

Bioética y calidad en la atención de primer contacto y de salud pública

Octaviano Domínguez Márquez¹, Carolina Manrique Nava²

Resumen: Se realiza un estudio de revisión y análisis transdisciplinario respecto de la integración entre la calidad total y los procesos del ámbito de la salud, específicamente en el primer nivel de atención, desde la medicina general y la salud pública. Se revisan los aspectos principales de la calidad total y su enfoque en la atención a la salud, y la pertinencia de que valores, principios y corrientes de pensamiento se reflejen objetivamente en los procesos de la calidad total. El énfasis de la calidad total hace que surja también la necesidad de llevar indicadores bioéticos a una condición objetiva y plantearlos como imprescindibles para complementar los parámetros de ésta.

Palabras clave: calidad, dignidad, responsabilidad, autonomía

Bioethics in primary health care and public health quality

Abstract: A review and transdisciplinary analysis study is carried out regarding the integration between total quality and health field processes, specifically in primary health care from a general medicine and public health perspective. Main issues of total quality and their focus on health care and the relevance of values, principles and school of thought objectively reflected in total quality processes are reviewed. Emphasis on total quality raises also the need to lead bioethical indicators to an objective condition and pose them as indispensable to complement quality indicators.

Key words: quality, dignity, responsibility, autonomy

Bioética e qualidade na atenção primária em saúde pública

Resumo: Foi realizado um estudo de revisão e análise transdisciplinar a respeito da integração entre a qualidade total e os procedimentos da área da saúde, especificamente no nível da atenção primária, a partir da medicina generalista na saúde pública. Foram revisados os aspectos principais da qualidade total e o seu enfoque na atenção à saúde, além da pertinência de que valores, princípios e linhas de pensamento se refletem objetivamente nos processos da qualidade total. A ênfase da qualidade total faz com que surja também a necessidade de se buscar uma condição objetiva de indicadores bioéticos e propô-los como imprescindíveis para complementar os parâmetros desta qualidade.

Palavras-chave: qualidade, dignidade, responsabilidade, autonomia

¹ Presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, A.C., México

Correspondencia: octavidm@yaoo.com.mx

² Profesor Titular de la Maestría en Metodología de la Ciencias. CIECAS, Instituto Politécnico Nacional, México

Introducción

La calidad de la atención a la salud es una preocupación universal. Las instituciones responsables y las educativas, formadoras de recursos humanos, comparten los propósitos de conseguir una mejora continua. Entre los reclamos más frecuentes de la población se encuentra la llamada “deshumanización”, es decir, cuando se otorga atención con un alejamiento que lastima la dignidad de los individuos.

Una de las grandes aportaciones de Hipócrates a la medicina, además de la *téchnē*, es sin duda el énfasis en la atención humanista del médico, como un troquel inalterable para todas sus intervenciones. En su texto “Sobre la Decencia” (1) explica la importancia de la actuación profesional como algo distintivo que pretende dar plena satisfacción al enfermo, desde el trato, vestimenta, presencia, dicción, tono de voz y mirada directa y franca. Por supuesto que la calidad incluye también todo esto.

La atención a los procesos de salud-enfermedad a través de la historia fue entendida como una obligación del Estado en un reconocimiento a los derechos humanos. La calidad siempre fue considerada como implícita y la premisa fundamental consistió en otorgar simplemente la atención. Sin embargo, la revolución en la gestión empresarial internacional, con el objetivo de ganar mercado en una competitividad constante, desembocó en sistematizar una categorización de logros estimados en calidad, como una contraparte de la productividad. Los servicios de salud dejaron de estimarse solamente en su otorgamiento y en el rendimiento de sus recursos y fue agregada a su gestión conseguir la calidad.

Una vez identificada la gestión para la calidad en la atención a la salud se desarrollaron indicadores, yendo desde una subjetividad hasta la objetividad de una percepción concreta por parte de los usuarios y las instituciones. En esa metamorfosis de incluir, entender y aplicar procedimientos específicos para evaluar por medio de la calidad, la atención a la salud mejoró substancialmente.

