

Calidad médica: factores sobre los que hay que intervenir

Medical quality: factors on which it is necessary to intervene

Dr. José Manuel Toledo Hernández; Dr. Miguel Zaldívar Garic; Dra. Marisol Águila Hernández; Dr. Arcadio Gómez Reyes.

Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó la presente comunicación en el año 2008 para mostrar algunos factores que influyen en la asistencia médica y en el logro de una medicina de excelencia. Se señalaron los errores que con más frecuencia se realizan en la práctica médica tales como: el abandono del método clínico, la falta de conocimiento médico, la práctica de una medicina defensiva y la actitud autoproteccionista de algunos médicos, el reto que demanda el fenómeno de la complejidad y la incertidumbre y la no implantación del círculo de la calidad entre otros factores. Se muestra el camino correcto para erradicar estos errores y los desafíos que deben enfrentar el colectivo médico en el siglo XXI. Se debe tener conciencia de la imposibilidad de resolver los problemas desde un solo paradigma disciplinario, por lo que es preciso estar abierto al trabajo cooperativo, a la investigación y a la sinergia con los demás y exhortamos por la utilización mesurada de todos los avances logrados por la ciencia y la técnica.

DeCS: errores, factores, calidad médica.

ABSTRACT

The present communication was performed in 2008 to show some factors that influence in the medical assistance and in the achievement of an excellence medicine. Errors that with more frequency are carried out in the medical practice were pointed out such as: the abandonment of the clinical method, the lack of medical knowledge, the practice of a defensive medicine and the autoprotectionist attitude of some doctors, the challenge that demands the complexity phenomenon and the uncertainty and the non implantation of the circle of quality among other factors. The correct way to eradicate these errors and the challenges that should face medical community in the XXI century is shown. We should have conscience of the impossibility of solving problems from a single disciplinary paradigm, for what it should be open to the cooperative work, to the investigation and synergy with others and we exhort for the measured use of all the advances achieved by the science and the technique.

DeCS: errors, factors, medical quality.

INTRODUCCIÓN

La Revolución cubana ha transitado por distintas etapas en los 49 años de existencia y el Ministerio de Salud Pública no está ajeno a estos cambios. La medicina dejó de ser un comercio privado, lucrativo y ligado a la política para dar paso a una medicina gratuita con equidad y con una nueva proyección: la solidaridad y extensión de estos servicios a más de 30 países del mundo. Debido a la Revolución Científica aplicada en el campo de la medicina, al uso y abuso de la tecnología en el campo de la salud y que todavía no se ha logrado una medicina de excelencia se realizó la presente revisión, en vistas de exponer cómo influyen algunos factores en la prestación del servicio y en la calidad médica, señalando los errores más frecuentes y mostrando el camino correcto para erradicarlos.

Se debe precisar que los resultados de la aplicación de la tecnología médica pueden expresarse en cinco términos diferentes:

Eficacia: es el efecto producido en la variable a evaluar cuando la intervención se aplica en condiciones experimentales o ideales. Las unidades de la eficacia pueden ser: milímetros de mercurio (mm/Hg.), litros por segundo (l/s), etc.

Efectividad: es el resultado obtenido cuando el procedimiento se aplica en condiciones habituales, por la generosidad del sistema, en la organización real, con los medios disponibles y sin seleccionar a los pacientes, es decir en la práctica real día a día.

Utilidad: es la calidad de vida que se oferta al paciente porque el verdadero interés, cuando se aplica una tecnología, es el bienestar que va a obtener, es decir, la calidad de vida que se gana y el tiempo que mantendrá esa calidad de vida por el hecho de haberle aplicado dicha tecnología.

Beneficio: son los resultados obtenidos. Su limitación más importante es la dificultad y, en muchas ocasiones, la imposibilidad de traducir los resultados de una intervención en unidades monetarias.

Excelencia: es la obtención de los mejores resultados con el mínimo de gastos posibles para satisfacción, tanto del paciente como del personal de salud, al realizar correctamente la tarea que corresponde y ahorrar recursos que puedan emplearse en producir nuevos servicios.¹⁻³

Factores que afectan el logro de una medicina de excelencia:

Es el abandono del método clínico o la vulnerabilidad de éste en cualquiera de las cinco fases motivo de errores médicos.

