

---

# Calidad en la atención de la salud

## desde la auditoría medica



Curso de auditoría medica  
Hospital Alemán 2010

Dra. Sonia  
Castro  
Dr. Gustavo Niotti  
Dr. Néstor  
Quiñones Robles

---

## **Indice**

Introducción .....	3
Objetivos .....	5
Dimensiones de la calidad.....	6
Auditando calidad.....	12
La relación médico-paciente.....	17
Calidad - Responsabilidad .....	19
Conclusiones.....	24

---

## INTRODUCCION

En los últimos años ha habido un creciente interés en relación a la importancia de la calidad como componente esencial en todo sistema de salud. La idea de calidad en salud puede sonar amplia, difusa y subjetiva. Sin embargo, se trata de un concepto concreto y, pasible de ser medido con la consiguiente reducción de la subjetividad. En líneas generales, los pacientes pueden parecer poco sensibles a la calidad de la atención médica, quizás por conformismo o por ignorancia, u otros factores. Incluso, un paciente puede encontrarse globalmente satisfecho con el sistema hospitalario en general. Pero cuando se tienen en cuenta cuestiones concretas como la amabilidad en la atención, el trato, y la relación con el médico, con todo lo que ello implica, pueden aparecer críticas importantes o relevantes que deben ser tomadas en cuenta.

Si bien es real que en muchos casos no estamos entrenados para evaluar fehacientemente nuestra propia práctica, también es verdad que si no intentamos hacerlo, difícilmente podamos realizar intervenciones para mejorarla. No estamos hablando de diferentes opciones de trabajo, sino de un imperativo ético: hacer las cosas lo mejor posible.

Estas cuestiones que en la sociedad actual resaltan, inciden en todos los actores del sistema, desde profesionales, el nosocomio, los pacientes y hasta en el Estado.

---

En el presente trabajo expondremos cuestiones como la calidad de la atención, su gestión, y su relación con el campo de la responsabilidad como fuente generadora de derechos y obligaciones, relacionando la auditoría médica.

La auditoría médica se considera como una instancia educadora más que punitiva, donde se intenta aprovechar las experiencias negativas y positivas introduciendo en forma gradual correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes, familiares, profesionales e instituciones. Los reclamos originados en la mala calidad de la atención médica podría ser causa de la deficiente relación médico-paciente, por múltiples factores.

---

## **Objetivos**

Jerarquizar la importancia de Calidad de atención de pacientes, relacionada con la auditoria medica , reconocer los diferentes aspectos que conforman el campo de la calidad, investigar el vínculo existente entre la calidad de la atención médica y la relación médico-paciente. El monitoreo de la calidad de la atención médica, por medio de las encuestas de opinión y de satisfacción.

La gestión de la calidad no necesariamente generan más gastos ya que como consecuencia de optimizar los procesos pueden llegar a lograr una utilización mucho más racional de los recursos.

---

## **Calidad**

El concepto de calidad tiene su origen en los procesos industriales. Así, en el ámbito de las empresas se habla de Calidad total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de integrar los esfuerzos de mejora continua de todas las personas y estamentos de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores al menor costo. Juran define la Calidad como la idoneidad o aptitud para el uso de un determinado producto o servicio; es decir, un producto o servicio será de Calidad si sirve para lo que está previsto que sirva. Este concepto exige una definición previa de qué necesidades y expectativas están previstas que sean satisfechas por el producto o servicio a evaluar.

Deming define la Calidad en función del sujeto que ha de juzgar el producto o servicio. Para Ishikawa el concepto de Calidad es muy parecido, ya que la Calidad del producto o servicio es la satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio.

La American Society for Quality Control define la Calidad como la totalidad de funciones y características de un producto o servicio dirigidas a satisfacer las necesidades de un cierto usuario.

---

En los manuales de normas ISO (ISO 29004-2) se define la calidad como el conjunto de especificaciones y características de un determinado producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen.

Hasta aquí hemos visto lo que es la Calidad en el campo industrial. En lo referente al terreno sanitario, también ha ido evolucionando el concepto de Calidad es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población. Existe una definición clásica (IOM 1972) que dice que una asistencia médica de, con los recursos que la sociedad y los individuos han elegido destinar a ella.

La OMS (1985) define que la Calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente durante el proceso.

La definición que propone el instituto de medicina de EEUU y que considera a la calidad como...” el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual” se trata de una misión maximalista ideal cuyo límite es el máximo conocimiento científico-técnico y tiene una visión centrada en la calidad científico técnica del prestado.