Por otra parte, desde su inicio la bioética se desarrolló en el campo biomédico y en áreas hospitalarias. El área de atención considerada como de primer contacto y los amplios procesos de la salud pública fueron relegados a segundo término, a pesar de su trascendencia en todo sistema de salud de cualquier país.

Por lo tanto, es interesante enfocar los elementos de la calidad total y los aspectos principales de la bioética en el primer nivel de atención a la salud, en el cual son de mayor relevancia los fenómenos antropológicos, sociológicos y político-comunitarios, centrados en una relación médico-paciente con determinadas particularidades y una moderna concepción de la salud pública.

Premisas conceptuales

¿El futuro de la calidad o su final?

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, Japón realizó una extraordinaria reconversión de su aparato bélico a otro de producción de artículos y servicios diversos, compitiendo con las potencias triunfantes del conflicto. En pocos años logró superarlas y establecer los principales paradigmas del mercado, con base en una nueva filosofía del trabajo: la calidad total. En una apretada síntesis, mencionamos en ese proceso la relevancia de la participación de Amorita, Kobayashi, Ouchi, Ishikawa y otros, y de un estadounidense, W. Edward Deming, quien impulsó y desarrolló en el Japón sus teorías y técnicas sobre la calidad. Posteriormente, en Estados Unidos desarrollaron la misma corriente Jurán, Feigenbaum, Crosby y otros, con el fuerte movimiento previo del Desarrollo Organizacional.

Lo interesante es no sólo el arranque de los procesos de calidad, sino su proyección hacia otras áreas tradicionalmente no involucradas en las modalidades directivas y operacionales de las empresas privadas, como el área de salud (desarrollo encabezado por Avedis Donabedian). De lo anterior interesa reconocer la ardua labor para trasladar los conceptos empresariales de la calidad a las instituciones sin afán de lucro, pero con un sentido de competitividad hacia ellas mismas.

A partir del escenario actual, la dirección de los sistemas de salud dejó de llamarse administración para asumir el nombre de gestión. Podemos preguntarnos si el cambio de título benefició a los sistemas y con ello a la población. Dice Gary Hamel(2) que el estancamiento que se aprecia en la evolución de las empresas se debe a que posiblemente hemos llegado al final de la administración, como lo afirma Francis Fukuyama en su postura del final de la historia. Es decir, la administración debe reinventarse.

Sea o no el final de la administración y el inicio de una nueva era, estamos en el puente que delimita una época que aún no termina y el principio de otra que no se inicia plenamente. En un estudio realizado sólo en la Ciudad de México, en 144 centros de salud pública(3), fue posible comprobar que en todos prevalece la estructura y funcionalidad basada en los principios de Fayol, expresados al inicio del siglo XX, cuando la administración se formalizó científicamente. Es decir, la obsolescencia de los sistemas básicos de salud atrapa la potencialidad de establecimientos vitales para una eficiente prevención y promoción de la salud.

El anclaje con las estructuras tradicionales de administración no es el mejor campo para fertilizar la calidad total, sobre todo si no hubo la experiencia del proceso de cambio planificado, como lo planteó el Desarrollo Organizacional en los 60 y los 70, en cuanto a formación y desarrollo de equipos de trabajo, capacitación y reestructuración orgánica de las instituciones, con enfoque prioritario en el factor humano. Fundamentalmente, para conquistar la anuencia del personal —traducida en disposición positiva con una convicción formativa, eminentemente responsable— y caminar de manera consciente hacia la calidad total, que en su caso deberá florecer de manera natural, sin la coacción o resistencia como aspectos a vencer actualmente.

El concepto de calidad aparece primero como “control de calidad”, con sistemas de medida, evaluación de estructura, proceso y resultado, en una propuesta y realización bastante rígidas. A mediados del siglo XX se incorpora un procedimiento

que pretende asegurarla eliminando la inspección y proponiendo la autoinspección, y estableciendo criterios para garantizar que el producto o servicio sea el que cumple con las expectativas del usuario y del proveedor de servicios.