1ra Fase: El no establecer la adecuada relación médico-paciente-institución-familia y no formular apropiadamente el problema o los problemas de los pacientes.

2da Fase: Resaltar más lo anecdótico que lo semiológico en el interrogatorio y no realizar el examen físico o ejecutarlo en forma inapropiada o incompleta.

3ra Fase: La no formulación de hipótesis diagnósticas adecuadas y sustituir los juicios diagnósticos por expresiones.

4ta Fase: La selección inapropiada y la no justificación de los exámenes complementarios, el no contrastar el cuadro clínico con el resultado de los exámenes realizados e indicar baterías de exámenes y después orientar el interrogatorio conlleva a no arribar al diagnóstico total, global e integral del paciente.

5ta Fase: El no reflejar en el expediente clínico los juicios establecidos y la no comunicación de las experiencias obtenidas.

La violación del método clínico se produce desde la formación del estudiante, al no exigir los profesores en todas las rotaciones de forma adecuada el aprendizaje correcto y no se aborda en los programas de estudios el método clínico. Una vez como médico no siempre las administraciones exigen una excelencia en su trabajo.^{4, 5}

Falta de conocimiento:

Los errores que se producen por falta de conocimiento para interpretar un cuadro clínico, un complementario etc., comienzan desde la época de estudiante y se refleja en el desarrollo profesional, dependiendo de varios factores:

Calidad humana del estudiante y del médico, sus motivaciones e intereses, que se exijan una autopreparación de primer nivel y hacerle comprender el rol que van a desempeñar, tener presente su formación vocacional previa y el perfil de salida que se tenga proyectado. En ocasiones no tienen definido sus canales de aprendizaje, ni un mínimo de confort para estudiar en instituciones docentes o en sus residencias y de programas de estudios adecuados para el estudiante, los residentes y el de postgrado. La exigencia del claustro de profesores se debe mantener. Se deben proporcionar cursos complementarios que satisfagan necesidades de aprendizaje y no intereses personales. La no comprensión de lo que es integralidad y no poseer literatura actualizada, medios y recursos audiovisuales adecuados, negar el trabajo en equipo y no respetar las decisiones colectivas conllevan al error. ⁴⁻⁶

La medicina defensiva y la actitud autoproteccionista:

El reconocimiento del error es uno de los principios para la correcta utilización del método clínico, deberían ser abordado de manera abierta, sencilla, natural, constituir una virtud de todo científico honesto, pero el ser humano es remiso a ello, casi todo el mundo lo acepta en teoría, en la práctica se ve como algo que lo disminuye y ofende por la incomprensión del medio que lo rodea y con ello a todas las situaciones a las que se expone. Si prevalece una actitud represiva en las administraciones es lógico que la respuesta sea ocultarlos.

Antes las demandas o quejas que se producen encima del médico, esto obliga a la práctica de una medicina defensiva en la mayoría de estos, a la vez que crea entre el médico y el paciente una relación de mutua desconfianza, el médico ve al paciente como un enemigo potencial y no puede evitar una actitud autoproteccionista que erosiona la relación médico-paciente.

Tanto la medicina defensiva como la actitud autoproteccionista llevan al abuso tecnológico que en vez de ayudar estorban y los errores diagnósticos y terapéuticos se multiplican. Aparte del gasto enorme de recursos económicos no mejora la calidad de la atención médica, entonces no hay que dejarse someter ni acomplejar por la tecnología, porque la relación médico-paciente se altera, se hace impersonal médico-aparato o aparato-paciente, y no todos los pacientes desean eso. ⁷⁻¹⁰

Presión sobre el médico y experiencias de insatisfacciones previas del paciente o el familiar.

Existen desaciertos que han participado para que la imagen del médico ante el paciente no se lo impida como son: la medicina defensiva y autoproteccionista, la sofisticada tecnología de la que ahora el médico depende o lo hacen depender y la excesiva especialización que se torna más eficiente en su capacidad diagnóstica y terapéutica (este avance de la especialización es un éxito). El error es que en muchos casos fue a costa de la prestancia y prestigio de la medicina general, esto deformó la práctica médica y propició una vertiente de incontables insatisfacciones que lo hacen cada vez menos capaz de una visión integral del enfermo. ^{9, 10}

Fenómeno de la inestabilidad natural.

