

Comentario editorial

¿Estamos satisfechos?

Dr. Emilio Boggiano

Los trabajos de investigación en el primer nivel como el que se describe en "¿Cómo entienden los padres las indicaciones médicas?" actúan como sensores de la realidad. Es la manera de conocer en parte las necesidades comunitarias y las respuestas a las acciones programadas. Es de resaltar en este trabajo el deseo de seguir preguntándose y de avanzar en la construcción del espacio de la atención dentro de un marco social y organizativo que conlleva a la interferencia de la relación médico-paciente.

La evaluación de la calidad de atención y la satisfacción del paciente son condiciones esenciales para valorar y mejorar la eficacia de la prestación. La idea de calidad total surge en la posguerra y se aplica, en principio, en la industria japonesa. A partir de esta experiencia se desarrollaron diversos modelos teóricos para evaluar la calidad en el campo de la atención de la salud. Con una visión amplia se incorporaron junto a la calidad técnica los aspectos de relación interpersonal y el nivel de aceptación por parte del paciente.¹⁻³ Se consideraron la mejora continua, la participación de todo el personal y de la red social.

La calidad es un concepto ambiguo, por la variedad y cantidad de factores a considerar.

Las encuestas son sólo una forma de evaluar la calidad y determinar las necesidades. También son parciales los indicadores sociosanitarios y la aplicación de diversas técnicas de consensos. Cuando las técnicas de control de calidad detectan sólo errores, los resultados pueden arribar tarde, cuando ya las cosas han sucedido, y en salud esto implica responsabilidades que afectan a otros. La falta de calidad de atención puede llegar a considerarse iatrogénica.

Dice Hannu Vuori: "Siendo la salud un derecho, los servicios de mala calidad privan a los ciudadanos de algo a lo que tienen derecho".⁴

Las encuestas de satisfacción en los centros de atención primaria suelen dar resultados positivos en lo que respecta a relaciones interpersonales, atención y capacidad de los efectores.⁵

Debe tenerse en cuenta que la población tiene conciencia de las dificultades inherentes a la crisis y que la imagen social del médico aún tiene una alta aceptación: "hace lo mejor que puede". También se puede suponer que la insatisfacción y la crítica son difíciles de expresar y que transferencialmente se sostiene el lugar de donde depende la salud de la familia.

Las "encuestas de salida" (las que se realizan al final de la consulta), pueden estar impregnadas por lo antedicho y deben confirmarse posteriormente para saber si la opinión se mantiene en el tiempo.

Los pacientes suelen evaluar la calidad en un sentido integral: es o no es terapéutico, es o no es útil. Por el contrario, la visión de los efectores suele ser fraccionada.

Es esencial centrar en el paciente el proceso de gestión de calidad.

Sobre esta base, Karl Albrecht propone la siguiente secuencia:

1. El paciente ha tenido la sensación de que se le brindó lo básico. Si hubo o no servicio.
2. El paciente ha obtenido lo esperado. Esto es satisfacción o frustración.
3. Manifiesta distintos grados de preferencias ("Me hubiera gustado...").
4. Tiene la impresión de haber obtenido mayor satisfacción a la esperada.

El grado de satisfacción de los usuarios se puede determinar por la relación entre la calidad percibida y la esperada.⁶

Entre los factores que intervienen en el grado de satisfacción pueden considerarse:

- Personalización de la entrevista.
- Si el médico saludó y se presentó con su nombre.
- Lugar de atención con privacidad.
- Interferencias o presencia de terceros.

*Ver artículo
relacionado en
la página 22*

- Si fue invitado a sentarse y fue llamado por su nombre.
- Horario para obtener turnos. Tiempo de espera.
- Barreras reales o virtuales para el logro de la consulta.
- Precio y pago de la consulta, que desalienta y produce desigualdades.
- Respuesta a las preguntas formuladas. Si quedaron algunas pendientes.
- Sensación de haber sido escuchado.
- Si sabe qué enfermedad tiene el niño y dónde está localizada anatómicamente.
- Tiempo de la entrevista.
- Continuidad de la atención por el mismo personal.
- Claridad y posibilidad de cumplimiento de la receta.

