

BIOÉTICA Y CALIDAD INTEGRAL DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

Comisión De Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud

En memoria del Prof. Dr. Carlos A. Gómez Haedo, quien trabajara para las Convenciones Médicas Nacionales, haciéndolo desde la III, como Delegado Estudiantil de la AEM, y en 1984 como Presidente de la VII. En esta Convención surgió la Comisión Nacional de Ética Médica en defensa de los DDHH.

INTRODUCCIÓN.

Hace más de 20 años que Gómez Haedo insistía en la importancia de la calidad integral de la atención sanitaria incorporando la bioética, esa nueva visión que ingresaba entonces en la escena de la medicina en Uruguay.

ANTECEDENTE.

El Poder Ejecutivo creó el 11 de abril de 2005, la **Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud**, estableciendo que *“será de carácter asesor y honorario y tendrá como cometido central contribuir al mejoramiento de la calidad de la Atención de los Usuarios en el Sistema de Atención de Salud”*.¹ Esta comisión fue la síntesis de las ideas que desde principios de los noventa propiciaba Gómez Haedo, respecto a la indisoluble unión de la calidad y la ética en la atención de la salud. El antecedente fue la constitución de una Comisión de Bioética y Calidad, bajo su impulso y coordinación, en una institución de asistencia médica colectiva en 1991, que sirvió como laboratorio de prueba para los desafíos a enfrentar.

VISIÓN SOBRE BIOÉTICA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD.

La bioética reflexiona y debate en forma filosófica, sobre los principios y valores morales, sobre los problemas en la actividad humana que tienen que ver con las ciencias de la vida y de la salud, sus repercusiones sobre las generaciones futuras, los animales de experimentación y el medio ambiente.

Si mediante principios y valores éticos deliberamos específicamente acerca de las ciencias de la salud, se destaca una cualidad deseable para la comunidad social que es imprescindible: **la calidad en la atención de la salud. No hay atención de la salud que cumpla con los valores bioéticos, si no cumple integralmente con el valor de la calidad.**

“La calidad es un valor. Los valores no “se ven” como los hechos, sino que “se estiman”. El objetivo es que el personal sanitario tome decisiones de mejor calidad, usando un proceso de estimación.

¹ Decreto n° 610/005.

*No se pueden tomar decisiones sin estimar: ser médico es ir estimando permanentemente. El concepto de calidad es amplio: sin valores no hay calidad posible. **Quien no sabe manejar bien los valores difícilmente pueda hacer mediciones de calidad.***"²

La OMS considera la calidad sanitaria como asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta los factores y los conocimientos del usuario y del servicio médico, para lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. Establece elementos esenciales para la calidad en los servicios de salud: un alto nivel de excelencia profesional; la eficiencia en el uso de los recursos; la minimización de los riesgos para el usuario; un alto grado de satisfacción, y el efecto favorable en la salud. Gómez Haedo proponía:

*"El marco conceptual para analizar la calidad de la atención médica y/o atención de la salud deben ser la Educación Médica Continua y la Colegiación Profesional: una vigilando la renovación y actualización de los conocimientos y otra el ejercicio real de la Ética en el complejo proceso asistencial."*³

Para lograr un alto nivel de excelencia profesional es indispensable la **educación continua del personal sanitario**. La OPS propone, mediante el "Llamado a la Acción" de Toronto-2006, que las políticas de Recursos Humanos en Salud para la década 2006-2015 "sirvan como referencia y una herramienta para todos los que intentan desarrollar políticas de recursos humanos **como parte de sistemas de salud más equitativos y de calidad en los países de nuestra Región**". Este objetivo de las políticas de recursos humanos precisamente **aúna los dos aspectos que la Comisión de Bioética y Calidad respalda** en su propuesta: **la valoración bioética (equidad) con la calidad asistencial**. Se contribuirá de esta forma a incorporar una nueva filosofía en la atención de la salud, que impulse la vigencia y aplicación de la bioética, con énfasis en la necesidad de adecuación, vigilancia, mejoramiento y aseguramiento de su calidad.

Esto implica el verdadero desafío hacia un progresivo cambio cultural en el ámbito sanitario, que Gómez Haedo propugnaba.

La Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud en el MSP, -recién fundada- expresaba:

*"Se caracteriza así ese "nuevo contrato" de responsabilidades y derechos compartidos donde gravitarán con plenitud los Principios de la Ética y las normas que hacen a la Calidad Integral de la Atención de la Salud." ... "...a los efectos de contribuir a una nueva filosofía que no sólo contemple la introducción de la bioética, sino la incorporación de la misma al aseguramiento de la calidad de la atención de la salud junto con los otros parámetros señalados (técnico-asistencial y contenido humano intrínseco)." "A los efectos operativos se considerará una **Bioética emanada de los DDHH**, que respete la dignidad humana, la protección de las personas frágiles o vulnerables, y los criterios de los principios en Bioética (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), junto con los datos de Medicina basada en la Evidencia cuando se dispongan de ellos, y el contenido humano intrínseco en la atención de la salud."*⁴

El mejoramiento continuo de la calidad requiere la integración de todos los elementos, que abarcan desde el planeamiento, la administración, los aspectos financieros, la aplicación de tecnología y de

² Diego Gracia Guillén entrevistado en 1992.

³ Gómez Haedo. Editorial en Compendio, 1993.

⁴ Documento 2 de la Comisión, 2005.

procedimientos, hasta la selección de personal y su educación continua, junto a las facultades para su evaluación, seguimiento y control.

*“Por más industrializada y desarrollada que esté una sociedad el reduccionismo a los términos del mercado es de una aterradora y lamentable simplicidad. Por ello preferimos enfocarla en especial como uno de los Derechos Humanos (de tercera generación) como lo definió el Claustro de la Facultad de Medicina. Lo que supone un buen puerto de partida o de llegada.”*⁵

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE O EQUIPO DE SALUD-COMUNIDAD.

En el análisis de la gestión de calidad en atención de la salud, se incluyen e interesan especialmente los parámetros de la calidad asistencial que transitan por **la consideración preferencial de las condiciones de la relación humana y ética**, tanto entre el médico y el paciente, como entre el equipo de salud y la comunidad, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales.

Cada vez más las descripciones de la calidad en la atención de la salud, tienden a incluir el aspecto subjetivo. Numerosos trabajos internacionales recientes sobre atributos de la práctica médica se denominan proyectos “centrados en el paciente”. Así se puede definir la calidad como el conjunto de características de un servicio que es capaz de satisfacer las necesidades de los usuarios.

Al incluir factores subjetivos de satisfacción en la evaluación de la calidad asistencial se reconoce la importancia medular de quien es el protagonista principal en las acciones de salud: el paciente-potencial paciente-usuario. Al respecto Gómez Haedo fundamentaba:

*“Se trata de una relación humana de alta complejidad que ya definimos, llámese médico-paciente, médico-usuario (relación sanitaria) o relación clínica por Diego Gracia. En ellas Lain Entralgo ya señaló los llamados “momentos”: científico, técnico, afectivo, ético y terapéutico que nosotros designamos planos para vincular la línea de fuerza resultante. Y el plano ético impregna nuestras decisiones.”*⁶

*“Las decisiones del médico deben estar centradas en el paciente y entre ambos conviene que haya una relación basada en el respeto y la confianza mutua. Estos son dos de los principios del ‘Decálogo de los pacientes’ que el Comité Ejecutivo de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos españoles ha decidido hoy hacer suyos al entender que son el único camino para conseguir una asistencia sanitaria de calidad que reporte, a la vez, autoestima al profesional y satisfacción física y moral al ciudadano”.*⁷

Para los profesionales de la salud, la calidad humana del vínculo debe ser siempre sinónimo de profesionalidad.

El análisis y la valoración de la relación médico-paciente y equipo de salud-usuario, configuran el basamento indispensable de la calidad de la atención de salud. Para ello *“la historia clínica tendrá que consagrar aspectos en los planos que han estado ignorados, abordando psicología (el plano psicológico-afectivo de Lain Entralgo) y reacciones de los pacientes y consignando grado de información, consentimiento y dilemas éticos personales. Deberán aparecer también en los juicios integrales, los*

⁵ Gómez Haedo, C. Editorial, Compendio, 1998.

