

CUANDO SE ALCANZAN BUENOS RESULTADOS CON MALOS PROCESOS  
SE DETERIORA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

# Calidad de atención médica y riesgo sanitario

El interés por la calidad de atención no sólo se origina en el malestar expresado por los propios usuarios sino también en el propósito de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud

Escribe

**Delia Outomuro**

Médica (UBA)  
Doctora en Medicina (UBA)  
Licenciada en Filosofía (UBA)  
Profesora Regular Adjunta de  
Medicina de la Facultad de  
Medicina (UBA)

*doutomuro@fmed.uba.ar*

La calidad de la atención médica ha adquirido importancia en las últimas décadas en relación con el debate sobre los derechos de los pacientes y del derecho a la salud. Si bien la evaluación de esa calidad es importante para lograr resultados positivos en el estado de salud de la población, la atención de la salud implica acciones que exceden el campo de la medicina y reclama un trabajo interdisciplinario. Asimismo, los usuarios de los servicios de salud deben ser participes activos a la hora de establecer necesidades y de planificar las estrategias tendientes a satisfacer las demandas. Mejorar la calidad de atención médica conlleva el respeto por los principios bioéticos, particularmente el de no-maleficencia entendido en sentido amplio, es decir, el respeto tanto de las indicaciones médicas como de las elecciones del paciente. Una buena calidad de aten-

ción médica, concebida de este modo, disminuye significativamente el riesgo de judicialización del acto médico.

## Introducción

La *calidad de la atención de la salud* se ha convertido en un tema de interés por parte de distintas disciplinas como la bioética, el derecho, la salud pública y la administración sanitaria, entre otras. Ello responde a múltiples causas pero, en especial, a la problemática surgida en las últimas décadas en torno a los derechos de los pacientes y al derecho a la salud.

El interés por la calidad de atención no sólo se origina en el malestar expresado por los propios usuarios sino también en el propósito de disminuir las desigualdades más graves del sistema de salud.

Por otro lado, en las últimas décadas,

hemos asistido a un incremento de la llamada "judicialización del acto médico". Las demandas por supuesta mala praxis están a la hora del día y algunos han comenzado a hablar de una verdadera "industria del juicio". Esta situación de riesgo de judicialización vivida por los profesionales de la salud se ha dado en llamar "riesgo sanitario".

Ahora bien, el concepto de *atención de la salud* (AS) involucra la *atención médica* (AM) pero es mucho más amplio que ella. Desde un modelo holista que abarque de modo integral el proceso salud-enfermedad, no pueden excluirse las miradas de otras disciplinas más allá de la medicina, ni tampoco las acciones sobre otros aspectos de la realidad más allá del cuerpo. Así, la AS reclama el trabajo de antropólogos, sociólogos, asistentes sociales o psicólogos, y acciones sobre el medio ambiente, la economía, el trabajo, la vivienda, o la educación. Definimos la AM como la totalidad de los servicios médico-sanitarios que se prestan directamente a las personas para la atención de su salud y que, por tanto, incluyen las medidas que se toman para la promoción de la salud como para la prevención, la recuperación, y rehabilitación de las enfermedades. Promoción, protección o prevención, recuperación y rehabilitación son las *funciones* de la AM.

### Calidad de la atención médica. Su relación con la calidad de vida

Avedis Donabedian (1919-2000) introduce en 1966 el esquema tripartito de estructura, proceso y resultado en la AM y, cuando aborda el tema de la calidad, plantea que su definición es un verdadero

*misterio*. Es también este autor quien considera tres aspectos en la calidad de la AM: técnico, interpersonal y, lo que el llama, *amenidades*. Estas tres facetas estarán presentes en la definición de calidad de la OMS.

**EL CONCEPTO DE CALIDAD PROVIENE DE LA INDUSTRIA MANUFACTURERA Y ES DE DIFÍCIL DEFINICIÓN POR VARIAS RAZONES. POR UN LADO, ADEMÁS DE SER UN JUICIO DE VALOR, ES UN TÉRMINO PRIMARIO DESDE EL PUNTO DE VISTA LÓGICO; ESTO QUIERE DECIR QUE ES UN TÉRMINO QUE SE UTILIZA PARA DEFINIR OTROS TÉRMINOS. EN ESTE SENTIDO, COMPARTE LA MISMA PROBLEMÁTICA QUE OTROS TÉRMINOS COMO "BELLEZA", "BONDAD" O "JUSTICIA".<sup>1</sup>**

Por otro lado, presenta variaciones sincrónicas y diacrónicas en las distintas comunidades.

