

## Calidad y accesibilidad

Enrique Ruelas-Barajas\*

Senior Fellow, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA, EUA y Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina, México, D.F.

### Resumen

*Los conceptos de accesibilidad y calidad adquieren sentido en función del momento histórico en el que se analicen; por ello, antes de iniciar con el análisis actual de estos conceptos, se presenta un panorama histórico sobre la evolución y la aplicación de los mismos dentro del sistema de salud mexicano. Son notables los esfuerzos que se han realizado en México para incrementar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud. No obstante, los retos van en aumento: romper el paradigma de «curación de la enfermedad», donde el proceso de enfermedad es combatido a través del personal médico que ha requerido especializarse cada vez en más áreas, y lo cual ha generado fragmentación de la atención y por tanto de los servicios, por el de la «prevención», donde no sólo interfiera el campo médico, sino todos los involucrados. El cambio hacia este paradigma podría generar una atención médica de mejor calidad.*

**PALABRAS CLAVE:** Accesibilidad en salud. Calidad en salud. Paradigma de salud.

### Abstract

*The accessibility and quality makes sense of the historical moment in which they discuss, so, before starting the actual analysis of these concepts, we present a historical overview of development and their application within the Mexican health system. Remarkable efforts have been made in Mexico to increase the accessibility and quality of health services. However, the challenges are growing: to break the paradigm of "curing the disease" where the disease process is countered by the medical staff has required increasing specialization in more areas, and which has resulted in fragmentation of care, and therefore services for the "prevention" which not only interfere the medical field, but everyone involved. The shift to this paradigm could lead to a better quality medical care.*

**KEY WORDS:** Health access. Quality in health. Health paradigm.

## Sobre la importancia del contexto histórico

Los conceptos de accesibilidad y calidad adquieren sentido en función del momento histórico en el que se analicen. Por ello, el fenómeno de la globalización les imprime hoy un significado diferente del que pudiesen haber tenido en el pasado remoto, si es que lo tuvieron, y aun en el pasado reciente debido a los impresionantes avances científicos, tecnológicos y sociales de los últimos años. El propósito de esta presentación es demostrarlo. En efecto, en los albores del siglo XX

era costumbre que los pacientes que no pudiesen deambular esperasen a sus médicos en sus hogares para recibir la atención necesaria. Además, en aquel entonces los hospitales no eran aún los espacios de concentración de especialistas y de alta tecnología hacia los cuales debía acudir el enfermo en busca de mayor y mejor atención, aun fuese en caso de urgencia. Mucho menos, constituyan el eje de grandes sistemas de seguridad social en torno a los cuales giraban otro tipo de servicios externos como consultorios, clínicas o gabinetes. Por ello, hablar de accesibilidad adquiere mayor sentido a partir de que esta realidad empezó a ser transformada en el mundo durante la década de 1930, 1940 y 1950, cuando el paciente, aun el encamado, tuvo necesidad de desplazarse hacia el consultorio del médico o hacia el hospital; cuando

#### Correspondencia:

\*Enrique Ruelas-Barajas

Unidad de Congresos del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Bloque «B», Avenida Cuauhtémoc, 330

C.P. 06725, México, D.F.

E-mail: acadmed@unam.mx

Fecha de recepción en versión modificada: 04-10-2011

Fecha de aceptación: 11-10-2011

el sistema de salud debió hacerse accesible para recibir a los enfermos; cuando se invirtió en buena medida la dirección del movimiento del encuentro del médico con su paciente: ahora, del paciente hacia su médico y hacia el hospital.

Además, el concepto de accesibilidad se amplificó cuando adquirió nuevas dimensiones: ya no se trata solamente de que los pacientes tengan la capacidad de movilizarse sino de que tengan los recursos para ello y para ingresar al sistema de atención. Ya no se trata solamente de tener acceso a la atención curativa, sino también a medidas preventivas. De esta manera, el concepto de accesibilidad quedó íntimamente atado al concepto de equidad, que tampoco fue visible como ahora sino hasta finales del siglo XVIII a partir de la Revolución francesa, a pesar de lo cual tuvo poco impacto en la atención de la salud sino hasta entrado el siglo XX.