Otra definición que propone el programa español “ provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y la satisfacción del usuario”

Esta última incorpora a los receptores del servicio (pacientes, clientes y usuarios) direccionando hacia donde deben orientarse los servicios de salud, sin olvidar sus necesidades y expectativas.

---

Podríamos seguir dando definiciones, pero creemos que como punto de partida para desarrollar un sistema de calidad en el ámbito sanitario, se debe tener en cuenta al sujeto de esta atención, que es el paciente. Estas otras dimensiones, que tienen en cuenta al paciente, son aquellas que veremos a continuación.

Las 3 dimensiones de la calidad.

La calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes fundamentales: técnico, interpersonal y de amenidad. Los elementos técnicos están constituidos por las investigaciones, tratamientos e intervenciones. Los elementos interpersonales incluyen características tales como la comunicación y la consideración de la dignidad del paciente; en cuanto que los elementos de amenidad se refieren a las condiciones del entorno y hoteleras (alimentación, lavandería, etc.).

Desde una perspectiva que incumbe a la salud pública, estos componentes se podrían completar con la asistencia proporcionada a la comunidad, implicando dimensiones tales como accesibilidad y equidad .

Por pragmatismo, quizá sea conveniente limitarse a discutir las tres dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios ; calidad para el cliente, calidad administrativa y calidad profesional.



Fig. 1. Las tres dimensiones de la calidad de los servicios sanitarios. Adaptada de Ovretveit<sup>6</sup>.

Ninguno de ellos puede, aisladamente, conseguir una mejora en la calidad de la asistencial.

---

Si la calidad ha sido definida como “cubrir completamente las necesidades de los que más necesitan el servicio, al menor costo para la organización, dentro de los límites y directivas establecidos por los estamentos superiores y por los compradores del servicio”, la interrelación entre los tres círculos se clarifica.

En particular, es importante no ceñirse a mejorar la satisfacción de aquellos pacientes, o clientes, que reciben el servicio, sino responsabilizarse de que todos aquellos que necesiten el servicio puedan acceder al mismo. Es este concepto el que obliga a que se efectúe una valoración de las necesidades de la población, lo que cae dentro de los dominios de la salud pública. Pero también se requiere que, para proporcionar asistencia de calidad a los pacientes, la eficiencia del servicio se tome en cuenta; esto es, que se evite gastar recursos que puedan ser empleados con otros pacientes.

Recientemente se está introduciendo, en el estilo de gestión sanitaria, el concepto gestión de calidad total (o Total Quality Management [TQM]), que ha sido ampliamente proclamada como la razón del predominio de la industria manufacturera japonesa sobre la estadounidense. Las teorías detrás de este proceso de TQM han sido desarrolladas por norteamericanos, en particular por Deming y Juran (tabla 1).

**TABLA 1**  
**Principios básicos de la gestión de calidad total**

Los 10 pasos para mejorar la calidad según Juran <sup>a</sup>	Los 14 puntos de la gestión según Deming <sup>a</sup>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear conciencia de la necesidad y oportunidad para mejorar</li> <li>2. Poner metas para la mejora</li> <li>3. Organizarse para alcanzar las metas (establecer consejos de calidad, elegir proyectos, designar equipos y/o facilitadores)</li> <li>4. Proporcionar formación y entrenamiento</li> <li>5. Llevar a cabo proyectos para resolver los problemas</li> <li>6. Informar sobre el progreso</li> <li>7. Reconocer los logros</li> <li>8. Comunicar los resultados</li> <li>9. Documentar puntuaciones</li> <li>10. Mantener el «momento» por medio de integrar las mejoras anuales como parte de los procesos y sistemas regulares de la compañía</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crear constancia de; propósito hacia la mejora de; servicio</li> <li>2. Adoptar una nueva filosofía. No se puede vivir con los niveles de retraso, errores, defectos de material, o ineptitud, comúnmente aceptados</li> <li>3. Dejar de depender de inspecciones en masa. Apoyarse, por contra, en evidencia estadística de que la calidad está presente, es inherente</li> <li>4. Acabar con la práctica de premios basados en etiquetas</li> <li>5. Identificar problemas</li> <li>6. Instaurar métodos modernos de formación profesional</li> <li>7. Instituir métodos modernos de supervisión de la producción de los trabajadores</li> <li>8. Despejar miedos para aumentar la eficiencia</li> <li>9. Derruir barreras entre departamentos</li> <li>10. Eliminar metas numéricas, pósters y eslóganes pidiendo más productividad sin proveer de método</li> <li>11. Eliminar estándares que prescriban cuotas numéricas</li> <li>12. Potenciar el orgullo en el trabajo</li> <li>13. Instaurar un vigoroso programa de educación y formación</li> <li>14. Crear una estructura en la gerencia que vele por todo lo anterior</li> </ol>