La "entrevista en profundidad", tomada luego del proceso de atención, es una técnica valiosa para una gestión basada en el usuario.

Ha de realizarse en forma grupal o individual y preferentemente por el propio personal del equipo. Su finalidad, no es sólo la evaluación del servicio, sino el pedido de colaboración para mejorarlo.

Se debe permitir al paciente un relato espontáneo, sin emitir juicios, para evaluar la prestación y sus dificultades. De este modo se lo involucra activamente en el proceso de mejora continua. Estos relatos pueden ser dolorosos para los pacientes por las dificultades en el tránsito y difíciles para el equipo de salud.

Frecuentemente los médicos atribuyen los resultados desfavorables a la forma de organización, normas, recursos institucionales. También la familia aparece como responsable de las patologías y problemas que padece.

La introducción de cambios para mejorar la calidad de atención requiere que cada participante haga una autocrítica. Es preciso reaprender, desplazando conocimientos anteriores, dislocar saberes preestablecidos. Es necesario reconocer los procesos inadecuados que fueron naturalizándose con el tiempo, tornándose parte del paisaje cotidiano. Para ello es preciso alejarse de la escena, descentrarse y recentrarse en las necesidades de los otros.⁷

Atención y satisfacción en el primer nivel de atención

La calidad en el primer nivel de atención debe ser una producción colectiva, resultante del involucramiento y participación de todos los actores. Es esencial una política

dirigida hacia la oferta de atención, con búsqueda activa del paciente, que recupere los intereses, dificultades y formas de vida de los individuos, su cultura y la comunidad en donde están insertos y que no sólo se ajuste a la demanda frecuentemente espontánea.

Es frecuente que las instituciones no respondan totalmente a las necesidades de la comunidad. Las investigaciones que se realicen deberían estar dirigidas exclusivamente a los intereses de los programas y no a visiones parciales e independientes con destinos variables.

La concepción ética de los servicios debe considerar siempre las finalidades esenciales que les dieron origen.⁸

La organización vertical de los servicios da como resultado una atención vertical, paternalista y autoritaria; por el contrario, si la organización es horizontal en el equipo, la relación con los pacientes será más democrática. El paternalismo es beneficencia sin autonomía.⁸

Durante la consulta es esencial crear un espacio coparticipativo, con percepción de las necesidades individuales, que no se detenga en la transferencia de conocimiento. Este espacio no debe tener el carácter de evaluación de la crianza, pues se torna intimidatorio.

La evaluación de los logros alcanzados por la institución no ha de restringirse a cifras de cantidad de pacientes atendidos y mucho menos, de tiempo-paciente, índices de productividad y retribución por productividad, sino que se han de considerar la atención de las necesidades sociales. El médico ha de participar en la defensa de los derechos comunitarios de salud que también son propios, en alianza con la población a la que, por supuesto, pertenece.

La tarea del médico ha de estar guiada por la solidaridad antes que por el incentivo propuesto por el gerenciamiento.

Hay que admitir que es difícil lograr un adecuado grado de satisfacción cuando los efectores del equipo de salud padecen una cadena de postergaciones en su jerarquización y reconocimiento. La legitimidad del equipo la da el vínculo con la población y esa es la principal lealtad a defender. Los pacientes son los que nos hacen médicos.

Las políticas en el campo de la salud han instalado la idea de que la salud es un bien de mercado y, por lo tanto, existe una responsabilidad individual en la posibilidad de adquirirla.

Este concepto mercantilista de las últimas décadas debe cambiarse por el derecho del individuo al acceso a la salud y a la participación activa en las decisiones en ese campo.

El paso de recibir una atención por beneficencia a considerarse sujeto de derecho, es junto a la educación, la condición básica de constitución de ciudadanía.⁹

El núcleo de la situación caótica en que estamos inmersos es la pobreza de muchos derivada de una injusta distribución de la riqueza.