Aparece la garantía de la calidad como un notorio avance al evaluar los procesos y determinar las acciones necesarias para corregir errores y replantear la mejora continua, a la manera de una gestión global del modelo de calidad. En esta fase queda claro por numerosos autores, entre ellos Ishikawa, que el enfoque principal está dado hacia el usuario, con eliminación de la inspección, basado en una poderosa capacitación y una sistematización de resultados, utilizando el método estadístico — que permite un gran acercamiento a los resultados reales— y un control histórico en la objetivización de la calidad total.

Una vez que se consolida la mejora continua se llega a la franca competitividad, que en las instituciones de salud significa la certificación o acreditación. Es una competencia frente a sí mismas, y la siguiente etapa que se avizora es la competitividad entre las instituciones para ofrecer servicios de calidad a grupos privados o entre ellas, lo cual ya se da como subrogación de servicios, por motivos de insuficiencia de recursos en lugares poco accesibles o, en el caso de las unidades de primer nivel de atención, a través de sistemas de aseguramiento. Esta fase de competitividad abierta está muy lejos de alcanzarse; sin embargo, es un horizonte factible de conseguir. Cuando eso suceda, estaremos en situación de plantear si se trata del final de los procesos de la calidad y de preguntarnos qué es lo que viene.

La calidad, el primer nivel de atención y la salud pública

No podemos ocultar que, con el fin de conseguir eficiencia, el primer nivel de atención ha sido objeto de innumerables experimentos metodológicos, como la medicina comunitaria, familiar y social, la atención primaria de salud y la medicina de primer contacto. Todas con base en la medicina general, interactuando más o menos con la

epidemiología, la salud pública o con aspectos sociológicos y antropológicos, entre otros.

En definitiva, no se ha conseguido en México la eficiencia plena del primer nivel de atención, cuya máxima muestra de efectividad dentro de la calidad total debe ser impedir el flujo de pacientes que podrían haber sido controlados o limitados en su avance de complicaciones hacia los niveles de atención hospitalaria. La calidad total no aparece en un conjunto de indicadores: en el autocuidado de la salud, en el fomento y en la adopción firme de hábitos saludables, en el control de padecimientos crónico-degenerativos ni en este cambio de la transición epidemiológica. En efecto, en México ha existido un enfoque sostenido a la atención de la enfermedad y no hacia la salud.

Por supuesto que la magnificación de la atención a la salud, expresada en la instalación de los servicios hospitalarios, nunca correspondió a estrictos criterios de calidad total. Desde el punto de vista de esta última, podemos afirmar que impedir un padecimiento grave en los individuos y en la población es más importante y trascendente, no sólo epidemiológicamente hablando, sino respecto de la calidad total que se debe ofrecer a los individuos y a los grupos, en razón también del cuidado financiero de sus recursos. Estimativamente, en términos de calidad total, se valora más impedir que una población ingrese a las unidades hospitalarias por sufrir diversos padecimientos infectocontagiosos o crónico-degenerativos, ello a través de una eficiente prevención o fomento de su salud.

El problema es que para la salud pública y la atención médica general o familiar de primer nivel no se considera el presupuesto necesario para lograr la efectividad que potencialmente pueden conseguir. El presupuesto de las unidades hospitalarias ocupa el 80% y las de primer nivel apenas el 20, incluido el correspondiente a la salud pública. El alto costo de las unidades hospitalarias, como es sabido, corresponde a la concentración de alta tecnología, insumos de importación y mantenimiento. Esto, traducido en un indicador, se inscribe como una gran acción en contra de la calidad total, asunto que debe revertirse. Predomina,

como menciona Martín Zurro(4), el hospitalocentrismo, con una tendencia invariable de atención a los aspectos diagnósticos y de tratamiento de las enfermedades. Obviamente esta postura es una parte importante de la calidad total, pero no la más trascendente y la que pueda conseguir los cambios significativos requeridos ante la magnitud de los daños a la salud.

El ajuste de los procesos de calidad total en los campos de la medicina general y de la salud pública nos lleva a priorizar las acciones más efectivas en su impacto a la salud. Desafortunadamente, no se desarrollan las de mayor efectividad, como la educación para la salud, que debería ser el eje de todas las acciones del primer nivel de atención, con el apoyo de las inmunizaciones y de otras acciones preventivas en la salud reproductiva, multidetecciones varias y la invaluable participación comunitaria, sobre todo en acciones sobre la no-cividad del medio ambiente.