La aproximación del TQM tiene unos elementos esenciales: 1) un compromiso hacia la calidad desde los más altos niveles del servicio; 2) un entorno participativo, donde todos los miembros son apreciados; 3) un buen sistema de calidad, concentrándose más en los procesos que en los individuos; 4) una aproximación al personal basada en la formación y/o entrenamiento y en el desarrollo del mismo; 5) una relación para con el cliente enfocada en sus puntos de vista y en sus deseos; 6) un reconocimiento a la importancia de la mejora continuada de la calidad, y 7) una inversión en el desarrollo de la calidad, al reconocer que ésta mejora los niveles de beneficios al disminuir lo que se gasta.

---

Aun cuando estos puntos de vista son asumibles, es necesario rebajar el énfasis expresado en la aproximación del TQM hacia los procesos, pues aunque éstos sean importantes, en uno de los componentes de la calidad de la asistencia sanitaria, el de la calidad profesional o auditoría médico-clínica, no lo son menos los resultados terapéuticos. En todo caso son más cruciales, porque son la dimensión de hasta dónde los procesos de la asistencia han tenido éxito.

## **AUDITANDO CALIDAD**

La Auditoria Medica de las prestaciones y servicios en salud, no se aparta de las auditorias que se realizan en otros campos del que hacer humano en cuanto a proceso, objetivos , evaluación e informe, constituyéndose en un instrumento de perfeccionamiento y educación continuas, que permite tomar resguardos en aspectos técnicos, administrativos, éticos y médico-legales en búsqueda de la excelencia. Consiste en una evaluación sistemática , realizada por médicos que compara las características o Calidad de la atención brindada y observada con la Calidad ideal y deseada, de acuerdo a criterios y normas preestablecidas. Las acciones anteriores se complementan con la gestión de riesgos, reclamos y conflictos además de la realización de auditorias programadas en forma prospectiva, con una visión de futuro, de acuerdo a las necesidades institucionales.

Así la Auditoria Medica se concibe como una instancia educadora mas que punitiva y sancionadora, donde se trata de aprovechar las experiencias, tanto las negativas, a través del análisis de incidentes-accidentes, como de las positivas para ir introduciendo en forma gradual

---

correcciones y mejoramiento en cada uno de los procesos de atención, para satisfacer los requerimientos de los pacientes y sus familiares y así poder cubrir las crecientes expectativas de los pacientes que acuden a nuestras instituciones de salud. En el cumplimiento de estos requerimientos, la Auditoría Médica se constituye en:

- A- Un sistema de educación y perfeccionamiento continuos, preocupado de la Calidad, seguridad, calidez y humanidad de las prestaciones sanitarias, tratando de lograrlo a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje, motivación y participación de todas y cada una de las personas que atienden pacientes.
- B- Una instancia de mediación conciliación y solución de conflictos que puedan surgir en la relación médico-paciente, pariente e instituciones en beneficio de los involucrados y afectados.
- C- Un sistema que más que sancionar tiene un carácter preventivo del error médico y reparador del mismo de carácter no punitivo.

En cumplimiento de sus objetivos la Auditoría Médica tiene algunos campos de acción, los que solo enumeraremos:

- 1- Aspectos educativos: estimulando una educación y perfeccionamiento continuos, lo que permite la obtención del aprendizaje y experiencia para enseñar.
- 2- Aspectos Técnico-Evaluativos: a través de la calificación de actos y conductas, lo que implica un control de Calidad.
- 3- Aspectos de investigación: detección de problemas, deficiencias y grado de cumplimiento de las normas lo que facilita establecer y delimitar responsabilidad Médica.
- 4- Aspectos Normativos: estimulación en la elaboración y readecuación de guías clínicas, normas, protocolos y manuales de procedimiento, lo que facilita y objetiva el grado de cumplimiento y sujeción a estas.

