

## Los Determinantes de la Salud y el Papel de la Atención de Salud: Una perspectiva de mejoramiento de la calidad \*

S. MARTIN TAYLOR

*Profesor Asociado, Ph. D. Departamento de Psiquiatría, Universidad McMaster, Canadá.  
Profesor Adjunto, Universidad de Waterloo, Canadá.*

Empezaremos explicando brevemente lo que referimos como «El Misterio de la Salud». Este se expresa en que, a pesar de los progresos en tecnología, asistimos a una situación de creciente morbilidad, a un incremento en los costos de la atención de salud y a cada vez mayores desigualdades en salud. Las causas de este misterio tienen tres posibles explicaciones:

- La explicación biomédica: Hay muy poca atención de salud.
- La explicación yatrogénica: Hay demasiada atención de salud.
- La explicación de los determinantes de la salud: La relación entre la salud y los determinantes de la salud está siendo vista en forma muy estrecha.

Para enfrentar el problema, tenemos dos posibles opciones: Los ajustes al curso o el redireccionamiento.

Los ajustes al curso es la aplicación de un conjunto de estrategias y técnicas que en lo sustancial no cuestionan el abordaje o curso actual, sino buscan optimizarlo. Entre dichas técnicas tenemos:

- La Epidemiología Clínica
- La Evaluación Económica de la Atención a la Salud
- La Gestión de la Calidad Total (TQM, o Total Quality Management)
- El Mejoramiento Continuo de la Calidad (CQI, o Continuous Quality Improvement).

En otras palabras, se busca «Hacer las cosas bien».

El redireccionamiento, en cambio, propone un profundo examen de nuestras estrategias actuales, en base a criterios como:

- Los determinantes de la salud de la población
- El Modelo de Evans y Stoddart
- Cambios sociales y medioambientales
- La nueva Salud Pública (y la medicina preventiva)

En resumen, en este caso se trata de buscar un balance entre Hygeia y Panakeia.

Para ilustrar esto mostramos en la Figura 1, un modelo simple de retroalimentación para las relaciones entre la salud y la atención de salud. En contraposición, en la Figura 2 mostramos el modelo de los Determinantes de la Salud de la Población.

Ahora examinemos, en este marco más amplio del redireccionamiento, cómo entendemos la Gestión de la Calidad.

La primera interrogante a resolver es: ¿Por qué es importante la Gestión de la Calidad? En nuestra opinión, ésta es importante por la constatación de que la atención que brindamos actualmente es:

- Inapropiada
- Inefectiva
- Ineficiente
- Inequitativa

Por lo tanto, necesitamos comprender mejor las cuatro dimensiones de la atención apropiada:

- El servicio correcto
- El momento oportuno
- El proveedor apropiado
- El lugar adecuado.

Estas dimensiones nos permiten proponer un marco para la garantía de la calidad.

¿Qué progresos se han producido en este campo?

1. La Colaboración Cochrane
2. La Medicina Basada en Evidencias (EBM)
3. HEALnet

Ahora desarrollaremos cada uno de estos aspectos.

### CALIDAD DE LA ATENCION

Vamos a examinar más en detalle la Calidad de la Atención. ¿Qué muestran las evidencias actuales? (Roos y Roos, 1995):

1. Los patrones de práctica médica difieren sustancialmente de un médico a otro.
2. Una significativa cantidad de atención es inapropiada y la tasa de atención inapropiada es tan alta en áreas de alta utilización como en aquellas de baja utilización.
3. No se cuenta con evidencia de beneficios claros de ciertos procedimientos, lo que sugiere que algunas tasas de utilización son demasiado altas.
4. La incertidumbre clínica explica algunas variaciones en la práctica.
5. La reducción de la incertidumbre no garantiza un cuidado apropiado.

\* Traducido por:  
Dr. Pedro Mendoza Arana, MD MSc  
Profesor Asociado de Planificación y Gerencia en Salud,  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

6. Los pacientes informados tienden a preferir un tratamiento conservador (al menos en los casos en que se conoce claramente los riesgos implicados).
7. Tanto los paneles de expertos como los estudios de costo-efectividad tienden a sobreestimar los beneficios de los tratamientos.
8. La aplicación de lineamientos para la práctica puede disminuir las tasas de cirugía en ciertas áreas, pero esto no está necesariamente garantizado.

Ante esto, las posibles respuestas en términos de lineamientos de política son:

1. Reducir aquellas áreas de alta utilización
2. Evaluar los tratamientos
3. Incluir lo apropiado de la atención en las evaluaciones de calidad de la atención
4. Desarrollar lineamientos para la práctica basados en la mejor evidencia disponible (Esto es lo que busca la Medicina Basada en Evidencias o EBM).
5. Reasignar fondos para apoyar EBM e investigación relacionada a ella (p. ej. HEALnet).

