

Calidad de cuidados

G. Bravo

Grupo de trabajo de calidad en residencias.
Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Madrid. España.

La Real Academia Española define la calidad en su primera acepción como la «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie», y en la segunda, «en sentido absoluto calidad, superioridad o excelencia»¹. Esta definición, como la mayor parte de las que han utilizado las agencias de calidad en el medio sanitario, implica que al hablar de calidad debemos delimitar la «propiedad o conjunto de propiedades inherentes» a la calidad (qué debemos medir), lo que entendemos por «apreciación» (cómo lo vamos a medir) y, finalmente, los objetos similares con los que efectuaremos la comparación (entorno en el que se realizará la medición).

Esta problemática en el alcance real de la definición de la calidad tiene una clara correspondencia con la aparente proliferación de expresiones técnicas que asocian esta palabra. Aún sin haber solucionado este primer punto, con posterioridad han surgido nuevos términos como «control de calidad total», en respuesta a la necesidad de actuar en cualquier punto de un proceso de producción, o su evolución al concepto de «gestión de calidad total», en el que se incorporaban las técnicas y procedimientos de aplicación y seguimiento del control de la calidad total.

En este número de la Revista se publica una guía de actuación ante *Staphylococcus aureus* resistente a meticiclina (SARM) en centros gerontológicos, sociosanitarios y de media y larga estancia². Este trabajo permite divulgar un procedimiento relativo a un proceso, facilitando el intercambio de conocimientos, un inestimable primer paso en la mejora de calidad de los procesos. Es la perspectiva de lo beneficioso de cualquier medida encaminada a mejorar la calidad de los cuidados desde donde se quiere tomar como ejemplo el artículo para ahondar precisamente en la calidad.

Donabedian, en los orígenes de los estudios sobre la calidad, sugería que la calidad se podría auditar de acuerdo con la estructura, el proceso y el resultado³. Efectivamente, en sus inicios, se comenzó a definir los sistemas de calidad básicamente en estos ejes, muy especialmente los logros.

Tomaremos simplemente el primer punto, la estructura, para analizar el estudio referido, el cual conlleva sugerencias para centros sociales, sociosanitarios y unidades de media y larga estancia. Uno de los puntos principales del estudio al que hacemos referencia es la afirmación que sostiene que la colonización por SARM no debería limitar el ingreso de una persona en un «nivel asistencial social» y muy especialmente que una persona infectada por SARM puede compartir habitación aunque se «limite» su acceso a zonas comunes y se restrinjan las visitas. Esta última medida tendría un alcance muy diferente en los distintos centros en los que sería de aplicación y afectaría a la percepción del servicio y, en último término, a su calidad.

Esta eventual diferenciación se acentúa al considerar el aspecto más polémico sobre la calidad en el sector sanitario. La necesaria contención de costes ha hecho muy populares los términos eficacia, coste-efectividad y eficiencia. El coste de base en las diferentes unidades a las que hace referencia el artículo que se comenta es muy diferente, lo que implica que, de obtenerse el mismo resultado en todas ellas, se favorecería los ingresos en unidades de menor coste (aumento de la eficiencia). Hay que considerar, no obstante, la diferente tecnificación en los distintos niveles asistenciales a los que hace referencia el estudio, lo que conlleva que el coste asociado se debiera corregir se-

gún dicha tecnificación. Esta tecnificación incluye la cualificación profesional de los trabajadores en el centro, así como su experiencia y habilidad para poder hacer frente a las tareas que se les demande.

En un momento de vertiginoso crecimiento en el sector, con legislación diferente en cada Comunidad Autónoma, con aparición de múltiples figuras de financiación de las plazas en dicho entorno, con la implantación de unidades similares en diferentes entornos, con una definición de perfiles profesionales ambigua, donde otras muchas características son igualmente confusas, se hace más que nunca necesario definir tanto las estructuras como los procesos y resultados en el entorno sociosanitario.

El artículo de Alkiza et al² es una aportación al conjunto de los procesos que se debieran definir en el entorno sociosanitario; por ello, desde estas líneas no podemos sino animar a otros grupos a comunicar sus propios procedimientos, especialmente adjuntando su adecuación a la evidencia científica.

También se quiere profundizar en el manido tema del coste, ya que la calidad tiene un precio⁴. El precio/día del concierto de una plaza en una residencia asistida en la propia Comunidad Autónoma de Madrid casi se puede equiparar ya al precio de una hora de mano de obra en un taller mecánico. Aunque las comparaciones sean siempre inoportunas, llaman profundamente a reflexionar sobre la inestabilidad latente en el sector.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. 22.ª edición, formato electrónico. Disponible en: <http://buscon.rae.es/diccionario/drae.htm>
2. Alkiza ME, Arriola E, Basterretxea M, Díaz I, Esparza MH, García-Arenzana JM, et al. Guía de actuación ante *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM) en centros gerontológicos, sociosanitarios y unidades de media-larga estancia. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004;39:329-41.
3. Donabedian A. Defining and measuring the quality of health care. En: Wenzel RP, editor. Assessing quality of health care: perspectives for clinicians. Baltimore: Williams & Wilkins, 1992; p. 48-52.
4. Ruiz-Canela J. La gestión por calidad total en la empresa moderna. Madrid: Ra-Ma Editorial, 2003; p. 5.