- 
- 5- Aspectos Medico-Legales: establecer que se cumplan las normas legales y las disposiciones sanitarias vigentes. A) Prevención de la mala praxis y el error medico. B) Recomendaciones para el manejo de conflictos. C) Tratamientos de conflictos y eventos potencialmente indemnizables. D) Actuación en estrecha colaboración con la asesoría legal de la institución.
  - 6- Aspectos Éticos: promover el fiel cumplimiento de las conductas de las personas de acuerdo a las normas éticas y morales.
  - 7- Aspectos financieros y de mercado: conociendo toda la información que proporciona la Auditoria Medica se puede analizar la Calidad, la prestación costo-beneficio y la eficiencia, permitiendo la elaboración de indicadores de Calidad. En todos los aspectos de la Auditoria Medica es de gran importancia trabajar en la elaboración de programas, readecuar protocolos, guías clínicas, manuales de procedimientos, desarrollar sistemas para los distintos procesos de atención sanitaria y controlar su funcionamiento. Aún de mayor relevancia es hacer en la gestión sanitaria un uso juicioso de todos los medios y de la información generada, la cual al ser analizada, medida y evaluada, permite conocer la situación real y actualizada en que desarrollan los procesos, procedimientos y acciones en las distintas Unidades y servicios de un Hospital o clínica. Si contar con los distintos instrumentos, analizarlos, medirlos y evaluar los resultados es importante, es de mayor trascendencia poder tomar conciencia de las deficiencias y errores para poder introducir las modificaciones que permitan corregirlas y mejorar la Calidad y seguridad de los servicios; “el cambio no solo se produce al planificarlo sino también tomando conciencia de lo que no funciona”.

Se sabe que el aumento de la calidad conduce a una reducción de los costos a través de incurrir en menores faltas y/o errores como son las duplicaciones, readmisiones, (lo que a su vez reduce los costos legales). Todo esto lleva a que los pacientes estén más satisfechos, lo que también redunda en que el personal haga otro tanto y vea cómo su orgullo por el trabajo se incrementa, creando un ambiente positivo que se traduce en menos ausentismo y en mayor creatividad. Esto es, se incrementa la motivación, no sólo por el propio trabajo, sino por mejorar de forma constante la calidad misma del servicio ofrecido, tornando el círculo expuesto en la figura 2 en una verdadera espiral ascendente.

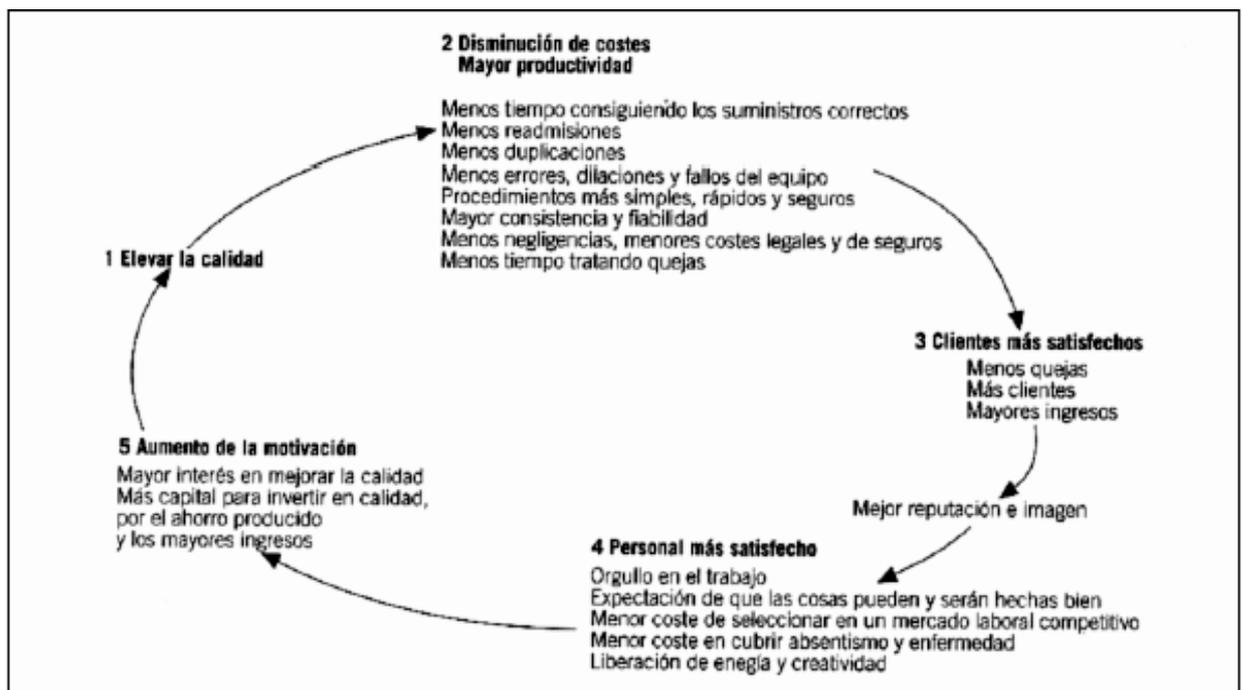


Fig. 2. Elevar la calidad reduce costes y aumenta la productividad y los ingresos (según Ovretveit)

Dada la interrelación entre las tres dimensiones de la calidad que vimos anteriormente, es importante no perder el referente de TQM y analizar, al tratar de auditorías, los componentes que incumban a todas las dimensiones.