De igual manera, la calidad fue durante mucho tiempo un concepto implícito a la atención proporcionada por el médico. No tenía sentido hablar de la calidad cuando se asumía que el médico era intrínsecamente competente. Si bien existen vestigios de la preocupación por la calidad de la atención médica desde tiempos remotos (el código de Hammurabi es un claro ejemplo de ello), en los tiempos modernos el tema empezó a adquirir relieve a partir de la década de 1930, cuando Codman<sup>1</sup>, y varios años después Donabedian<sup>2</sup>, lo pusieron en la agenda explícita de los servicios de atención médica. Más aún, como resultado de la publicación del libro *To err is human*<sup>3</sup>, en 2000, la preocupación por la seguridad de los pacientes hizo mucho más visible a la calidad como necesidad imperiosa de todo sistema de salud. Como veremos más adelante, hoy este concepto está todavía más presente, incluso entre la población, como resultado de fenómenos desencadenados por la globalización.

Finalmente, cabe señalar que, si bien es posible separar ambos conceptos mediante un exquisito rigor académico, en la realidad hoy son consustanciales. No es razonable conceptualizar la calidad si no existe acceso a los servicios. Por otra parte, los intentos de incrementar a ultranza el acceso de la población a los servicios de salud sin preocuparse por la calidad de éstos es evidentemente un despropósito carente de ética en los tiempos actuales.

## **La accesibilidad y la calidad bajo un nuevo paradigma**

No hay duda de los esfuerzos que se han realizado en México para incrementar la accesibilidad y la calidad

de los servicios de salud, particularmente desde la segunda mitad del siglo XX. Ejemplos de ello en nuestro país son el incremento de vacunas que reciben hoy muchos más mexicanos que a mediados del siglo pasado; el programa de ampliación de cobertura que durante varios años tuvo un papel preponderante entre las políticas de salud; por supuesto, la creación de las instituciones de seguridad social en las décadas de 1940 y 1950, a las cuales se sumó el sistema de protección social en salud a principios del siglo XXI; y las estrategias de mejora de la calidad implantadas por la Secretaría de Salud y por las instituciones de seguridad social desde la década de 1990, aunados al establecimiento de la certificación de establecimientos de atención médica iniciado en esa misma década por la Secretaría de Salud, y la certificación de especialistas desde la década de 1970 auspiciada inicialmente por la Academia Nacional de Medicina, por mencionar solamente unos cuantos.

No obstante, los retos van en aumento. Algunos de ellos son un resultado directo del desarrollo científico, tecnológico y de comportamiento social, producto a su vez de la globalización. Se trata de una convergencia de factores que están determinando una evidente transición del paradigma imperante desde finales del siglo XIX, que se acentuó durante la segunda mitad del siglo XX, hacia uno aún no plenamente conocido que se acerca a una velocidad vertiginosa. Veamos algunas de las características en transición entre ambos paradigmas en México, el todavía vigente y el que se encuentra en proceso de instalación.

El paradigma aún predominante ha estado enfocado fundamentalmente en la curación de las enfermedades. Para curar, el personaje por excelencia ha sido el médico alópata, quien, ante el enorme cúmulo de conocimientos, debe especializarse, lo cual ha conducido a la fragmentación de la atención con la tecnología más avanzada posible, y esto ha dado a los hospitales un papel central en la organización de los sistemas de salud que giran alrededor de éstos, pues ahí se concentran equipamiento y especialistas. Así, los pacientes deben transitar verticalmente desde los niveles de menor complejidad tecnológica hasta los más altos, si es necesario, y, supuestamente, ser regresados nuevamente al primer nivel según el desiderátum de la referencia y la contrarreferencia, más útil para la organización del sistema que para los pacientes, quienes con frecuencia peregrinan de un lado al otro a través de los niveles o, finalmente, desisten de ello cuando el costo del peregrinaje (financiero, en tiempo, o en paciencia) supera al beneficio percibido.