No se tiene presente que en cualquier proceso existen trayectos de sistemas inestables, esto significa que sólo se pueden hacer predicciones en pequeños intervalos de tiempo. El fenómeno de la inestabilidad natural conduce a problemas muy serios y nada trivial, el primero de los cuales es la predicción que es una invitación a experimentaciones teóricas, hay que echar a un lado que el paciente es el sirviente incondicional y por lo tanto se deben relacionar con respeto y tener en presentes distintos factores que pueden intervenir. ¹¹

La educación médica.

Desde hace años se han valorado exitosos esquemas para la formación profesional, la enseñanza modular, el aprendizaje en pequeños grupos y con los pacientes simulados; pero ha faltado estudiar el aprendizaje informal, cotidiano. El Harvard Medical Practica Study demostró que un buen número de situaciones adversas en los hospitales se puede atribuir a errores humanos y se realizó un debate con expertos en estudio de accidentes de aviación y plantas industriales. Estos analizaron y llegaron a la conclusión de que existen deficiencias en la forma en que los médicos concebimos el conocimiento e ignoramos los factores sociales y sistemáticos que influyen en el uso del conocimiento y favorecen los errores médicos, por lo tanto hay que abordar de manera sistemática e integral los procesos de generación, selección, difusión, adopción y utilización del conocimiento en los ambientes complejos en los cuales realizan las acciones los profesionales. ^{7, 8, 12}

Reducción de lo complejo a lo simple.

Al estudiar el efecto de una variable es preciso mantener una constante y en las investigaciones se utilizan criterios de inclusión y exclusión. Este paradigma ha permitido grandes avances científicos, sin embargo, en el mundo real nos enfrentamos con pacientes complejos, que tienen comorbilidad. (Ejemplo: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Artrosis, Asma, etc.) y los protocolos son para casos puros. ¿Qué hace el novato? Actúa sumando indicaciones y lleva al paciente a una polifarmacia. ¹³

Gestión del conocimiento.

La gestión del conocimiento no se realiza de manera vertical y con control burocrático, implica la transferencia de poder y capacidades para favorecer las decisiones. Las instituciones de salud que no asumen la gestión del conocimiento como la principal función, no avanzan, si esto sucediera, serían más humanos porque tratarían al personal de la salud como el elemento creativo, de ahí la importancia de favorecer la interacción humana, construir ambientes para la confrontación de ideas, la experimentación y la reflexión.

Mientras que la industria considera el conocimiento tácito como fundamental para el desarrollo empresarial, en la medicina consideramos al explícito expresado en documentos, publicaciones, etc. Este error nos lleva a sobre simplificar la práctica de la medicina pues la reducimos a la mera aplicación de la evidencia. Si todos nos dedicáramos a la evidencia no habría progreso.^{14, 15}

El reto de la complejidad y la incertidumbre.

Un hospital se compone de distintos departamentos que tienen una continua interacción, de tal forma que un problema o avance en una de esos elementos influye sobre el conjunto, por tanto es un sistema adaptativo complejo, tienen capacidad de autoorganización, pueden desarrollar respuestas novedosas, actúan de manera lineal, pequeños cambios pueden producir grandes efectos, la manera de acelerar los sistemas adaptativos es favorecer la generación y difusión de conocimientos.

Cuando se explora lo incierto y se genera respuesta se reduce la incertidumbre y se amplía nuestra capacidad de intervención pero al mismo tiempo se generan nuevas incertidumbres. Ante la imposibilidad de dominar todo el conocimiento, se debe privilegiar la creatividad, el trabajo en equipo y la habilidad para contender con la incertidumbre. Se debe enseñar a navegar en lo incierto, para cada problema existen varias soluciones y para cada solución varios problemas. No siempre en todas las circunstancias el beneficio, el riesgo o la proporcionalidad de un tratamiento son claros y al igual que entre el blanco y el negro hay una gama de grises, entre la indicación y la contraindicación existen situaciones, al igual que con un estudio o el planteamiento nosológico. Lo que si no debe hacer el médico es realizarle lo que tiene contraindicado así lo pidan los pacientes. Hay situaciones donde sólo son posibles tratamientos de indicaciones dudosas no contraindicadas, los médicos tenemos poco que decidir y debemos hacer lo que desee el paciente o lo que dicte la razón.¹⁴⁻⁶

La no implantación del círculo de la calidad asesora y ayuda a las administraciones en todos los procesos que se producen en el hospital.