Para ello, será conveniente situarse desde la perspectiva del propio cliente en el convencimiento de que el hecho de seguir a algunos pacientes reales a través del proceso asistencial, anotar y analizar sus experiencias pueda ser más costo-efectivo que los resultados de encuestas de opinión, a la vez que proporciona información para identificar áreas problemáticas del servicio.

El modelo del flujo de proceso de la calidad para el paciente (tabla 2) proporciona un marco adecuado para analizar servicios -entendiendo, a la vez, las percepciones de los pacientes/clientes- e identificar fallos, errores cuándo y dónde

éstos ocurran.

TABLA 2

El modelo del proceso-flujo de la calidad para el cliente (fig. 3)

<p>Fase 1. A veces se selecciona (por parte del mismo paciente o del que le refiere) el servicio equivocado. La calidad del proceso de selección se puede medir en términos del número de pacientes rehusados porque el servicio, o bien no puede cubrir sus necesidades, o presenta una capacidad insuficiente</p> <p>Fase 2. El punto de entrada es donde el paciente hace el primer contacto con el servicio. Accesibilidad e información pertinente y suficiente determinan la calidad en este punto</p> <p>Fase 3. Normalmente existe cierta dilación entre la entrada y el «primer contacto». Esta fase es crítica porque es la primera vez que el paciente conoce a una persona que representa al servicio. Proporciona al cliente (que puede estar ansioso y con incertidumbre sobre cómo será tratado) la primera evidencia real de cómo es el servicio, y de lo que les espera. Esta fase es importante ya que influye en las expectativas</p> <p>Fase 4. La primera respuesta sustantiva del servicio; es cuando el personal recibe al paciente y valora sus necesidades. Una valoración pobre es la responsable de muchos problemas con la calidad. Esta fase debe ser un diálogo entre el que proporciona el servicio y el que lo recibe, implicando una negociación y un contrato implícito que, a veces, se vuelve explícito</p> <p>Fase 5. La intervención es donde el servicio, previa valoración, intenta cubrir las necesidades del paciente. Esta fase es crítica en moldear las percepciones del paciente. Se debe medir tanto la habilidad del servicio en cubrir las necesidades del paciente, como el tiempo invertido en hacerlo así</p> <p>Fase 6. La fase de revisión es importante por tres razones: 1) para revalorar las necesidades y replantearse intervenciones para obtener el máximo efecto; 2) para chequear las expectativas del paciente e influenciarlas, y 3) para que los proveedores del servicio juzguen si sus habilidades pueden ser usadas para mejorar el efecto sobre otros pacientes esperando recibir el servicio</p> <p>Fase 7. La fase de cierre debe ser considerada en términos de preparar al paciente, en todos los ámbitos, para dejar el servicio. Se debe juzgar si las necesidades del paciente han sido cubiertas, y qué acciones tomar si no lo han sido. A veces el cierre implica transferencia a otros servicios, como los comunitarios. La buena percepción general de un servicio puede ser destruida por otro servicio externo que no acepta sus responsabilidades</p> <p>Fase 8. Finalmente, el seguimiento implica saber si las necesidades del paciente han sido, y/o están siendo, cubiertas, y, si es necesario, llamar de vuelta al paciente y ampliar el servicio que se le ha dado. Implica el actuar sobre los comentarios (feedback) que del servicio se reciben</p>
--

Tomada de Qvretveit

---

El modelo subdivide el servicio en una serie de etapas (o fases) que pueden ser consideradas individualmente (tabla 2). En resumen, a través de las ocho fases del modelo (selección, entrada, primer contacto, valoración, intervención, revisión, cierre y seguimiento) se capacita como un proceso la visión de un servicio y el trabajo de cada persona.

## **La relación Médico-Paciente**

La relación médico-paciente es una forma específica de manifestarse las relaciones humanas. De aquí se deriva la pregunta ¿Qué le da la especificidad a la relación médico-paciente que le otorga identidad propia respecto a los demás tipos de relaciones humanas?

Varios elementos se toman en cuenta. El primero es el del “ámbito”. La promoción, el sustento y la restauración de la salud es el ámbito en donde se da la relación. La prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad.

Una primera categorización es el modelo de relación médico-paciente de Veatch en el que se plantean tres tipos de relación: la matemática, la sacerdotal y la contractual.