**CADA GRUPO CULTURAL, CADA SOCIEDAD TIENE SUS PROPIO CONCEPTO DE CALIDAD, ÍNTIMAMENTE LIGADO A SUS VALORES Y COSTUMBRES. ESTE CARÁCTER DINÁMICO DEL CONCEPTO OBLIGA A SU REVISIÓN CONTINUA Y PLANTEA UNA SERIE DE PROBLEMAS EN LO QUE HACE A SU EVALUACIÓN.**

El sintagma "calidad de vida" debe ser entendido como un constructo relacionado con el concepto de bienestar. Se trata de un concepto descriptivo pero también evaluativo y normativo. Posee como características el ser subjetivo, multidimensional, complejo, dinámico y situacional. La *subjetividad* es su rasgo

esencial; nadie mejor que uno mismo para saber cuál es la forma de vida que desea para vivir. Sin embargo, esto que asombra por su obviedad es fuente de innumerables conflictos suscitados muchas veces por buenas intenciones (paternalismo). La *multidimensionalidad* implica que la evaluación de la calidad de vida no involucra un solo aspecto, como pudiera ser el estado de las funciones vitales. Otras perspectivas como la espiritualidad, los afectos, la contención social, la función desempeñada en el grupo de pertenencia, deben ser consideradas. Precisamente por ser multidimensional, la calidad de vida se caracteriza por su *complejidad*. El proceso de evaluación en un sentido puede resultar tan positivo o negativo como la evaluación hecha en sentido opuesto.

**AHORA BIEN, LO SUBJETIVO, LO MULTIDIMENSIONAL Y LO COMPLEJO NO SÓLO SE POTENCIAN SINO QUE SE COMPLICAN CON EL CARÁCTER DINÁMICO DEL CONSTRUCTO. UNA MISMA PERSONA PUEDE ENTENDER LA CALIDAD DE VIDA DE UNA MANERA DURANTE SU JUVENTUD Y DE OTRA MUY DISTINTA EN LA ADULTEZ O EN LA VEJEZ.**

Esta relativización está en relación con diversas variables; sin duda, con los cambios cuali-cuantitativos fisiológicos que limitan nuestras pretensiones pero, por sobre todo, con el cambio en las preferencias y/o en los criterios de valoración, producto de la experiencia de vida<sup>2</sup>. Es de resaltar positivamente este punto en tanto representa el fruto del aprendizaje, de la capitalización de sucesivas vivencias existenciales. Finalmente, es *situacional* porque

los criterios que uno mismo utiliza para evaluar la calidad de vida varían con la cultura y con la época<sup>3</sup>. La influencia positivista-empirista que todo lo categoriza y cuantifica no ha estado ausente en esta cuestión. Así, se han diseñado diversas escalas que han intentado "medir" la calidad de vida. Algunas se centran más en lo biológico, otras incluyen aspectos psicológicos y sociales operacionalizando estas variables cualitativas. Algunas de estos instrumentos son el SF-36, el *Nottingham Health Prolife* (NHP), el *Functional Limitations Prolife* (FLP) o el de la OMS (WHOQOL 1995). Estas escalas encontrarían su fundamentación filosófica en la ética utilitarista según la cual, cada vida posee *qualys* (atributos) de los que depende su valor. Esta estrategia de operacionalización es frecuente en ciencias sociales; consiste en reducir un concepto a sus dimensiones esenciales o a las que interesan con el propósito de hacerlo mensurable.

## Evaluación de la CAM

En la AM podemos distinguir: *estructura, proceso y resultado*. La estructura se refiere a los recursos humanos y materiales (centros de salud, tecnología médica, profesionales, etc.). El proceso se define como "los procedimientos, métodos y actividades por los cuales se canaliza la atención para alcanzar el resultado". El resultado es "el cambio logrado en términos de salud y de satisfacción". No resulta ocioso aclarar que no todo cambio en salud de la población se debe a la AM; muchos cambios responden a acciones sobre la vivienda, cambios culturales, ambientales, o incluso la evolución natural propia. Cada una de estas tres áreas puede

ser evaluada con distintos métodos de medición: la estructura mediante la habilitación (licencia para funcionar), la categorización (clasificación de los establecimientos según su grado de complejidad) y la acreditación (evaluación periódica de los establecimientos); mediante la auditoría médica; los resultados en base a lo que nos proponamos, en tanto comunidad, acerca de cuáles han de ser las "metas de la medicina". En otras palabras, la evaluación de los resultados consiste en comparar dos niveles de salud, uno previo y otro posterior a la AM. Si partimos de un determinado nivel de salud que llamamos X y aplicamos un proceso de AM, llegamos al nivel Y que puede ser igual, mejor o peor. Se supone que aspiramos a lograr un resultado beneficioso y que, por ende, el nivel Y es mejor que el X del cual partimos. En las dos posiciones restantes, la AM será inefectiva. Sin embargo, esta forma de evaluar resultados excluye la mirada de los usuarios. Pero ellos no deben ser sujetos pasivos sino todo lo contrario. De allí la necesidad de complementar la evaluación de los resultados con la *evaluación del grado de satisfacción de la población*. Una forma de evaluar su conformidad o disconformidad, de conocer cuáles son sus expectativas y preferencias, a través de encuestas de opinión. Aquí también habrá que partir de un estado inicial X y valorar el estado de satisfacción Y alcanzado.