Al funcionar estos desarrollan diferentes actividades que hacen que se identifiquen y se busquen soluciones a los factores que conducen al error. ¹⁷⁻⁹

Actividades a realizar por este círculo:

Evaluar la satisfacción a familiares, pacientes, trabajadores, etc. en diferentes momentos (reunión del paciente, reunión al alta, durante su estancia en la sala) mediante encuestas.

Evaluar historia clínica donde se analiza el proceso asistencial desde su llegada al servicio de urgencia, de forma concurrente y al egreso. Se puede evaluar el cumplimiento de los protocolos de trabajo.

Identificar necesidades de aprendizaje del personal de la salud.

Interactúan con los servicios y el resto de la institución identificando los problemas que afectan la calidad.

Convencer a todo el personal de salud que es un eslabón en la calidad de prestación que se brinda.

El error cambiará:

1-Cuando la unión entre la tecnología y arte de la ciencia redondee en una mejor atención al paciente.

2-Cuando el entrenamiento y el continuo cultivo del pensamiento ético-científico, así como la destreza técnica sean fundamentos irrevocables del servicio médico.

3-Si el médico que necesita nuestra sociedad es capaz de abordar con humanidad y comprensión los aspectos de SCrening de la medicina especializada y las normas de la medicina preventiva y comunitaria.

4-El día en que se respete mejor el método clínico, porque la clínica en nuestros tiempos adquiere un valor muchísimo mayor que en el pasado.

5-Cuando se privilegie la creatividad, el trabajo en equipo, la habilidad para contender con la incertidumbre y navegar en lo incierto.

6-Cuando se tenga una educación superior de excelencia con alumnos integrales y un egresado humanista y comprometido ante la sociedad.

7- Si el círculo de calidad implantado trabaja para el fin para lo que fue creado.

Desafíos del siglo XXI:

1-Se mantendrá la medicina defensiva que crea entre el médico y el paciente una relación de mutua desconfianza, no pudiendo evitar una actitud autoproteccionista que erosiona la relación y lleva a la relación médico-aparato-enfermo.

2-Con el desarrollo portentoso sobre las ciencias médicas y la tecnología el rango de error fue el mismo a lo largo del siglo, no es hora de pensar que el buen juicio clínico debe seguir prevaleciendo aún frente a las llamadas técnicas de alta complejidad.

3- El enfrentamiento a una mayor cantidad de pacientes ancianos es y será un reto por ser más difícil el diagnóstico correcto (hay mayor atipicidad en la expresión de los síntomas y signos y mayor frecuencia de múltiples enfermedades que aumentan la tasa de discrepancia) además de la visita al médico a unas horas de iniciado el proceso de enfermedad.

4-La medicalización de la población: ¿Hasta dónde es la instrucción? ¿Tienen adecuada visión tecnológica los medios de difusión para instruir a la población en el país o producir deterioro a la imagen del médico?

5-El médico ha de redefinir sus responsabilidades al tener que enseñar a asumir un mayor papel al paciente sobre su propia salud, donde el médico es el principal elemento en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y el paciente es el principal actor de la prevención primaria y cumplimiento del tratamiento individualizado asignado.

6-¿Se continuará otorgando exceso de confianza a exploraciones caras y limitar las facultades del médico? Los pacientes aprecian el avance pero se quejan de esa medicina tecnificada que impide dialogar.

7-Impera en el momento actual una corriente que enfoca la salud desde un punto de vista economista ante los enormes costos que los avances generan.

CONCLUSIONES

La educación actual debe incluir el aprendizaje organizacional y la gerencia del conocimiento.

Se deben desarrollar individuos y organizaciones dotados del pensamiento complejo que valoren la multicausalidad, que impulsen a la reflexión continuada y puedan enfrentarse a la incertidumbre como fuente de aprendizaje.

Que estén conscientes de la imposibilidad de resolver los problemas desde un solo paradigma disciplinario, por lo que deben estar abiertos al trabajo cooperativo, a la investigación y a la sinergia con los demás.