En una segunda categorización encontramos el modelo político de la relación, configurada por la relación médico-paciente tipo monárquica, oligárquica y democrática.

Una tercera categorización y que en cierta medida busca resumir las precedentes y muchas tanta existentes, es la que presenta a la relación médico paciente desplazándose entre dos polos que van desde el paternalismo a la autonomía. Al reflexionar sobre esta categorización, aludimos a los siguientes elementos constitutivos de la relación médico-paciente: universo valorativo, fines, aproximación, protagonistas, roles, tipo de comunicación, sentido y veremos como se manifiesta cada una de ellas dependiendo del tipo de relación.

**Observemos el siguiente cuadro comparativo**

<b>RELACIÓN PATERNALISTA</b> Mono/Oligo Valorativa	<b>ELEMENTOS CONSTITUTIVOS</b>	<b>RELACIÓN AUTÓNOMA</b> Abierta a los Valores
	<b>UNIVERSO VALORATIVO</b>	
Solucionar un Problema	<b>FINES</b>	Humanizar una dimensión de la existencia.
Consultiva	<b>APROXIMACIÓN</b>	Deliberativa
Médico-Equipo Médico/Paciente	<b>PROTAGONISTAS</b>	Equipo Médico/Equipo Paciente
Paciente Espectador	<b>ROLES</b>	Paciente Protagonista
Monólogo Vertical	<b>COMUNICACIÓN SENTIDO</b>	Diálogo Horizontal

---

Ahora bien, hay que reconocer que son polos, extremos entre los que se desplaza la relación. De dichos polos pueden darse múltiples combinaciones. O también se puede dar la hipertrofia de uno de los elementos. La relación médico-paciente es tan florida como hombres hay, aunque siendo más específico, la riqueza de la relación va a depender más que del número distinto de personas, de las variadas concepciones del hombre que se tengan, acertadas o no.

## **CALIDAD Y RESPONSABILIDAD**

Observar el tema de la calidad en materia de auditoría no es referirnos a nada nuevo, ya que hace tiempo se trabaja en ello. Calidad de la atención médica, calidad de la prestación de salud. Existen autores que refieren que no basta con poner a disposición solamente los medios, los recursos, sino que es esencial que estos funcionen. Walter Carnota, explica que “no se trata de una pretensión de cantidad, sino de calidad”.

Dice que si bien hay un consenso acerca de las necesidades de mayores dosis de cuidados médicos, no lo hay en cuanto a los medios, a los sistemas, a los mecanismos, a los modos. Más adelante el mismo autor que el derecho a la salud es de índole prestacional (welfare right), y allí donde la prestación no llega, o es insuficiente cuantitativa y cualitativamente podrá afirmarse rotundamente que no hay derecho.

En relación a este tema que nos ocupa, sabemos que en la Argentina Son frecuentes los reclamos por una deficiencia en la atención médica en sentido cualitativo. Un paciente que ingresa a un centro asistencial, y que ante la desorganización del personal e infraestructural se ve frustrado en su pretensión decidiendo no continuar atendiéndose, no ilustra un ejemplo desconocido.

---

Muchas veces, es fácil observar que ese resultado, deviene claramente de un orden causal notoriamente atribuible a la deficiencia de la atención médica.

La Corte Suprema de la Justicia de la Nación, dictaminó que “El adecuado funcionamiento del sistema asistencial médico no se cumple sólo con la yuxtaposición de agentes y medios o con su presencia pasiva o su uso meramente potencial, pues es imprescindible además que todos ellos se articulen activamente en cada momento y en relación a cada paciente. Ello, en tanto cada individuo que requiere atención médica pone en acción todo el sistema y un acto en cualquiera de sus partes, sea en lo que hace a la faz de la prestación médica en sí como a la faz sanitaria, sean el control de una y otra, en la medida que pueda incidir en el restablecimiento del paciente, demorándolo, frustrándolo definitivamente o tornándolo más difícil necesariamente compromete la responsabilidad de quien tiene a su cargo la dirección y el control del sistema.

También se ha dicho que “Quien contrae la obligación de prestar el servicio de asistencia a la salud debe hacerlo en condiciones adecuadas el fin en función del cual ha sido establecido y es responsable de los daños que cause su incumplimiento o su ejecución irregular”.

Respecto de la responsabilidad de la obra social por no garantizar que el servicio médico se brinde en condiciones óptimas, la Sala C de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Comercial, dijo que “Cabe admitir la responsabilidad no sólo de las obras sociales sino también de las clínicas, ya que estas deben encargarse de que el servicio se preste, y tal obligación debe cumplirse en condiciones tales que el paciente no sufra daño por deficiencia de la prestación prometida.”