A fin de cuentas, los servicios están ahí siempre, supuestamente accesibles. La atención, de esta manera, tiende a ser episódica, es decir, se da cada vez que el paciente enferma o, si padece una enfermedad crónica, cada vez que sufre las consecuencias de la pérdida de control. Todos estos episodios requieren forzosamente la presencia de ambos, paciente y médico, en un mismo lugar en un mismo momento. La medida predominante de estos encuentros es la productividad: cuántos encuentros en cuántos momentos durante cuánto tiempo, con qué cantidad de estudios solicitados y procedimientos realizados en cualquiera de los niveles en los que se dan los encuentros. La calidad, por lo general, está implícita en la productividad: mientras más se hace, mejor es el servicio. En este sentido, el cada vez más necesario control de los costos se orienta al ajuste de tiempos y recursos utilizados, sin importar gran cosa el impacto en la calidad.

Son múltiples los factores que ahora inducen hacia un cambio de este paradigma todavía dominante aunque con rasgos de extinción. Entre los más visibles pueden ser citados: el acelerado envejecimiento de la población y el notable incremento de los padecimientos cronicodegenerativos, no necesaria ni exclusivamente como una consecuencia del envejecimiento; lo que he denominado «la rima de las revoluciones»: genómica, proteómica, telemática, informática, robótica, tecnología nanoscópica y tecnología endoscópica; la mayor exigencia de la población hacia los servicios de salud, producto de un mayor nivel educativo y de un mucho mayor acceso a la información; los profundos cambios en los estilos de vida, y, desde luego, el veloz movimiento de información, bienes y personas en todo el orbe que influye casi instantáneamente a todo el planeta y que es justamente lo que constituye la esencia de la globalización.

Ante estos y otros factores tal vez menos conspicuos, un nuevo paradigma se va instalando. Desde el énfasis en la curación hoy predominante, se empieza a hacer cada vez más evidente la necesidad de enfatizar la prevención, para lo cual no es el médico el profesional capacitado por excelencia, por lo menos de acuerdo con el paradigma dominante también en la educación médica actual que induce, además, hacia la especialización de los profesionales. Se hace cada vez más necesario recuperar una visión integrada de las personas, no solamente de los enfermos, en la que los factores sociales, y no principalmente los biológicos, adquieren enorme relevancia. El uso y abuso de la tecnología se ha convertido no solamente en un parteaguas entre el presente y el futuro, sino también

entre el médico y su paciente, con el consecuente incremento en los costos de la atención y en la despersonalización de la atención. Tal vez estas situaciones estén influyendo en la tendencia de la presencia creciente de las medicinas complementarias que propician una atención más cálida y son más baratas independientemente de su efectividad, que, en la mayoría de los casos, está por ser demostrada. No obstante, el espacio de estas prácticas se amplía bajo el paradigma que se instala. La cada vez más limitada movilidad de los viejos, la multiplicación de sus padecimientos (inéditos por la temprana mortalidad infantil de antaño), y el altísimo costo que implicaría atenderlos dentro de los hospitales está conduciendo al sistema nuevamente hacia la atención en el hogar y de una manera más integrada. Tal vez el concepto de accesibilidad geográfica estará empezando a adquirir un nuevo significado: la montaña deberá nuevamente ir a Mahoma. Más aún, ante los desarrollos de la telemática y la robótica, los encuentros simultáneos del médico y su paciente en un lugar común tal vez empiecen a ser reemplazados por un nuevo modelo de monitoreo preventivo que, además, conduzca a darle mayor continuidad a la atención episódica característica de hoy. Como resultado de una población más exigente porque está más informada y de una cada vez mayor conciencia de la posibilidad de ser víctimas de errores médicos, la calidad como valor explícito de la atención médica adquiere cada vez mayor importancia. De igual manera, pronto empezaremos a tener que definir el concepto calidad, ya no de los procesos curativos en la relación estrecha médico-paciente, sino también de las intervenciones preventivas, y más allá de esa relación circunscrita a dos personas para alcanzar a las comunidades cada vez más participativas.