En este campo, carente de recursos y de interés directivo para fortalecer y actualizar la capacitación, se requiere precisar el enfoque de la calidad total con metodologías como el análisis de procesos(5), el trabajo en equipo y la diversificación comunicativa para obtener la voluntad de la población y así su imprescindible participación responsable. Esto impediría el paso de los pacientes a los niveles de atención hospitalaria, con todos los resultados conocidos.

Es interesante reconocer la importancia de la Atención Primaria de Salud, APS, emanada de la conferencia de la OMS-UNICEF de Alma-Ata(6), en 1978, con su lema de “Salud para todos en el año 2000”. Independientemente de que sus resultados fueron escasos, la perspectiva y sus enunciados siguen vigentes. La APS, como una filosofía y una estrategia, ha sido el intento más serio y formal para corregir los sistemas de salud encaminados preferentemente a la construcción de los “Palacios Hospitales”.

La APS tiene una buena conformación doctrinal basada en aspectos simples y contundentes, como la priorización de las acciones preventivas y de promoción de la salud, que demostró en las déca-

das de los 90 con la no ocupación de los hospitales infantiles por padecimientos abrumadores en su incidencia y daño, por ejemplo, el sarampión, la poliomielitis, la difteria, la tosferina y el tétanos, principalmente. Se sumó a estos triunfos uno de los más significativos de la salud pública: bajar la mortalidad infantil por causa de diarreas, con la estrategia del suministro del sobre con electrolitos. Este hecho debe ponderarse, ya que la muerte por diarreas diezmo a la población infantil en Latinoamérica.

También ha formado parte de la medicina de primer contacto la medicina familiar, como una metodología para abordar la causalidad de los diferentes padecimientos en el núcleo de la familia y en su dinámica psicosocial. Sin embargo, los esquemas de atención familiar han topado con la infranqueable traba de atender grandes cantidades de pacientes por jornada, lo que impide la calidad. La medicina familiar que no atiende familias en eventos clínicos, en intervención de estudio psicosocial o en visita domiciliaria no puede llegar a la calidad propuesta.

La cantidad en la atención a pacientes cancela la calidad. La metodología de la medicina familiar tradicional ejercida en Canadá, Reino Unido y en otros países sajones cuenta con una flexibilidad suficiente para aplicar sus técnicas, no así en numerosos países latinoamericanos en los cuales la calidad está asfixiada por la cantidad. Se espera transformar algunas de las funciones básicas en una práctica de tipo ejecutivo y educativo(7), ya que los individuos y las familias esperan de su médico familiar ampliación y especificación de indicaciones e información complementaria. De manera relevante, esperan la intervención del médico familiar ante sus problemas de salud más importantes, como los crónico-degenerativos, obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, neoplasias y adicciones (tabaquismo y alcoholismo), a través de la formación y desarrollo de grupos de autoayuda, de modo de reeducar los estilos de vida de las familias. Sólo que esto debe modificar radicalmente el enfoque de atención individual por el de atención familiar —con impacto en la adecuación de estructuras funcionales para tal fin— y una capacitación especial para el manejo de grupos.

Bioética, calidad, atención de primer contacto y salud pública

En el entramado de calidad, atención de primer nivel (o de primer contacto) y salud pública es conveniente realzar el papel de los elementos bioéticos, porque pasa desapercibido el componente de los valores y principios éticos, o su mención es sumamente abstracta.

No puede haber calidad total si hay indignidad en la atención, déficit de responsabilidad o cancelación de la autonomía. Además, es preciso identificar y dar seguimiento a las corrientes de pensamiento que a través de la historia emergen en nuestra realidad de salud; no sólo aparecen sino también conducen las decisiones en las instituciones por medio de la emisión de políticas y de estrategias.

De acuerdo con los sistemas de salud paternalistas, como son la mayoría, pueden ser genuinos e intensos los deseos de ofrecer calidad, incluso estar bien implementados, pero frecuentemente nos apartamos “de buena fe” de los principios y valores éticos, porque se consideran implícitos. La realidad nos indica la ingente necesidad de hacerlos explícitos, claros, contundentes. No puede seguir siendo un sobreentendido, o una magnífica intención pero velada.