---

El problema de la calidad se presenta siempre ante la disyuntiva de lo público y lo privado. Pero no se puede dudar que cada vez es más importante el factor “calidad de la atención médica” en un sector de creciente complejidad, y en el que se han impuesto fuertemente las reglas de la economía de mercado: libertad de elección, competencia, eficiencia, rentabilidad.

Emanado del Estado debe destacarse el Decreto 1424 del año 1997 (B.O. 30/12/1997) que instauró el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica”, el cual es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud, en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, en el Sistema Nacional de Obras Sociales, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión, así como en los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del sector salud que adhieran al mismo. El objetivo del Programa es normalizar las actividades vinculadas con el accionar sanitario –con el fin de asegurar la calidad de los servicios y de las prestaciones que se brindan a la población- y proponer las medidas necesarias para garantizar la calidad de los mismos.

El art. 3 habla específicamente de la calidad de las prestaciones de atención médica y del grado de satisfacción del usuario.

---

En el ámbito privado, las entidades de salud pueden, voluntariamente, acreditar sus niveles institucionales de calidad, a través del IRAM o del ITAES. El IRAM es el organismo que en la República Argentina certifica la calidad en el mundo empresarial, a partir de los estándares fijados en las normas ISO. El ITAES, es una organización no gubernamental surgida por personas que están al frente de establecimientos médicos líderes de todo el país, de las principales confederaciones y cámaras de prestadores de los servicios de salud, financiadoras del mercado de salud y algunas sociedades científicas.

Coincidimos plenamente con Oscar Ernesto Gayar cuando rescata la importancia de la acreditación de la calidad médica institucional, no sólo como herramienta del management para optimizar el posicionamiento de la entidad en el mercado de la salud; sino también como elemento coadyuvante en la prevención institucional frente a las demandas por el daño con base en la praxis médica.

También es necesario hacer una adecuada gestión de reclamos, debiendo contar con una planificación, procedimientos y personal capacitado, ya que para una relación de ayuda y de servicio no bastan los conocimientos técnicos y teóricos, sino que se necesita tener una actitud empática y ser capaz de ponerse en el lugar del otro, para su adecuado reporte, manejo, tratamiento y resolución en la instancia correspondiente.

---

Una vez producida la condición o deficiencia que dio origen al reclamo y registrado éste en los instrumentos destinados para tal efecto, deben seguirse esquemáticamente las siguientes etapas:

- Recepción y acogida empática del reclamante.
- Auditoría ( escuchar, anamnesis y registro)
- Análisis de lo sucedido (humano, técnico, médico y jurídico)
- Distribución. Solicitud de informes a los involucrados.
- Solicitud de Auditoría técnica a los expertos.
- Revisión de la bibliografía.
- Manejo y tratamiento. Trabajo en equipo.
- Solución , medidas adoptadas (explicación, completar tratamiento, reembolso, indemnización).
- Información al cliente
- Informe para archivo, aprendizaje y enseñanza.
- Revisión y evaluación de la efectividad de las medidas implementadas.

---

## CONCLUSIONES

La calidad de la asistencia sanitaria depende de la adopción de una aproximación sistemática, integral e interdisciplinaria.

La introducción de la gestión total de la calidad no significa empezar desde cero, sino que se refiere a organizar lo que se hace dentro de un marco sistemático, usando dicho marco para guiar acciones futuras y para reevaluar lo que se está haciendo.

Independientemente de la aproximación a la calidad que elija un servicio, ésta debería tener un carácter general y de conjunto, es decir, de toda la organización.

Esto significa implicar a todo el personal, que sea parte de la labor cotidiana, que sea equilibrada (cubriendo las tres dimensiones de la calidad: administrativa, para el cliente y profesional), sistemática, cíclica y perdurable.

Allí siempre deberá estar presente la tarea del auditor: controlando, evaluando, previendo e informando, para contribuir a este proceso de mejora continua.

De esta manera se podrá disminuir los riesgos y sus consecuencias físicas, psíquicas y económicas en los pacientes, familiares y personal sanitario, cumpliendo así con la finalidad de mejorar la calidad, seguridad, humanidad, eficacia, eficiencia y disminuir los costos por reclamaciones. Creemos que el futuro no se puede prever, si se puede preparar, y allí debe hacerse presente el campo de acción de la auditoría.

---

Por sí sola la instalación de un sistema de calidad no asegura que necesariamente deba generarse una mejoría y que no se presenten conflictos. La calidad, si bien es cierto que debe ser planificada, no se impone “desde arriba” pudiendo asistirse a un fracaso si no se cuenta con el compromiso y la motivación de cada uno de sus integrantes.