**DIMENSIONES DE LA ATENCIÓN APROPIADA**

Ya hemos mencionado las cuatro dimensiones de la atención apropiada, de acuerdo con Rachlis y Kushner (1995). Ahora las examinaremos en mayor detalle.

**1. EL SERVICIO CORRECTO:**

Es aquel que producirá a los pacientes un beneficio neto, de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible.

Está guiado por las preferencias de los pacientes, quienes han sido informados ampliamente acerca de los posibles riesgos y beneficios.

No cuesta más que un servicio alternativo igualmente efectivo.

**2. EL MOMENTO OPORTUNO:**

Significa que los servicios se proveen de acuerdo con la evidencia científica en lo referido al tiempo en que se deben proporcionar. Por ejemplo:

La inmunización infantil se da según el esquema de inmunizaciones

Los factores de riesgo son identificados oportunamente (p. ej. Hipertensión)

Se implementa programas efectivos de despistaje

Se brinda atención anticipatoria a los pacientes con enfermedades crónicas, de manera que se previene su deterioro

De igual manera, los servicios efectivos se brindan sin largas esperas y los casos urgentes reciben atención sin demora.

**3. EL PROVEEDOR APROPIADO**

Los pacientes tienen acceso a proveedores experimentados y competentes, de manera que éstos tienen las suficientes destrezas técnicas para atenderlos.

Los pacientes tienen acceso al proveedor más costo-efectivo. Así, muchos servicios son brindados por médicos generales en lugar de especialistas, y otros son brindados por enfermeras y otros profesionales de salud, en lugar de ser ofrecidos por médicos. A los pacientes se les enseña, tanto como sea posible, a manejar sus propios problemas.

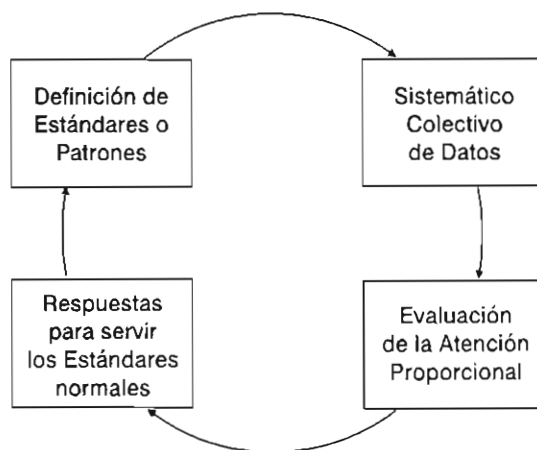
**4. EL LUGAR ADECUADO**

Los servicios altamente especializados se ofrecen en hospitales regionales y docentes, mientras la atención más rutinaria se brinda en hospitales locales. Las Casas de Enfermería ofrecen atención paliativa, oxígeno y aspiración, para evitar transferencias innecesarias al hospital.

Alguna atención comunitaria es ofrecida en establecimientos de tipo domiciliario, alternativos a los hospitalarios. Por ejemplo, hospicios para quienes requieren atención paliativa, casas de partos, hospitales de día para adultos, etc.

Muchos servicios se ofrecen a domicilio, si el paciente así lo prefiere.

**FIG. 1.- CUADRO SIMPLIFICADO DE LA GARANTÍA DE CALIDAD**



**LA COLABORACION COCHRANE**

Esta iniciativa se estableció en 1992, en respuesta a una convocatoria de Cochrane para hacer revisiones sistemáticas y actualizadas de la **Efectividad** de las intervenciones de atención a la salud.

Se trata de una red internacional de grupos de investigación comprometidos en la preparación, mantenimiento y diseminación de revisiones basadas en estudios controlados y aleatorizados.

Se tienen seis principios guía:

- Colaboración
- Construcción de experiencia científica
- Minimizar las duplicaciones de esfuerzo

- Evitar los sesgos
- Actualización
- Asegurar el acceso a las conclusiones

En base a estas revisiones, se viene construyendo la Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. Por ejemplo, la Base de Datos sobre Embarazo y Parto tiene aproximadamente 600 revisiones y está disponible en CD-ROM, en Diskettes y On-Line.

Vale la pena enfatizar que las buenas revisiones son una condición necesaria pero no suficiente para las buenas decisiones.

**MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS**  
(David Sackett y cols, 1997)

«La Medicina Basada en Evidencias (MBE) es un proceso de aprendizaje auto-dirigido y vitalicio, en el cual el cuidado de nuestros propios pacientes crea la necesidad de información clínicamente importante acerca del diagnóstico, pronóstico, tratamiento y otros aspectos de la atención de salud».

Tiene cinco pasos básicos:

1. Convertir las necesidades de información en preguntas susceptibles de respuesta
2. Compilar, con la máxima eficiencia y a partir de diversas fuentes, la mejor evidencia con la cual podamos contestar las preguntas establecidas
3. Revisar críticamente la evidencia para su validez y utilidad
4. Aplicar los resultados de esta revisión en nuestra práctica clínica
5. Evaluar nuestra práctica y sus resultados en la salud de los pacientes

¿Por qué hace falta la MBE?