⁶ Ídem.

⁷ Confederación Estatal de Sindicatos Médicos CESM, España 2005. www.cesm.org

aspectos estructurales, de los procesos y de los resultados.”⁸ “Nuestro objetivo debe ser el paciente y la esfera familiar y comunitaria.” “La insatisfacción de los usuarios de los Servicios de Salud se basa más en el desconocimiento, la alteración y la fragmentación de la relación tradicional médico-paciente”.⁹ Gómez Haedo insistía en dotar a la evaluación de la calidad en el área de la salud de otros planos, indispensables:

*“Las Auditorías Médicas ... abarcan sólo y parcialmente el plano intelectual-cognitivo. Quedan fuera el plano psicológico-afectivo y el plano ético. Si se analizan los reclamos y las expresiones de inconformidad de los pacientes y familiares éstos se refieren o tienen relación siempre mayor con estos planos últimamente citados. Debemos incorporar entonces; como lo hemos propuesto recientemente en una Comisión de Ética institucional en CASMU, grupos de trabajo o Comisiones que analicen creativamente la integralidad de esta relación, ahora más compleja por intervenir numeroso personal de la Salud.”*¹⁰

Este enfoque de la Calidad procede de los conceptos planteados por Donabedian, quien proponía estudiar las estructuras, procesos y resultados en las acciones para atender la salud, pero planteaba, que además del componente técnico, es importante el relacionamiento interpersonal: la calidad del vínculo interhumano entre el equipo de salud y el usuario, (paciente o potencial paciente), cuya medida principal es el grado de satisfacción de éste.

El estudio de la estructura que propone Donabedian implica la adecuación de los recursos humanos profesionales técnicos y administrativos en toda la organización de los servicios en cantidad y calidad que corresponda con las necesidades identificadas para la población de referencia. Éste debe ser un compromiso ético que involucre a toda la estructura desde los estamentos estratégicos, tácticos y operativos.

La calidad de los cuidados humanos (o calidad percibida), está dirigida al paciente, entorno, familiares y equipo, orientado a las necesidades del paciente. Por tanto, el bienestar de los enfermos es una cualidad intrínseca de la asistencia, independientemente del escenario.

*“Durante la hospitalización está relacionado con circunstancias que incluyen: a) consecución de sus necesidades elementales, b) respeto a sus derechos humanos, y, c) cumplimiento de sus expectativas de atención.”*¹¹

*“Capítulo especial constituye el abordaje de la calidad de la Medicina Ambulatoria o Familiar y Comunitaria, porque existen aquí distintas categorías diagnósticas, diversas dimensiones de la Atención Primaria y de las características de las estructuras, los procesos y resultados. En ella la familia y Comunidad tienen una presencia insoslayable: así lo plantean los estudios particularizados al tema. Tenemos que intentar lograrla entre todos y muy especialmente reconociendo en la Comunidad el derecho a ocupar su lugar junto con los distintos profesionales de la Salud”.*¹²

La satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente, constituye un elemento valioso como referente del nivel de calidad alcanzado. **No hay calidad suficiente, -aún cuando las expectativas puramente técnicas se hayan alcanzado-, sin satisfacción del paciente.**

⁸ Gómez Haedo, C. “La calidad de la atención médica. Un desafío y muchas interrogantes” Editorial, Compendio 17/3, julio 1994.

⁹ Gómez Haedo, C. “Reflexiones sobre la calidad de la atención médica y de la salud”. Editorial, Compendio 16/1.

¹⁰ Gómez Haedo, C. Editorial Compendio, 1993.

¹¹ Herrera et al “Cómo instaurar un plan de calidad asistencial en un servicio clínico” emergencias 2001; 13:40-48

¹² Gómez Haedo, Editorial “Compendio”, julio 1994.

