

Calidad de la atención médica: aspectos éticos

AE Dr. Alberto Perales Cabrera

Graduado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con la tesis "Psicodinamia y Psicoterapia de la Hiperemesis Gravidica " que ganara el Premio Lelio Zeno al mejor trabajo de investigación en medicina psicosomática, 1959.
Estudios de posgrado en psiquiatría, en la Universidad de Mc Gill, en Montreal, Canadá, especializándose en investigación psiquiátrica y de salud mental. 1966
Certificado canadiense en Psiquiatría (C.R.C.P.C) 1967 (Board canadiense)
Doctor en Medicina, U.N.M.S.M. 1986.
Diplomado en Ética, Deontología y Bioética en Salud. UNMSM. 2004.
Fundador (2002) y Ex -Director del Instituto de Ética en Salud de la Facultad de Medicina de la UNMSM.(2006-2009)
Profesor Principal de Psiquiatría y de Bioética de la Facultad de Medicina de San Fernando, UNMSM,(1971 a la fecha)
Ex - Presidente de la Asociación Psiquiátrica Peruana (1995-1996).
Ha ganado 9 premios de investigación, los cinco últimos a nivel internacional.
En noviembre de 2008, en el marco del XXV Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), en el Estado de Nueva Esparta, Venezuela, fue honrado con la condecoración "Francisco E. Gómez ", en Clase 1, por sus aportes científicos de investigación a la psiquiatría latinoamericana.
Presidente de la Academia Nacional de Medicina, 2011-2012
Fundador del Preventorio Para el Desarrollo Humano en la Facultad de Medicina de la UNMSM (2011)
Noviembre, 2014, receptor del Premio "Dr. Fritz Redlich Human Rights" otorgado por el Harvard Program in Refugee Trauma (Harvard University, U.S.A.)

Hablar sobre calidad de la atención médica significa hablar de su nivel científico-tecnológico y de su calidad humana. Lo primero no constituye objetivo del presente trabajo, aunque aceptamos que siempre debe ser del mayor nivel, aún bajo la limitación de recursos que caracteriza al ejercicio de la medicina en países en desarrollo pues, cuando la calidad científica se merma, los problemas éticos se multiplican.

En cuanto a lo segundo, ubiquémonos en la perspectiva *seguiniana* de la medicina quien reclamaba que los médicos no sean "**veterinarios de seres humanos**" sino "**hombres frente a hombres**", y quien siempre enfatizó la esencial importancia del vínculo humano con el paciente ⁽¹⁾; y la de Honorio Delgado, quien señalaba que "**nuestra vocación y nuestra conducta cobran eficacia y realce en la medida que logramos dar a las personas lo mejor de nuestra persona**"⁽²⁾

Por eso, para comprender la esencia ética de nuestro quehacer clínico, reflejada en la calidad de la atención

médica, debemos ponernos de acuerdo en ¿qué es el hombre? tanto de aquél que está frente a nosotros en condición de enfermedad, cuanto del que está dentro de nosotros responsable de su cuidado.

¿Qué es el Hombre?

La clásica expresión de José Ortega y Gasset: "*Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo*" ⁽³⁾, implica una concepción integral del Hombre que permite comprenderlo allende su corporeidad e integrado a su entorno (su circunstancia).

Sobre este término, circunstancia, el Diccionario de la Real Academia Española, en su 23ava, edición, 2014, nos da las siguientes acepciones:

"Del lat. *circumstantia*. **1. f.** Accidente de tiempo, lugar, modo, etc., que está unido a la sustancia de algún hecho o dicho. **2. f.** Calidad o requisito. **3. f.** Conjunto de lo que está en torno a alguien; el mundo en cuanto mundo de alguien".

Se refiere, así, a lo que circunda a la “sustancia”, al ser ontológico, es decir, su mundo personal, tal como lo percibe, vivencia y significa.

El Hombre, en tal sentido, trasciende su corporeidad, no es solo él, **es él y su mundo** (humano o no). Y su circunstancia (mundo) no solo influye en él sino que es parte de él, y él, a su vez, parte de su mundo. La influencia es recíproca. Sin embargo, este mundo no es rígido ni único. Son muchas las circunstancias que rodean al ser en situaciones y roles diversos. Factores naturales y sociales producen variaciones. Y siempre, en última instancia, ese mundo personal, en cuanto al significado que cada uno le otorgue, será espacio de apoyo y sosiego o, por el contrario, de estrés, ansiedad y zozobra.