Pero creemos definitivamente, que para emprender un camino hacia la calidad de la atención médica en un determinado organismo de salud, el primer “capítulo” debe ser el compromiso de su dirección o nivel jerárquico superior, de lo contrario, no se encontraría el apoyo institucional necesario para generar cambios o realizar las correcciones que se requieran.

Una mala calidad de atención médica se origina por múltiples factores: malas condiciones laborales, deficiencia en recursos, desorganización, etc.

A veces los médicos incomprendidos muchas veces por los pacientes respecto a la realidad de las condiciones en que se desempeñan, exigiéndoles estos niveles de calidad en la atención médica difíciles de implementar en dicha situación.

Los pacientes, por otro lado, revelan cierto conformismo con la calidad de la atención que se les brinda, y presentan un registro de calidad parcial, esto es, identifican la calidad de ciertos sectores o servicios del nosocomio por separado, pero no en forma global.

La calidad de la atención médica, el tema es complejo, e involucra a todo el sistema de salud en su conjunto.

Las propuestas que se nos ocurre acercar para contribuir a la mejora que la calidad en la atención médica, son las siguientes:

- el diseño de un sistema permanente de evaluación-mejoramiento que utilice múltiples técnicas.

- 
- considerar los problemas como oportunidades para perfeccionar los desempeños institucionales o individuales.
  - Educar al la paciente en sus derechos y obligaciones.
  - Lograr un compromiso general o "cultura de la calidad" que impregne a toda la institución.
  - El mejoramiento de las condiciones laborales del personal médico y no médico de la organización.
  - Implementar controles y mejoras en el aprovechamiento de los recursos disponibles.

La auditoría es fundamental en tanto cumple funciones esenciales como la de asesorar, reportar y mejorar, la calidad del cuidado de cualquier organización médica.

Tal como sucedió en nuestra investigación, la auditoría permite conocer o detectar situaciones problemáticas o mejorables, incorporar mejoras, comparar con otras instituciones, incorporar o definir nuevos valores en concordancia con las mayores expectativas de los pacientes. También, permite prevenir futuros reclamos o quejas de los pacientes inconformes, como bien resaltaron algunos profesionales respecto del problema del nosocomio auditado.

En definitiva, la auditoría es una herramienta que bien aprovechada en un caso como el planteado, contribuye a lograr beneficios en toda la población.

---

## Bibliografía

- FELD S. RIZZI CH, y GOBERNA A., *El control de la atención médica*. López Libreros Editores. Bs. As. 1978.
- ARANGUREN, E. A., y REZZÓNICO, R. A., *Auditoría Médica. Garantía de Calidad en la atención de la Salud*. Centro Editor de la Fundación Favalaro, Bs. As., 1999.
- RENCORES G., *Auditoría Médica en la Gestión de Riesgos y manejo de conflictos*, II Seminario Internacional del Derecho Sanitario, Santiago, 2002.
- Ortega, Benito, *La Calidad de los Servicios Sanitarios*, Barcelona, 1994.
- DONABEDIAN, A. *La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?*, JANO, 1989.
- VARO, JAIME. *Gestión estratégica de la calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*, Ed. Diaz de Santos, S. A., 1994.
- SCHIAVONE, MIGUEL ÁNGEL. *Gestión en tiempos de crisis*, Editorial Rev. de la Soc. Arg. de Adm. de Organizaciones de atención de salud, 2003.

- 
- SCHIAVONE, MIGUEL ÁNGEL, *Diagnóstico de situación*, Hospital Fernández, 1989.
  - CARNOTA, WALTER, *La salud como bien constitucionalmente protegido*, en “Responsabilidad Profesional de los Médicos”, La Ley, Buenos Aires, 2003.
  - CSJN, 1999/07/06, Schauman de Scaiola, Martha S. C/ Provincia de Santa Cruz y otro RCyS, 2000-477.
  - Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial, Sala C, 1991/08/08, Teixidor, Roberto E. C. López Gramajo, Roberto y otro. LL, 1992 – D, 292.
  - GARAY, OSCAR ERNESTO, *La necesidad del derecho médico preventivo*, en “Responsabilidad Profesional de los Médicos”, La Ley, 2003, pág. 2
  - Highton, Elena, y Wierzba, Sandra, *La relación médico-paciente: El consentimiento informado*, Ad Hoc, 1991.
  - Urquiza R. *Conceptos de calidad en salud. Evid. Actual. Pract. Ambul.* 2004; 7:152-155