**ASÍ LA CALIDAD DE LA AM ES EL RESULTADO DE DOS COMPONENTES: UNO INTRÍNSECO Y OTRO EXTRÍNSECO. EL PRIMERO ES OBJETIVO Y SE RELACIONA CON EL CONOCIMIENTO Y LA TECNOLOGÍA. EL SEGUNDO ES SUBJETIVO Y SE**

**VINCULA CON EL ASPECTO HUMANÍSTICO DE LA ATENCIÓN; ESTE ES EL QUE GENERALMENTE ES PERCIBIDO POR EL PACIENTE Y/O LA FAMILIA Y VA DESDE EL TRATO PERSONAL QUE RECIBEN HASTA LA AMBIENTACIÓN Y HOTELERÍA DEL CENTRO ASISTENCIAL.**

Este aspecto extrínseco de la calidad de la AM suele denominarse *calidad aparente o percibida*<sup>4</sup>. Ya Gregorio Marañón distinguía entre buen médico y médico bueno y afirmaba la necesidad de conjugar ambas alternativas y, aunque no hablaba explícitamente de calidad de AM, con su propuesta se estaba refiriendo precisamente a ese tema. Un *buen médico* es aquél que posee conocimientos médicos, habilidades intelectuales para, reflexionando críticamente sobre ellos, tomar decisiones y destrezas motoras para realizar las prácticas de su arte con corrección técnica. Quien no posea estas cualidades corre el riesgo de incurrir en negligencia o impericia y, por ende, puede producir daño. Es claro que cuando no se posee pericia técnica se pueden realizar prescripciones que no sólo quizás no estén indicadas sino que, además, pueden estar contraindicadas. En pocas palabras, indicar lo contraindicado implica violar el principio de no-maleficencia. Ahora bien, también se puede dañar al actuar bien desde el punto de vista técnico, al indicar lo que realmente está indicado desde el conocimiento médico. Un *médico bueno* es aquél que ha desarrollado actitudes de respeto y solidaridad con el prójimo, aquél que puede concebir al paciente como otro igual a sí mismo, aquél que es capaz de reconocer el derecho que otros tienen de llevar a cabo

sus proyectos de vida, por muy diferentes que sean del suyo propio. Así, la salud es entendida no sólo como la ausencia de enfermedad sino como la capacidad de realizar los propios ideales de felicidad y perfección.

**LA "BIOLOGÍA" ES TAN IMPORTANTE COMO LA "BIOGRAFÍA" DE LA PERSONA Y EL ACTO MÉDICO NO ES ENTENDIDO MERAMENTE COMO UN ACTO TÉCNICO SINO COMO UN HECHO SOCIAL EN EL QUE CONCURREN FACTORES CULTURALES, CREENCIA Y VALORES.**

Desde esta perspectiva, el médico que impone una conducta por considerarla técnicamente adecuada o, incluso, la "mejor" científicamente hablando está produciendo un daño porque no le ofrece al paciente la posibilidad de elección entre otras alternativas. Estas opciones no sean quizás las óptimas desde el punto de vista de la medicina pero sí lo sean desde la mirada del paciente, es decir, teniendo en cuenta su historia personal y sus planes de vida. El principio de no-maleficencia implica respetar las indicaciones y las elecciones. Las primeras son objetivas mientras que las segundas son siempre subjetivas. Algo puede estar indicado pero el paciente no elegirlo y esto debe respetarse. La indicación corresponde al médico mientras que la elección corresponde al paciente. Al respecto, Gracia Guillén recuerda un ejemplo muy ilustrativo: el cáncer de laringe puede tratarse con cirugía, esto es con la exéresis de las cuerdas vocales o bien con radioterapia. El tratamiento quirúrgico proporciona una mayor probabilidad de supervivencia pero deja al paciente sin habla. Un

trabajador manual tal vez elija esta alternativa pero es posible que un hombre público se incline por la radioterapia pues, para su proyecto de vida, esta opción implique una mejor calidad de vida, aún a costa de sacrificar cantidad de vida <sup>5</sup>.