Conceptualizado en esta perspectiva como **corporeidad y circunstancia**, el Hombre trasciende su dimensión psico-física hacia una dimensión social. Él es, por un lado, resultado epigenético de su historia hereditaria y, por otro, resultado cinético de esa superestructura humana que llamamos sociedad. Esta influirá sobre él trazando su biografía, por medio de la información social (producto de la especie humana) y acumulada en conocimientos científicos y tecnológicos, principios, valores, arte, tradiciones, creencias, costumbres y otros, que circulan en lo que denominamos cultura. Tal información social que cada uno de nosotros empieza a recibir en su educación familiar y continúa recepcionando en la educación formal que le ofrece el Estado, se irá registrando en nuestro neocórtex para formar primero, la conciencia y, ulteriormente, nuestra personalidad. Tal es la propuesta teórica de Pedro Ortiz⁽⁴⁾

Si volvemos ahora a la conceptualización del Hombre derivada de la expresión orteguiana, podremos apreciar que calza coherentemente con la definición de Salud de la OMS, (1946). “*La salud es un estado de completo bienestar físico (corporeidad biológica), mental (mundo interno, psicológico) y social, (mundo externo, los otros, su circunstancia biográfica) y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades*”⁽⁵⁾.

Y comprenderemos a cabalidad la afirmación aristotélica: “*La ética es siempre situacional*” (es decir, depende de los actores pero también de las circunstancias).

En tal sentido, la ética de la Atención Médica, no puede exclusivamente derivar de códigos profesionales rígidos, impuestos por mandato, sino de decisiones **prudentes** que se plasman frente al enfermo bajo nuestro cuidado, respetando la sacralidad de su condición humana y por ende de sus derechos.

En esta óptica, en todo acto médico *nuestra circunstancia* será el paciente; por tanto, “*si no lo cuidamos como circunstancia, tampoco estaremos cuidándonos nosotros mismos*”, como profesionales y como Hombres.

Revisemos ahora, aunque someramente, algunos conceptos previos para entender la responsabilidad de nuestro quehacer ético ante los pacientes en lo que denominamos calidad de la atención médica.

1. Concepto de calidad y calidad de vida

Según Diego Gracia⁽⁶⁾ el concepto de *calidad* deriva de la industria, preocupada por mejorar sus ventas y ganancias para lograr mayor aceptación de sus productos. La competitividad empresarial la exige como variable fundamental del éxito comercial.

Y apunta que desde este uso, el concepto se ha extendido al de **calidad de vida**, término que advertimos no es *descriptivo* sino *valorativo* pues no es “un hecho” sino “un valor” y, como tal, resultado de un proceso de “estimación” o “preferencia”. Los valores son siempre evaluativos, estimativos, mientras que los hechos son descriptivos. Los actos morales no son ni descriptivos ni valorativos, son prescriptivos.

La consideración de la **calidad de vida como valor** ha obligado al surgimiento de variadas teorías explicativas:

- *Naturalistas*. La vida es sagrada. Dada por Dios (*lex aeterna*) y por la naturaleza que es obra de Dios (*lex naturalis*). Tal orden es sagrado y la obligación del hombre (su deber moral) es respetarlo. Perseguir la *calidad* es sólo muestra de ese respeto a la vida. El deber moral del Hombre es hacer que esta sea la máxima posible.

- *Emotivistas*. Considera los valores como resultado de estimaciones subjetivas sobre datos sensoriales. Su único valor es puramente emocional, (*emotivo*).
- *Utilitaristas*. El Hombre “aprecia” o “deprecia” los objetos de su mundo. Todo tiene un precio (valor económico, primario y elemental). La calidad se mide económicamente, en virtud de su máxima utilidad o rendimiento.
- *Axiológicas*. Que permite distinguir los valores superiores, espirituales, de los inferiores o puramente vitales. En el primer caso se considera más importante la calidad de vida, y en el segundo la cantidad de vida.

Diego Gracia señala que aunque tales teorías han intentado explicar el concepto de calidad desde ángulos diferentes, todas ellas parten de un tronco conceptual común: la *sacralidad de la vida*, (del latín *sacrātus*, sagrada, relativo a lo divino o en relación con la divinidad) que es un principio de la ley natural.

