-48, 1993.
- Dolcini HA. *Ética en medicina. Doctrina y formación*. Rev Soc Etica Med 1:13-6, 1998.
- Figini HA. *La medicina que estamos viviendo*. Rev Asoc Med Arg 111(4):22-7, 1998.
- Litovska S. *El hecho moral en medicina*. Quirón 25(2):100-1, 1994.
- Lorenzetti RL. *Los cambios en la medicina y en la responsabilidad*. En: Responsabilidad civil de los médicos. Santa Fe; Rubinzal-Culzoni, 1997.
- Lledó Rodríguez R, Prat Marín A. *Calidad asistencial*. En: Gestión diaria del hospital (Asenjo MA, ed.). Masson; Barcelona, 1998.
- Marracino C. *Tendencias en la atención médica y cambios en la concepción de la calidad*. Med Sociedad 21(1):41-5, 1998.
- Maglio F. *La medicina, la vida y la muerte*. Rev Asoc Med Arg 109(3):32-4, 1996.
- Meeroff M. *Definición y caracterización de la medicina antropológica*. C. M. Publicación médica 6(2):92-5, 1993.
- Pereira V. *Vocación médica y el ejercicio de la medicina*. Arq Med Hosp Ciencias Med Santa Casa Sao Paulo 8(31):51-4, 1988.
- Pico AL. *Programa de garantía de calidad*. Bol Acad Nac Med (Suplemento), 1992.
- Rabinovich-Berkman RD. *Responsabilidad del médico*. Astrea; Buenos Aires, 1999.
- Schiappacasse E, y col. *Perfil profesional del médico*. Educ Med Salud 18(4):359-70, 1984.
- Varó J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Díaz de Santos; Madrid, 1994.
- Vuori HV. *El control de la calidad en los servicios sanitarios*. Masson; Barcelona, 1996.
- Yungano A, López Bolado JD, Poggi VL, Bruno AH. *Los médicos y el código penal*. Eudeba; Buenos Aires, 1988.
- Asociación Médica Argentina. *Código de ética para el equipo de salud*. Cap. 8. Siglo XXI; Buenos Aires, 2001.

visitá a tu oculista...

ROA red de ópticas argentinas

después pasá por
red de ópticas argentinas
...te demostraremos que conviene consultarnos!!!

 red de opticas argentinas

Córdoba 1487 - Rosario - Tel.:5290009/9
E-mail: jb@lutzfer.com.ar