El respeto a la dignidad se revela como principio orientador de toda la gestión, desde la planeación hasta sus derivados en organización, dirección y evaluación, y ubicado como elemento irrenunciable de la calidad total. Los servicios de salud deben expresarse desde la estructura, de modo confortable, higiénico y seguro.

La organización debe mostrar profundo respeto por la persona y sus familiares en los tiempos de espera y en la prontitud de la atención. Se espera que ésta sea personalizada, con amabilidad natural, no estereotipada (herir con la indiferencia(8)). Por otra parte, no hacer algo que haga sentir despreciable y repugnante ante sí mismo por haber cometido una ofensa en la integridad física o moral(9) de los pacientes, aunque no sea deliberado sino, como es común, banalizando el trato impersonal como parte de la inercia institu-

cional. La calidad total está incompleta cuando se torna masivo el primer nivel de la atención y los números de registro, matrícula o afiliación identifican omitiendo el nombre. Lolas señala que la dignidad “incluye el respeto a la vida en todas sus formas, sin distinciones de ninguna especie y sin limitaciones temporales”(10).

El déficit de responsabilidad

Expresa Victoria Camps, usando términos de Daniel Callahan: “el mundo entero está enfermo y nadie es responsable ya de nada”; y agrega: “sin responsabilidad no hay ética que valga”(11). Gracia afirma que el hombre es el único ser vivo que responde por sus actos(12). En tanto Hans Jonas, elevando la responsabilidad como un principio, nos permite reconocer en los procesos de la calidad total como en todo quehacer humano su imprescindible presencia(13).

En los actos de la medicina de primer contacto se espera también corresponsabilidad en lo que toca

al paciente y a sus familiares. La responsabilidad debe compartirse cuando el sistema de salud no es capaz de convencer a los enfermos crónicos de llevar a cabo el control necesario y, por su parte, los pacientes no se implican voluntariamente en su enfermedad cambiando su estilo de vida. En el momento en que suceda la aceptación voluntaria de los enfermos y el empeño de las instituciones por conseguirlo, el panorama epidemiológico habrá cambiado drásticamente, los hospitales quedarán subutilizados en un 40 por ciento o más y podrá decirse que un gran objetivo de la calidad total estará cumplido.

Finalmente, la interacción de la calidad total, como eje entre la medicina de primer contacto, la salud pública y sus implicaciones bioéticas, constituye un afán de integración: alcanzar la objetivación de indicadores con el fin de hacer evidentes sus nexos y la imprescindible necesidad de amalgamarlos en un análisis de procesos que permita un verdadero control y un alcance importante de sus propósitos.

Referencias

1. García GC. *Tratados Hipocráticos I*. Madrid: Gredos; 1983.
2. Hamel G. *El futuro de la administración*. Bogotá: Norma; 2009: 5-7.
3. Domínguez O. *Bioética y calidad en la atención médica*. México: Distribuidora y Editora Mexicana; 2008: 74.
4. Zurro MA. *Atención primaria de salud*. Madrid: Elsevier; 2003: 4.
5. Macazaga J, Pascual A. *Organización basada en procesos*. México: Alfaomega Grupo Editor; 2006.
6. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000*. Documento Oficial N° 173.
7. Meads G. *La medicina familiar en los albores del siglo XXI*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2006: 22.
8. Fromm E. *El miedo a la libertad*. México: Paidós; 2004.
9. Kant E. *Crítica de la razón práctica*. México: Porrúa; 1995: 201
10. Lolas F. Bioética y salud pública. En Malagón-Londoño y Galán Morera. *La Salud Pública*. México: Ed. Médica Panamericana; 2002: 480-481.
11. Camps V. *Una vida de calidad*. España: Ares y Mares; 2001: 102-103
12. Gracia D. *Ética y Vida 4: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: El Búho; 1998: 41.
13. Jonas H. *El principio de responsabilidad*. Barcelona: Herder; 1995: 35.

Recibido: 23 de junio de 2010

Aceptado: 15 de julio de 2010