Por ello, en último análisis, el concepto de calidad de vida implica el respeto, material y formal de dicha ley, teniendo en cuenta las circunstancias y consecuencias de cada situación.

Es indudable entonces que el concepto de calidad de vida y los valores que la fundamentan son constructos humanos inmersos en la cultura de cada sociedad. De este modo, cada sociedad y cada individuo dota de contenido el principio de sacralidad de la vida humana y genera su propio concepto de calidad de vida. Tal concepción se estructura en dos niveles:

En un nivel privado: en el cual lo importante es la definición individual del propio sistema de valores, del concepto de vida y de su calidad, y, por ende, del propio Proyecto de Vida (felicidad). En este nivel, los principios de Autonomía y Beneficencia juegan rol fundamental en lo que se conoce como ética de máximos.

En un nivel público: en el cual la sociedad, por libre voluntad de sus miembros, establece el sistema de valores y de calidad de vida que habrá de regirlos y que todos deberán respetar. Vale decir, nivel de Ética

Civil o ética de mínimos bajo los Principios de No-maleficencia y Justicia, que habrán de cumplirse sea en forma voluntaria o coactivamente por medio de leyes.

2. Los Principios Bioéticos:

Tal como habíamos señalado, cada sociedad dota de contenido los principios éticos que habrán de regir el comportamiento moral de sus miembros, tanto en el campo de la vida diaria cuanto en el de la actividad laboral o profesional.

Como tales, los llamados principios bioéticos tienen una historia corta, tan sólo de algunas décadas precedidos por cambios importantes y más generales que influenciaron la ética médica y la medicina misma.

En 1971, Van Rensselaer Potter conmueve a la comunidad científica con su concepto y reclamo bioético de humanizar la ciencia uniéndola como instrumento cognoscitivo a los valores morales⁽⁷⁾.

En 1973, la Asociación Americana de Hospitales aprueba la primera Carta de Derechos del Paciente⁽⁸⁾. Más adelante, en 1978, el Informe Belmont, aunque en el campo específico de la investigación⁽⁹⁾ da respuesta a la solicitud del Congreso americano sobre los principios básicos que debieran regir todo estudio científico en seres humanos. La pregunta surge debido al escándalo generado por una investigación científica llevada a cabo en población vulnerable (de raza negra y condición socio-económica desfavorecida) afectada de sífilis. A todos los participantes se les había ocultado información y negado el tratamiento curativo -que ya existía- para lograr los objetivos científicos del estudio. El Informe Belmont plantea en sus conclusiones tres principios como filtro moral de toda investigación científica practicada en seres humanos: a) Respeto a las personas, b) Beneficencia y, c) Justicia.

Al año siguiente, en 1979, Beauchamp y Childress⁽¹⁰⁾ los re-elaboran y convierten en cuatro pero aplicados a toda práctica médica clínica: el de Respeto a las personas se redefine como Autonomía, el de Beneficencia se desdobra en dos, Beneficencia y No-Maleficencia, y el de Justicia queda como tal.

Los cambios en la relación médico paciente. La nueva relación médico paciente.

Laín Entralgo, en su libro ya clásico “El Médico y El Enfermo” publicada en su primera edición en 1969, y cuya segunda edición aparece en el 2003, hace una descripción magistral de la evolución histórica de esta relación a lo largo de 2.500 años, desde la Grecia clásica hasta la década del 60 del S XX. En los treinta años siguientes, sin embargo, la medicina (en general) y la relación médico-enfermo (en particular) han experimentado más cambios que en los veinticinco siglos anteriores^(11, 12, 13),

En el capítulo introductorio de la 2ª edición del libro, 2003, Lázaro y Gracia señalan con precisión que Laín había siempre defendido la tesis de Víctor von Weizsäcker “según la cual la medicina del siglo veinte fue profundamente marcada por la introducción en ella del **sujeto humano**”; es decir, por el reconocimiento y consideración de la persona concreta que todo paciente es. Esto obligó a la medicina a incluir en su teoría y práctica, los aspectos sociales, psíquicos y personales de la enfermedad. En otras palabras, aceptar el justo reclamo del paciente a ser reconocido como sujeto personal, ser escuchado en su condición de sujeto lingüístico y comprendido como sujeto biográfico.

Esta nueva actitud, más activa del paciente, dejó desfasada la propia denominación de “paciente”, aquel que espera pacientemente y acepta pasivamente todas las indicaciones que el médico –quien teóricamente sabe lo que más le conviene– determine para su curación.