Exhortamos por la utilización mesurada de todos los avances logrados por la ciencia y la técnica en beneficio del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Núñez Jover J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. En: Grupo de Estudios Sociales de la Tecnología. Tecnología y Sociedad. La Habana: Félix Varela, 1999: 43-60.
2. Microsoft Encarta 2007. 1993-2006 Microsoft Corporation.
3. Ledón Llanes L, Agramonte Machado A. Difusión de resultados de investigación: reflexiones desde el ejercicio de una ciencia ética y responsable. Rev Hum Med 2005; 5(3):3.
4. Selman-Housein Abdo E. Guía de Acción para la Excelencia en la Atención Médica. Ciudad de la Habana. Editorial Científico-Técnica, 2002.p. 1-4.
5. Resik Habib P. La causalidad en Epidemiología. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2003.
6. Rivera Michelen N, Blanco Horta F. La dimensión comunicativa en la práctica médica, el valor de la entrevista. Rev Cubana Educ Med Super 2001; 15(3):1 URL disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421412001000300013script=sci_arttext
7. Aurelio Carvallo V. Médicos y profesionalismo, pacientes e información. Rev méd Chile 2000; 133 (2): 2 URL disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005000200017script=sci_arttext
8. Borrás Andrés JM, Berkow R, Sánchez Martínez F, Segura A. Impacto de la información sobre salud en la relación médico/paciente y en la salud pública. [20/06/2000] <http://www.imim.es/quark/num16/Default.htm>
9. Tena Tamayo C, Sánchez González JM. Medicina asertiva: una propuesta contra la medicina defensiva. Ginecol Obstet Méx 2005; 73(10): 553-559.
10. Briozzo L. Profesionalismo Médico: Sindicalismo y colegiación. Revista Noticias, 2004.
11. Prigogine I. MMWR [en línea] 2004 [10 de Enero 2004] disponible en URI: <http://encarta.msn.com/encnet/refpages/SRPage.aspx?search=prigogineSubmit2=Go>.
12. Güemez Junco F. Una Experiencia Pedagógica de la Enseñanza de la Asignatura Filosofía y Salud en el Nuevo Escenario Docente de la Educación Médica Superior. [Fecha de acceso 21 de diciembre de 2007]. URLdisponible:http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_2/rhcm16207.htm.
13. Lezama Lima JM. Paradiso. Morin E. La necesidad de un pensamiento complejo [en línea]. [Fecha de acceso 21 de diciembre de 2007]. Disponible en:

http://www.ugr.es/~pgomez/archi/Morin/Morin_pensamiento_complejo_necesidad.htm.

14. El Poder de la Palabra. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/administracionestrategia/estrategia/poder-de-la-palabra-pnl.htm>.

15. El Poder de la Palabra: La PNL. Gestipolis.com. [Fecha de acceso 26 de diciembre de 2007]. URLdisponible: <http://www.gestiopolis.com/administracionestrategia/estrategia/poder-de-la-palabra-pnl.htm>.

15. Wikipedia. Gestión del conocimiento. [Fecha de acceso 26 de diciembre de 2007]. URLdisponible: http://es.wikipedia.org/wiki/Gesti%C3%B3n_del_conocimiento.

16. Ortiz Hernández E. El enfoque transdisciplinar de la complejidad en las ciencias biomédicas. Necesidad de cambio de paradigma [serie en Internet]. [citado 12 Mar 2007]. Disponible en: <http://www.complejidad-amaguey.org/>

17. Peiró DM, Glez Romá V. Círculos de Calidad. España: Ed. EUDEMA; 2005.

18. Izquierdo FD. Círculos de Calidad Teórica y Práctica. España: Ed. BOIXAREU; 2005.

19. Robson M. Círculos de Calidad en acción USA: Eg:Ventura; 2004.

20. Macías Llanes ME. Imágenes de la Ciencia y La Tecnología presentes en profesores de la Educación Médica superior. Rev Hum Med 2003; 3(2):1.

21. Goldstein J. Flirting with Paradox: emergence, creative process and self-transcending constructions. La Habana: Palacio de las Convenciones; 2004.

Recibido: 31 de marzo de 2008

Aprobado: 21 de julio de 2008

Dr. José Manuel Toledo Hernández. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Master en Longevidad Satisfactoria. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y la Pedraja. Camagüey, Cuba.