*La estrategia operativa y la fortaleza del programa radican fundamentalmente en el grado de participación de los protagonistas y actores del acto médico y de los aportes que pueden realizar los pacientes y familiares.*¹³

Factor trascendente para la mejora continua de la calidad es la monitorización y evaluación sistemática de la información que se obtiene, en la identificación de posibles deficiencias en la atención, en descubrir sus causas y en definir la forma de perfeccionamiento. El profesional debe diseñar la actividad de monitoreo y evaluación de modo que sea práctica y beneficiosa para la institución. La mejora debe orientarse hacia los procesos y centrarse en aspectos específicos de la atención y satisfacción de los usuarios.

Se ha demostrado que la técnica de mejoramiento tiene innegable valor; contribuye a la atención protocolizada; ejerce un notable impacto en el abatimiento de costos; mejora en términos globales el pronóstico de los enfermos; facilita asimismo la investigación y evaluación de nuevas técnicas. La mejora continua focaliza globalmente todo el proceso y concentra los esfuerzos en identificar y establecer las prácticas y procedimientos que se destacan por excelentes.

El mejoramiento de la calidad representa un cuidadoso esfuerzo de motivación y educación continua del recurso humano de todos los niveles, todos los trabajadores desde el de menor escala hasta el más encumbrado dentro de la organización.¹⁴

La equidad, que es manifestación de la aplicación del principio bioético de Justicia en el acceso y las prestaciones de salud, incluye la valoración de la calidad. Whitehead define la **equidad como una igualdad**, tanto en el acceso a la atención disponible para una igual necesidad como **también en la calidad de atención para todos**.¹⁵

La Comisión de Bioética y Calidad se ha integrado con la valiosa participación activa de representantes de los usuarios, en aquel sentido que propone el principio bioético de Justicia como la posibilidad de que todas las personas, realicen también su propia perfección y puedan ejercer su autonomía. En el mismo sentido se halla la defensa de los derechos humanos en salud.

*“La calidad forma parte del derecho a la salud, así como la disponibilidad, accesibilidad (geográfica y económica), y la aceptabilidad de los servicios. El paradigma de los derechos humanos, va más allá. El marco de derechos apuesta por empoderar a los pacientes para que se vean a sí mismos no sólo como los consumidores de los servicios de salud que deberían recibir calidad, sino como poseedores de derechos capaces de hacer demandas que van más allá de los paquetes de servicios. Esta perspectiva se considera como una medida para prestar atención a los grupos socialmente excluidos.”*¹⁶

“La mejora de la calidad humana en la recepción y contacto con el paciente sólo puede lograrse a través de personas altamente motivadas que sienten su trabajo como una auténtica vocación al servicio. La humanización de la salud o presencia de la Bioética, es un plan de calidad para mejorar el servicio que reciben los pacientes, donde éstos son el centro...”

¹⁷

¹³ L A Pico “Notas Para Una Fundamentación Ética De Los Programas De Mejoramiento Continuo De La Calidad Asistencial” en: F Lolas Stepke (Editor) “BIOÉTICA Y CUIDADO DE LA SALUD. Equidad, Calidad, Derechos” Serie Publicaciones 2000, LOM Ediciones, Santiago. 2000. 126 p.

¹⁴ Material del Instituto Uruguayo de Normas Técnicas Abril 2001

¹⁵ WHITEHEAD, Margaret “Concepts and principles of Equity and Health” Int. J. of Health Services vol. 22, n3:429-445, 1992.

¹⁶ Yamin, Jaime, “Ética, Calidad de atención y Derechos Humanos” Publicado en la Revista del Instituto para el Desarrollo de la Salud (IDS) Idéese Enero-Marzo 2002; Año 1, No. 1, pp 35-42.

¹⁷ Manuel Juan Estévez Gil “La bioética humaniza.” FUENTE: INTERPSIQUIS. 2003; www.psiquiatria.com.

Las Comisiones de Bioética de las instituciones de salud uruguayas, deberán desempeñar esa imprescindible instancia reflexiva que oriente en el proceso de toma de decisiones en las situaciones conflictivas. **Cuando los problemas se resuelven con apoyo de las comisiones redundan en la calidad de la institución.** Los Comités Asistenciales de Ética en España enfatizan, al describir su experiencia, que *“sería importante que el comité interviniese más en mejorar la calidad asistencial.”*¹⁸ La historia del desarrollo de los comités de ética institucionales ha evidenciado que éstos también podrían orientar sobre la definición de prioridades, que se ha tornado cada vez más necesaria en la atención de la salud.