Desde entonces, la nueva relación médico-enfermo, que ha recibido muchas y diversas denominaciones, ha generado un cambio radical en su propia base. De su estructura vertical Médico (con poder superior) y Paciente (con poder menor), se ha horizontalizado convirtiéndose en una relación más justa y democrática en la cual ambos, profesional y enfermo, gozan de iguales derechos. Ya no será el médico quien decida por el paciente, ahora éste debe solicitar que aquel consienta y acepte sus indicaciones, para lo cual habrá de informarlo veraz, oportuna y transparentemente, sobre su diagnóstico y acciones terapéuticas o de investigación complementaria

para devolverle la salud. En última instancia, será el paciente quien en uso pleno de su autonomía decidirá si acepta o no la recomendación galénica. El médico, no importa cuán sabio y bien intencionado sea, ya no podrá ejercer su beneficencia a ultranza. Quien decide es el paciente.

3. El Consentimiento Informado

El Consentimiento Informado se constituye en una doctrina moral de la atención en salud. Su ejecución corresponde a un proceso que se inicia en el mismo momento que el médico asume la responsabilidad del cuidado del paciente. No se trata de un instrumento o documento legal que el enfermo o su familiar deben firmar para proteger la responsabilidad del galeno. Todo lo contrario, se trata de un proceso encuadrado en la relación médico-enfermo, apoyada en la mutua confianza que va surgiendo entre ambos. De este modo, se constituye en el eje moral de tal relación en el nuevo modelo autonomista de asistencia médica. De este modo, la ética protege al paciente y también al médico (*Al cuidar su circunstancia se está cuidando él*).

Un consentimiento informado es idóneo cuando cumple con los siguientes requisitos: 1) Libertad del paciente, sin sufrir presiones externas que coacten su decisión de acuerdo a sus valores. 2) Voluntariedad; 3) Información suficiente sobre el diagnóstico y las distintas posibilidades y riesgos de las intervenciones, 4) Comprensión adecuada de la información; 5) Competencia mental para tomar decisiones y asumir las consecuencias.

Se aceptan, además, las siguientes excepciones a la obligatoriedad moral del Consentimiento Informado: 1) Situación de urgencia; 2) Privilegio terapéutico del médico; 3) Incompetencia del paciente para comprender la situación o para decidir; 4) Renuncia expresa del paciente; 5) Tratamientos exigidos por la ley, y 6) Posibilidad de corregir una alteración inesperada en el seno de una intervención programada con otra finalidad⁽¹⁴⁾.

Reflexiones finales

La atención médica para tener calidad ética debe:

- Respetar la sacralidad de la vida.

- Aspirar a la excelencia del servicio, tanto en el nivel científico cuanto en el humano. En el primero porque la atención que no se fundamenta en la ciencia genera muchos problemas éticos; en cuanto al segundo, porque el hombre es siempre fin y no medio.
- El criterio ético de la atención médica es la *phronesis* (prudencia), que no se fundamenta en la perfección del acto –pues los errores son inevitables por la falibilidad del Hombre- sino, en investigar sus causas, aprender de los errores, corregirlos formando experiencia y evitar que se repitan.
- Cuando las características negativas de la atención médica se tornan sistemáticas y no generan la revisión y corrección de los errores correspondientes, se abre el camino hacia la atención deshumanizada, en la cual – distintivamente- no se respetará la sacralidad del Hombre como fin en sí mismo sino que se le utilizará como medio para el puro avance de la ciencia o de exclusiva ganancia económica.

Finalmente, advertimos que el análisis sería incompleto si sólo consideráramos la calidad de la atención a los pacientes. En sistemas ineficientes de Atención de Salud, la salud de los médicos y del personal también se ponen en riesgo por lo cual, sus derechos y su salud deben necesariamente tomarse en cuenta.

Actualmente, la ética institucional y salud organizacional de hospitales y clínicas muestran serios signos de alteración^(15,16). El estrés laboral, en su máxima expresión del “Síndrome de Burnout” en personal de salud se viene incrementando⁽¹⁷⁾. Y poco se ha investigado sobre el impacto que ello tiene sobre la salud mental de la familia del médico y de la del personal asistencial.