Ante estas circunstancias, la calidad y la accesibilidad enfrentarán nuevos retos. Cito solamente algunos de ellos: el abrumador incremento en la cantidad de información sobre opciones de tipos de prestadores de servicios de salud, sean individuos u organizaciones, y de tratamientos posibles, no sólo aumentan el acceso sino también el riesgo de la confusión para las personas que deben decidir a quién acudir. Algo similar está ocurriendo a los médicos y a otros prestadores de servicios, pues, ante la avalancha de descubrimientos, desarrollos tecnológicos y acceso a la información sobre todo ello, es cada vez más difícil tomar las decisiones científicamente pertinentes sin caer en un mar de datos finalmente ininteligibles que, paradójicamente, pueden afectar negativamente a la calidad. Además, el exorbitante costo de los nacientes

medicamentos biotecnológicos habrá de afectar seriamente al acceso a éstos y hará cada vez más evidente las limitaciones de financiamiento de los sistemas de salud que pretenden ser equitativos. Al contrario, como ha sido señalado, la telemedicina facilitará el acceso, o la ¿«acercabilidad»? (neologismo que he propuesto para establecer un contraste entre la aparente pasividad del sistema de atención expresada en la «accesibilidad», es decir, su disponibilidad para quien pueda llegar, cuando pueda llegar) de los sistemas de salud hacia las personas de una manera hasta ahora aún insospechada. En este caso, nuevamente, la calidad habrá de adquirir una dimensión diferente: de la calidad enfocada en una relación entre individuos en un espacio circunscrito, a la calidad de la atención remota tal vez ni siquiera en tiempo real y a través de redes de servicios. De esta manera, los conceptos de calidad y accesibilidad deberán ser interpretados bajo una nueva visión de la atención a la salud y no sólo de atención a la enfermedad, como parece que se perfila este nuevo paradigma.

### **Epílogo. El impacto de lo global en lo local: calidad y accesibilidad**

Evidentemente, la globalización es un fenómeno determinante de un nuevo paradigma no solamente en la atención a la salud. Ninguna de las transiciones y tendencias citadas sería posible sin el grado de penetración, velocidad y extensión internacional que los desarrollos de la ciencia y la tecnología, así como de los fenómenos sociales y económicos han tenido como consecuencia de la globalización. La información fluye

instantáneamente; los mercados financieros se expanden y se colapsan en cuestión de horas, aun de minutos, y su influencia alcanza rápidamente todos los ámbitos de la vida de una nación a veces lejana del epicentro de los sismos monetarios que tienen impactos laborales que finalmente afectan a la salud; el contagio social, fenómeno ya demostrado, es claramente visible quizás por la velocidad con la que hoy se observa debido a la tecnología de las telecomunicaciones; las expectativas de las poblaciones hacia sus sistemas de salud tienden a homologarse en la medida en la que existen puntos de comparación accesibles a través de los medios de comunicación; los estándares de calidad entonces deben ser internacionales; el «turismo médico», si en verdad existe hoy tal fenómeno, irá aparejado a la facilidad de movilidad de las poblaciones entre fronteras; la introducción de nuevas tecnologías, con los beneficios y riesgos que ello conlleva, es ya casi simultánea en múltiples latitudes; en fin, el tiempo de lo local es ya el tiempo de lo global y viceversa, y en ese tiempo, el *tempo* vertiginoso de los procesos de atención a la salud y a la enfermedad determinarán los nuevos conceptos de acceso, seguramente con expectativas de inmediatez, y de calidad, sin duda con alcances y exigencias inéditas.

### **Bibliografía**

1. Codman EA. A study in hospital efficiency. As demonstrated by the case report of the first five years of a private hospital. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1996.
2. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.
3. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.