1. Se están generando nuevos tipos de evidencia que, cuando se conocen y comprenden, pueden producir cambios sustanciales en la atención a los pacientes
2. Aunque esta nueva evidencia se necesita, usualmente no se obtiene ni se usa
3. El conocimiento actualizado y el desempeño clínico se deterioran con el tiempo
4. Los programas tradicionales de educación médica continua son generalmente inefectivos para cambiar la práctica clínica y mejorar el desempeño clínico
5. Se ha demostrado que las estrategias de MBE mantienen actualizados a los profesionales:
  - Aprendiendo cómo practicar MBE
  - Aplicando resúmenes de MBE generados por otros
  - Aceptando prácticas de MBE desarrolladas por colegas

**HEALNet**

Es un acrónimo de Health Evidence Application Linkage Network (Red para la Vinculación y Aplicación de Evidencia en Salud). Tiene sus antecedentes en la Iniciativa de Red Canadiense de Centros de Excelencia.

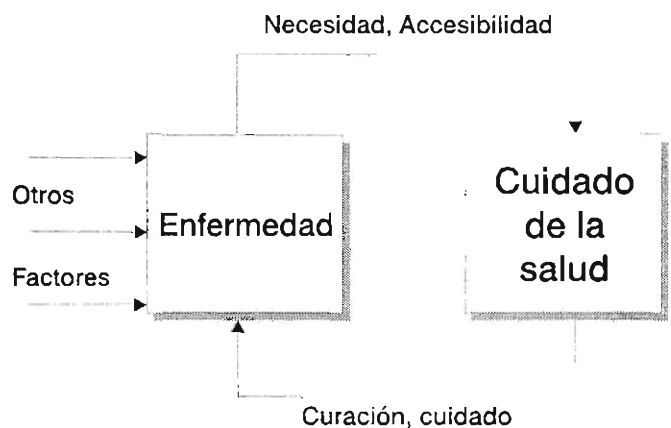
Se estableció en 1995, con un presupuesto de 8.6 millones de dólares, y está basado en la Universidad de McMaster. Los objetivos de sus programas de investigación y entrenamiento son:

- Preparar futuros tomadores de decisiones en atención de salud
- Desarrollar herramientas de información basadas en la mejor evidencia científica disponible
- Apoyar decisiones que eleven la salud de los canadienses y la calidad del sistema de salud en su conjunto

Para ello, se tiene seis áreas temáticas:

1. Toma de decisiones clínicas basada en evidencias
2. Organización y desempeño de las organizaciones de salud
3. Distribución equitativa de recursos para la salud entre regiones
4. Mantenimiento de entornos de trabajo saludables y productivos
5. Fomento de tecnología de la información que favorezca la salud
6. Papel de los factores sociales, económicos y ambientales sobre la salud de la población

**FIG. 2.- MODELO DE RETROALIMENTACIÓN SIMPLE DE LA RELACIÓN ENTRE SALUD Y ATENCIÓN DE SALUD**



(De Evans and Stoddart, 1994)

**CONCLUSIONES**

En la presente exposición hemos revisado el misterio de la salud y el papel de la atención de salud. Hemos examinado también conceptos modernos sobre la salud y la atención a la salud, basándonos en el modelo de los determinantes de la salud de la población y en el equilibrio entre Hygeia y Panakeia.

Hemos fundamentado la necesidad de apreciar la atención de salud a través de un telescopio y un microscopio:

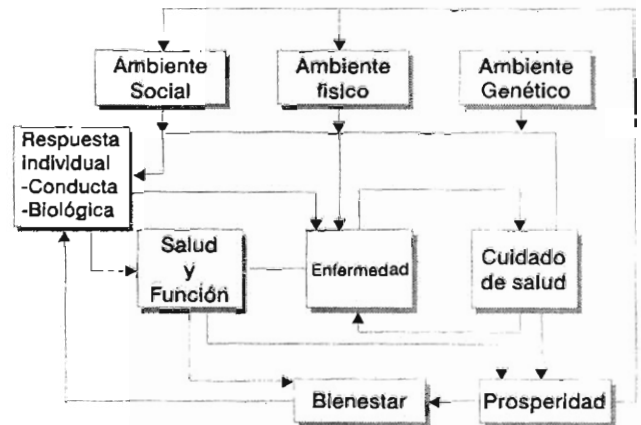
La visión telescópica para:

- Entender las relaciones entre la salud y la atención de salud.
- Hacer las cosas necesarias.

La visión microscópica para:

- Evaluar y gestionar la calidad de la atención a la salud.
- Hacer las cosas bien.

**FIG. 3.- DETERMINANTES DEL MODELO DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN**



*(De Evans and Stoddart, 1994)*