Referencias

1. Seguín C A. La enfermedad, el enfermo y el médico. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid, 1982)
2. Delgado H. El Médico, la Medicina y el Alma. Ediciones Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, 1992
3. Ortega y Gasset J. Meditaciones del Quijote, 1914. En Obras Completas (Sexta Edición). Revista de Occidente, Madrid,1963)
4. Ortiz P. Educación y formación de la personalidad. Fondo Editorial UCH, Lima, 2008.
5. Organización Mundial de la Salud. Constitución. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición, octubre de 2006.
6. Gracia D. Ética de la Calidad de Vida. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, 1996, 2:41-59
7. Van Rensselaer Potter. Bioethics. Bridge to the future, Prentice Hall International, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, 1971.
8. Asociación Americana de Hospitales. Carta de Derechos del Paciente. Tomada de: Azucena Couceiro (Ed). Bioética para clínicos. Editorial Triacastela, Madrid.1999, pp:325-326
9. Comisión Nacional para la Protección de las Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta. El Informe Belmont: “Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación”. Tomada de: Azucena Couceiro (Ed). Bioética para clínicos. Editorial Triacastela, Madrid.1999, pp:313-324
10. Beauchamp T y Childress J. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, 1st Edition, New York, 1979; 3rd Edition, New York, 1983
11. Laín Entralgo P. El Médico y El Enfermo. Ed. Tricastela, Madrid. 2003
12. Gracia, D. La relación médico-enfermo en España: balance de los últimos veinticinco años, Todo Hospital, 1989, 62: 23-6.
13. Gracia, D. Los cambios en la relación médico-enfermo. Medicina Clínica, 1989, 93: 100-2.
14. Sánchez M. El Consentimiento Informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, 1996, 2:77-92
15. Perales A. Ética institucional y estrés laboral. Acta Médica Peruana, 2008, 25 (1): 50-51
16. Perales A., Ortiz P y Nolberto V. Estado de moralidad/ inmoralidad de una escuela de medicina y un hospital público y aplicación de una estrategia de moralización. Anales de la Facultad de Medicina. 2008, 69 (2):97- 103.
17. F Popa, R Arafat, VL Purcărea, A Lală, Bobirnac G. Occupational Burnout levels in Emergency Medicine—a nationwide study and analysis. J Med Life. 2010 Aug 15; 3(3): 207–215.

PANEL**Dr. José Luis Calderón Viacava**

Estamos tratando un tema de alta complejidad y con una visión personal como médico clínico, internista, voy a hacer los siguientes comentarios:

Los sistemas sanitarios en el mundo están cuestionados, no solamente tenemos problemas nosotros, hay una gran insatisfacción con la atención de la salud. Esta insatisfacción la sienten los pacientes y sus familiares tanto como los profesionales de la salud. Una parte fundamental de esta crisis espiritual de la medicina reside en el marco conceptual bajo el cual se realiza la atención de la salud. Los profesionales, en la práctica, no tenemos claro por qué y para qué trabajamos y qué es lo que se espera de nosotros.

Un concepto que está de moda en el mundo es el de “competencias” y está siendo utilizado en casi todas las áreas del quehacer humano. Una definición sobre ella que aprendí hace varios años y que es muy potente es la siguiente: “Una persona es competente cuando sabe lo que hay que hacer; lo que hay que hacer lo sabe hacer y cuando lo hace, lo hace bien” Creo, que con frecuencia, en la atención de la salud, los profesionales médicos, saben lo que hay que hacer y lo saben hacer; el problema es que cuando lo hacen, no lo hacen bien. Y esto sucede por múltiples razones propias o de los sistemas sanitarios.

En lo relacionado a los médicos, parte del problema es que para poder hacer las cosas bien, no basta con saber hacerlas, sino que hay que querer hacerlas bien, para lo cual se requiere una clara capacidad volitiva. Los filósofos van un poco más allá y dicen que no basta con que se tenga la voluntad, se tiene que tener el deseo; solamente aquellos que desean hacer las cosas bien son los que tienen rendimiento de calidad. El problema es que en todas las actividades humanas, la calidad es poco frecuente, y en la medicina el reto es tratar de lograr que la mayoría tengan calidad. Tarea sumamente compleja.

Los que hemos trabajado en hospitales, hemos tenido la experiencia de observar y cuestionarnos por qué habían algunos médicos que eran mejores trabajadores que otros y descubríamos que la mayor parte de las veces no era por deficiencias de conocimientos científico/técnicos sino por carencia de otras competencias humanas, culturales y éticas. En los últimos tiempos las facultades de medicina se están preocupando que los estudiantes no solamente adquieran conocimientos científico/técnicos sino que demuestren desempeños en las competencias arriba mencionadas.