A pesar de la tendencia universal a su disminución, la mortalidad infantil en la Argentina pasó a nivel nacional de 16,3 en el 2001 a 16,8 en el 2002. Esto indica la muerte de 379 niños menores de un año más.

Este aumento general se verifica, además, en 15 de las 24 jurisdicciones incluidos la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la provincia de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires.¹⁰

Por lo tanto, es indispensable dedicar todos los recursos económicos y humanos genuinos necesarios para revertir en primera instancia el daño provocado, incluidos salud, alimentación, comensalidad familiar, educación, cultura, vivienda, medio ambiente saneado y trabajo digno, fundamentos del desarrollo social.

La base debería ser un Sistema Nacional de Salud universal, no focalizado, basado esencialmente en la red pública, con un cambio progresivo y programado en la organización asistencial, con estrategias de atención primaria de la salud, donde el centro del programa sea lo que hoy se considera periférico.

La ciudadanía en general debería estar informada de las decisiones que se adopten sobre políticas de salud que la involucren; para ello, debería proponerse un debate público abierto, hasta ahora postergado o silenciado.

El hospital público debe atender la complejidad del 2° y el 3° nivel con mecanismos efectivos de transferencia y contratransferencia con los centros de atención primaria.

Los centros de atención primaria de la salud deben tener la complejidad y recursos necesarios para la resolución de los problemas de ese nivel.

La universidad pública de pregrado y posgrado y las sociedades de profesionales deben preguntarse cuál es el médico que el país necesita en esta circunstancia histórica.

Los componentes de los equipos de salud

deben recuperar su compromiso con la comunidad y el sentido de la elección vocacional y de trabajo.

Y los pediatras especialmente, debemos constituirnos en defensores ineludibles de la Convención de los Derechos del Niño inserta en la Constitución Nacional.

Mientras todo siga igual ¿Quién está satisfecho con tanta inequidad? ■

Referencias

1. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Chicago, IL: Health Administration Press, 1980.
2. Donabedian A. Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1990:16.
3. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. México DF: La prensa médica mexicana SA. De CV, 1991.
4. Vuori H. Calidad en sistemas y servicios de salud. Medicina y Sociedad 2000; 23:7.
5. Scavino C. Enfoque sociocultural sobre la consulta pediátrica. V Jornadas de debate interdisciplinario de salud y población, Gino Germani. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, julio de 2003:3.
6. Petracci M, Romero M, Ramos. Calidad de atención V Jornadas de debate interdisciplinario de salud y población, Gino Germani. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, julio de 2003:7.
7. Rovere M. Curso: Gestión en atención primaria de la salud –OPS- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Hospital Carlos Gianantonio. San Isidro, julio de 2003.
8. Lolas Stepke F. Ética y calidad de atención de la salud. Programa de educación a distancia. Medicina y Sociedad 2000; 2:19-25.
9. Rovere M. Construcción de ciudadanía y legitimidad del trabajo en salud. 3° Congreso de Salud. Secretaría de Salud Pública de Rosario, octubre de 1999.
10. Ministerio de Salud. República Argentina. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Indicadores básicos. [en línea] <http://www.deis.gov.ar/indicador3_2001.htm> [Consulta: febrero de 2004]

Bibliografía recomendada

- Baranchuk N. Nacer, crecer y morir en crisis. Buenos Aires: Almagesto, 1997.
- Fernández de Busso N. Estrategias para mejorar la calidad de atención médica. Medicina y sociedad 1996; 19(2).
- García Díaz C. Salud para ricos y pobres. Medicina y Sociedad 2001; 24:1 [editorial]
- Menéndez E. Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social (CIESAS), 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. Metodología para la evaluación participativa Washington DC OPS/OMS, 1994.
- Sonis A. Equidad en Salud. Arch.argent.pediatr2001; 99: 253-256.
- Albrech K. Todo el poder al cliente. México: Paidós, 2002.