Una encuesta realizada en México entre los usuarios de los consultorios externos de varios centros asistenciales públicos y privados mostró que **"PARA LOS USUARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL, LOS PRINCIPALES ELEMENTOS QUE DEFINEN LA MALA CALIDAD DE ATENCIÓN SON LOS LARGOS TIEMPOS DE ESPERA, LOS TIEMPOS CORTOS DEDICADOS A LA CONSULTA Y LA DEFICIENCIA EN LAS ACCIONES DE REVISIÓN Y DIAGNÓSTICO, MIENTRAS QUE PARA LA POBLACIÓN ABIERTA DICHS ELEMENTOS ESTÁN CONSTITUIDOS POR EL TIEMPO CORTO QUE DURAN LAS CONSULTAS, LAS CONSULTAS DIFERIDAS Y EL MALTRATO DEL PERSONAL QUE PRESTA LOS SERVICIOS"** <sup>6</sup>.

En este maltrato están involucrados, en primer lugar, el personal de recepción y confección de la ficha de ingreso, en segundo lugar el personal que proporcionaba informes y en tercer lugar el personal médico. La percepción de mala calidad era directamente proporcional al nivel de ingresos y al nivel de instrucción. El nivel de instrucción se relacionaba directamente con el nivel de ingresos. Es de hacer notar que la mayor insatisfacción se refería al tiempo de espera, superado ampliamente (más de dos horas) respecto a lo establecido por la Norma Oficial Mexicana que considera como bueno un tiempo de espera menor de 30 minutos.

Este enfoque de evaluación de resultados puede completarse con encuestas que evalúen el *grado de satisfacción de los profesionales de la salud* que intervine directamente en la AM.

## A modo de conclusión

Algunas relaciones vinculares: CAM, riesgo sanitario y principios bioéticos. A partir de las consideraciones precedentes podemos sostener que:

1. La calidad de AM está en relación directa con los resultados obtenidos y puede medirse a partir de ellos. Si los resultados son malos, la calidad es mala. Sin embargo, también puede y debe evaluarse a partir de la estructura y del proceso. Es posible alcanzar buenos resultados con malos procesos (estudios innecesarios, prolongados tiempos de espera, etc.) y ello va en detrimento de la calidad.
2. Una buena CAM entendida objetiva y subjetivamente implica respetar los principios bioéticos, particularmente el principio de no-maleficencia.
3. Desde un modelo de relación clínica no paternalista, respetar el principio de no-maleficencia significa respetar las indicaciones pero también las elecciones del paciente.
4. El riesgo sanitario no se anula pero, por cierto, disminuye significativamente cuando mejora la CAM así entendida.

**FINALMENTE, CABE DESTACAR QUE LA ENSEÑANZA DE LAS HUMANIDADES MÉDICAS Y DE LA BIOÉTICA CONSTITUYE UNA ESTRATEGIA FUNDAMENTAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CAM.**

A través del diálogo que la bioética supone es posible consensuar metas, necesidades y estrategias. Asimismo, estas disciplinas enseñan que la

salud y la enfermedad no son entidades sólo biológicas sino que constituyen procesos históricos, sociales y de responsabilidad colectiva. Enseñan que la salud y la enfermedad no pueden reducirse a lo biológico y que la dimensión cultural ha de estar también presente. Enseñan que las entidades nosológicas "se encarnan" en los pacientes de mane-

ra idiosincrásica, que la enfermedad no es la misma en dos pacientes simplemente porque la biografía de cada paciente es distinta. Sus historias de vida difieren y, por lo tanto, la forma en que el médico debe aplicar su saber será distinta. Pero además de ser distinta deberá ser consensuada con el paciente conjun-

das elecciones del paciente. Tener en claro estas cosas ayudará a planificar una estructura y a implementar un proceso de AM que conduzca a resultados de calidad, evaluados tanto desde la óptica de la medicina como desde la perspectiva de los usuarios de los sistemas de salud.

## Referencias bibliográficas

1. Lemus JD, Aragües y Oroz V. Auditoría médica. Un enfoque sistémico. Buenos Aires: Ed. Universitarias, 2004.
2. Lolas F. Escritos sobre vejez, envejecimiento y muerte. Iquique: Universidad Arturo Prat, 2002.
3. Outomuro D. Algunos dilemas bioéticos entorno a la vejez. ARS Médica de la Pontificia Universidad Católica 2003; 8: 63 - 74.
4. Asenjo MA. Cuestiones bioéticas en la economía de la salud y la gestión hospitalaria. En: Casado M. Estudios de Bioética y Derecho. Valencia: Tirant lo Blanch, 2000. p. 173-195.
5. Outomuro D, op cit.
6. Ortiz Espinosa RM et al. Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. Pan Am J Public Health 2003; 13: 229-238.