¿Qué necesitamos para que haya una mejor atención de la salud? Necesitamos profesionales médicos verdaderamente competentes que no solamente tengan el conocimiento y la voluntad sino el deseo de hacer las cosas bien. Cuando el médico logra entender el tremendo valor que es la salud humana y la gran oportunidad, que no puede ser desperdiciada, que está teniendo cuando se encuentra frente a una persona/paciente para curar su enfermedad y mejorar su salud, porque puede ser una de las pocas ocasiones que tenga esa persona para mejorar su calidad de vida. Con relación a esto, quisiera recordar la definición de *Nobleza* del Doctor Honorio Delgado la cual dice lo siguiente: *Noble es la persona, cualquiera que sea su origen, en cuyo ser se reúne la sensibilidad fina, el ánimo dirigido a la excelencia, la voluntad abnegada de hacer la obra por la obra misma, y el porte congenial con la grandeza y la excepción.* De esta definición resalto la tercera frase *hacer la obra por la obra misma.* Lo que el Dr. Honorio Delgado nos quiere decir a todos los médicos es que la nobleza de nuestro trabajo es tan importante que debemos hacerlo bien; el acto médico es tan importante, que no podemos hacerlo mal. Pero fíjense la inteligencia del doctor Delgado, no bastaba con entenderlo, porque es fácil entenderlo, tienes que tener la voluntad abnegada para hacer la obra por la obra misma.

Con relación a los sistemas sanitarios, debemos mencionar que adolecen de una serie de deficiencias que no facilitan una atención médica de calidad; de las cuales quizá la más importante es que no se

facilita poder practicar una Medicina Centrada en la Persona, entendiéndola como una *Medicina de la Persona, para la persona, por la persona y con la persona*. Para poder realizar lo arriba mencionado se necesitan cambios organizacionales y programáticos que permitan que los profesionales médicos desarrollen su trabajo en condiciones de calidad. Como ejemplo, el sistema de trabajo médico en algunas instituciones no permite que el paciente, que es atendido en la consulta ambulatoria o en los servicios de hospitalización, sea tratado por el mismo profesional a lo largo de su proceso; lo que en casos de moderada a severa complejidad, es un requisito indispensable para la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Termino con lo siguiente: sería deseable que tengamos un Sistema Sanitario en donde se realice: medicina real, a costo real, realizada por profesionales competentes, centrada en la persona, basada en la evidencia y en la práctica comprobada, comprometido con la calidad de la atención y con los derechos y seguridad de los pacientes, orientado a la salud y a la comunidad y que sea evaluado por resultados.

Conclusiones

1. Hay escasez de estudios sobre el grado de satisfacción del usuario respecto a la calidad de la atención médica en el Perú así como de la preminencia de indicadores de su cumplimiento, este vacío tiene una difícil explicación. Es limitada la información disponible sobre la evaluación de la calidad de la atención de los establecimientos de salud y las medidas tomadas para la corrección de limitaciones o deficiencias.
2. Se reportan casos de ausencia de competencias clínicas causantes de impericias, intrusismos y iatrogenias, y un abuso de tecnología auxiliar en desmedro de la anamnesis y el examen clínico prolijos. También se observan inconductas en el trato al paciente que incluyen discriminación, deshumanización, exclusión, maltrato, abuso y aprovechamiento económico; así mismo mercantilización de la salud y utilitarismo que devienen en decisiones más políticas que técnicas.

La excesiva medicalización, la superespecialización médica y el hospitalocentrismo del sistema favorecen la actividad recuperativa y sofisticada en desmedro de la atención primaria de salud, la prevención y la visión holística del paciente aunada a la salud integral de la comunidad.