Se crea en 2007 la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En su Artículo 3º establece los principios rectores, entre los cuales se destaca: *“F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.”* Asimismo el pensamiento de Gómez Haedo se percibe en el Artículo 8º: *“El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.”* Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.¹⁹

*“La mejor medicina es sin ningún lugar a dudas, la buena medicina, la que respeta la dignidad de la persona humana, hace un uso racional de la tecnología disponible y obtiene los mejores resultados posibles. ... Los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial se sustentan en criterios de ética biomédica, en los derechos del paciente, en el respeto de la dignidad por la persona humana, en el uso racional de la tecnología médica, en la humanización del modelo y fundamentalmente en el grado de satisfacción de los usuarios, y se orientan a contribuir a mejorar el nivel y calidad de vida y salud de la población. ... Conciliar los aspectos de equidad, de eficiencia y de calidad asistencial pasa por los criterios éticos y por las cualidades morales de quienes deben tomar las decisiones en la práctica médica al lado del paciente o en la asignación de recursos, tanto a nivel de la macroasignación (ética social) como de la microasignación que realizan los médicos asistenciales en la atención de sus pacientes... En todo modelo humanizado de atención médica integral, sustentado en los derechos del paciente, la equidad, la accesibilidad, la eficiencia y la calidad asistencial se relacionan directamente entre sí... El enfoque ético en la definición de prioridades y en la asignación de recursos son instrumentos que aseguran la equidad del sistema, dado que cuando se decide hacer algo con recursos limitados, se está decidiendo simultáneamente no hacer otra cosa”.*²⁰

Gómez Haedo oponía el Modelo Industrial al Modelo Médico de la Calidad. Y también establecía el rol fundamental de la participación comunitaria en este último.

“El mercado rige la producción industrial; pero no puede ni debe regir la Atención de la Salud. El viejo concepto de la relación médico-paciente ahora transformado en Equipo de Salud-Paciente-Familia-Comunidad, es el que permite entender y aproximarnos al gran problema de la Calidad de la Atención de la Salud. ... El gran desafío es el que planteamos tratando de crear una visión o análisis integral. En la apreciación y evaluación de la Calidad de la Atención Médica... tenemos

¹⁸ Diario Médico del 17/12/2003.

¹⁹ Ley 18211 del SNIS, diciembre 2007.

²⁰ L A Pico “Notas Para Una Fundamentación Ética De Los Programas De Mejoramiento Continuo De La Calidad Asistencial” en: F Lolas Stepke (Editor) “BIOÉTICA Y CUIDADO DE LA SALUD. Equidad, Calidad, Derechos” Serie Publicaciones 2000, LOM Ediciones, Santiago. 2000. 126 p.

que intentar lograrla entre todos y muy especialmente reconociendo a la Comunidad el derecho a ocupar su lugar junto a los distintos profesionales de la Salud.”²¹

“Es necesario reafirmar el concepto de salud como un bien social, cuya atención se basa en la fluida relación entre el equipo de salud y la comunidad. Ésta ahora tiene respaldo del Estado por un lado, quien reconoce y asume la responsabilidad en la conducción de la salud, por otro del equipo de salud con pleno empeño y satisfacción en su quehacer, y donde la comunidad también participa en el entendido último de que la salud es un derecho de todos y que todos deben participar responsablemente. Así se caracteriza ese “nuevo contrato” de responsabilidad y derechos compartidos.”²².

La ley ha expresado que los principios fundamentales de la bioética y los DDHH son rectores en el control de la calidad de la atención de la salud en el nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, plasmando como normativa esa indisoluble hermandad entre calidad de la atención y su fundamentación en la bioética que reclama la salud de estas últimas décadas.

Por los integrantes de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud.

²¹ Gómez Haedo, C. Editorial de Compendio, 1994.

²² Documento 2 de la Comisión de Bioética y Calidad Integral de la Atención de la Salud, MSP, 2005.