3. Se observa baja concurrencia del usuario a los servicios de salud. En Lima solo el 47,8% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención: el 19,1% lo hizo en algún establecimiento del MINSA y 8,3% lo hizo en una farmacia. Para fines de 2010 un 64,5% del total de la población que presentó algún problema de salud buscó atención, pero disminuyó a 15,3% los que lo hicieron en un establecimiento del MINSA y se elevó a 23,7% los que lo hicieron en una farmacia (ENAHO, 2004). En zonas rurales, en 2004, 23.3% no acudía a los establecimientos de salud por falta de confianza con el personal, porque demoraban la atención y otras razones como "maltrato por parte del personal de salud". Para fines del 2010, los que no concurrían por falta de confianza con el personal, porque demoraban la atención aumentó y otras razones como "maltrato por parte del personal de salud" aumentó a un 44.7%.
4. Agrava lo anterior la aplicación de "presupuestos por productividad" que llevan a atender 20 a 25 pacientes en 6 horas con atenciones de solo 15 a 20 minutos en las cuales no es posible realizar una buena historia clínica, un adecuado examen físico, establecer un diagnóstico, dar un tratamiento, explicar y aconsejar al paciente y a su familia, esclarecer las dudas y finalizar integrando la atención. El paciente ha devenido en cliente de una medicina masiva o usuario de una industria de la salud donde la limitación del tiempo real dedicado al enfermo limita la posibilidad de una atención integral.
5. En los sílabos de las carreras de salud hay pocas horas dedicadas al tema de calidad de la atención y son pocos los cursos sobre ética, deontología o salud pública enfocada en la calidad y la humanización del ejercicio profesional; se da escasa importancia a temas claves como la multidisciplinariedad, la interculturalidad, lo

intersectorial y el derecho a la salud. El nivel primario de salud reporta no recibir profesionales preparados para este propósito pues los egresados se orientan a la especialización médica, las universidades consideran que el Estado no crea condiciones laborales adecuadas. El problema no es solo de alumnos sino, también, de disponibilidad de docentes calificados y bien remunerados, de escuelas médicas idóneas y de concertación real y efectiva con la autoridad; este conflicto se ve agravado por la masiva creación de facultades de medicina que no reúnen requisitos básicos para la docencia y la investigación médica. Es de suprema importancia una cuidadosa formación personalizada de aquellas personas que atenderán personas que, sumada a su patología, adolecen a menudo de males sociales endémicos como pobreza, desnutrición, inseguridad, maltratos, marginación, entre otros.

Recomendaciones

1. Se requiere ahondar y documentar el conocimiento sobre la calidad de la atención médica en todos sus niveles y hacer pública la información para establecer estrategias de mejora continua de la calidad en la atención de salud con la participación activa y consciente de todos los involucrados en ella, esto es, usuarios, prestadores y autoridades. En la atención médica debe involucrarse no solo los procedimientos recuperativos sino el concepto de cuidar personas con la profundidad e integralidad que esto significa, no debe olvidarse que el paciente privilegia al médico con su confianza al encargarle el cuidado de su salud.
2. Se requiere mejorar y homologar las competencias clínicas desde la formación universitaria y durante el ejercicio profesional evitando que los avances tecnológicos o los intereses económicos colisionen con la visión humanitaria de la profesión hipocrática y el ejercicio digno, nada reemplaza el contacto empático con el paciente, la anamnesis y el examen cuidadoso y la solidaridad con el doliente. La aplicación de guías de práctica profesional y el monitoreo
- efectivo de las conductas laborales por los colegios profesionales y las sociedades médicas especializadas contribuyen a mejorar la atención y la percepción de su calidad por los usuarios. Debe cultivarse la humanización del profesional y de la sociedad así como la enseñanza y la práctica de valores éticos en todos los actores de la atención de salud. Se requiere establecer políticas sectoriales viables y de largo plazo que definan el perfil sanitario deseable para el país y los recursos humanos idóneos para lograrlo.
3. Se requiere una estrategia nacional para entronizar la atención primaria de salud -demostrando su ventaja- así como la labor preventivo promocional incentivando la participación comunitaria y su aplicación efectiva en el hogar, los centros de enseñanza o de trabajo; se requiere aliar en este esfuerzo a los agentes de comunicación masiva y la empresa; la aplicación de estilos de vida saludables ha producido grandes mejoras en la salud y la economía en los países que lo aplicaron. Es indispensable la creación de un sistema nacional de salud que integre a todas las instituciones prestadoras de salud y el esfuerzo y recursos de los agentes de la vida nacional.
4. La Dirección de Garantía de la Calidad y Acreditación del Ministerio de Salud debe velar por el cumplimiento de las guías de los estándares de calidad de los establecimientos de primer nivel y de hospitales e institutos especializados, asegurando que el tiempo real dedicado al paciente permita no solo la atención médica y de gestión (formatos innumerables) sino, además, el acercamiento interpersonal y la consejería. La salud no debe verse como mercancía ni la medicina como objetivo de lucro, el acto médico es un acto de suprema confianza entre el que sufre la afección y aquel que entiende el dolor y lo alivia comprometiendo su vocación en ello.
5. Aunque son importantes para la atención médica los recursos materiales en los que mediáticamente se incide para mostrar mejoras, en el sentir del paciente son más valiosos la buena voluntad del médico, su empeño y desempeño, el compromiso vocacional aunado a la palabra amable y la conducta pertinente.

El comportamiento grupal asertivo requiere de entendimiento y buen clima organizacional y esto es rol de la autoridad, tanto el paciente como el profesional que lo atiende requieren ser escuchados, la satisfacción común es fruto de un esfuerzo colectivo. El don de humanidad debe ser cultivado junto con la comprensión, la compasión y la ética, pero no debe ser exclusivo del médico sino extensivo a todos los actores de la atención. La educación médica, paralelamente al plan curricular debe enseñar a valorar la salud, la sacralidad de la vida y la dignidad del ser humano, precepto que debe ser ejercido a plenitud por el médico. Se debe propulsar la investigación científica en seres humanos bajo los códigos éticos correspondientes, el trabajo en equipo, la tolerancia, la resiliencia, la creación de proyectos de mejora continua de la calidad y el análisis crítico de la situación de salud para desarrollar y aplicar estrategias de corrección. El ente rector no debe otorgar el uso de campos clínicos a universidades que no acrediten las más altas condiciones, en especial de plana docente, para la formación de personal de salud.

Opinión Final

AE Dr. Melitón Arce Rodríguez

La salud del hombre es un derecho fundamental, la salud de la población es un tema que desborda al sector y compromete al Estado y a la sociedad en su conjunto; las epidemias demuestran que algunos problemas de salud pueden convertirse en una amenaza global. La atención de salud debe garantizar calidad con oportunidad y dignidad.

La calidad en el cuidado de la salud se traduce en dos parámetros, no siempre coincidentes, uno cuantitativo, expresado en el logro de los objetivos prefijados, en términos de indicadores de eficiencia y eficacia y otro cualitativo, traducido en la manifestación subjetiva de satisfacción del usuario por la atención recibida. El primero de ellos puede ser óptimo pero si no es percibido así por este último, resulta demeritado. Ambos parámetros requieren ser atendidos simultáneamente.

Para alcanzar este objetivo es indispensable disponer de establecimientos que brinden atención oportuna, eficiente y equitativa, es decir que dispongan de facilidades para la recepción de los pacientes, equipamiento actualizado y suficiente y personal competente, suficientemente motivado para brindar un trato cálido y comprensivo.

La búsqueda de la calidad en el cuidado de la salud debe ser una actividad permanente, un proceso de enfoque integral, que persiga el perfeccionamiento constante y promueva, entre otros aspectos, otorgar al paciente el máximo de beneficios reduciendo al mínimo los riesgos posibles. La meta a alcanzar debe ser brindar el máximo de bienestar con la mínima incomodidad.

Condición indispensable es también sensibilizar y motivar al personal de todos los niveles operativos, personal denominado usuario interno, para que acepte que su mayor responsabilidad es la atención del paciente, el usuario externo, admitiendo como premisa válida que, con razón o sin ella, este último valora su preocupación como lo más importante. Lograr ello requiere necesariamente una constante labor de concientización, a la par que obliga a ofrecerle condiciones de trabajo apropiadas para su mejor desempeño y satisfactorias para mantener su motivación. No olvidemos que en algunas circunstancias la percepción de una buena calidad de servicio depende de la solicitud y dedicación en el trabajo del personal y que ella puede en gran medida superar deficiencias, transitorias o permanentes de otro orden.

Finalmente resulta también importante para alcanzar este logro, informar suficientemente al usuario interno sobre los servicios que se ofrecen, sus deberes y derechos, explicarle acerca de su problema de salud en términos sencillos y comprensibles, el grado de eficacia, las limitaciones, riesgos y costos de los tratamientos a recibir, escuchando respetuosamente sus opiniones y su derecho a involucrarse en las decisiones que se tomen al respecto. El cuidado de la salud es una obligación y un derecho de la persona humana y un deber ético de la sociedad garantizarla, promoverla y preservarla.