



Calidad de la atención y calidad de vida: Atención gerontológica centrada en las personas

Quality of care and quality of life: Care gerontology focused people

Angélica María Razo González¹, Ricardo Díaz Castillo¹, Lizbeth Chávez Hernández¹

Atención con calidad



RESUMEN. La calidad es un concepto surgido de las ciencias de la administración, parte de la idea de que los productos o insumos de una organización deben ofrecer calidad para tener éxito, es decir, la calidad vista como la medición de atributos del producto. Esta premisa ha prevalecido también cuando se trata de instituciones de salud y/o asistencia. La idea central es “si ofrecemos atención con calidad, ésta incrementará a su vez la calidad de vida de las personas”, pues parte de la calidad de vida también consiste en una serie de atributos o condiciones que deben alcanzar las personas para tener una buena vida. Sin embargo, en ambas ecuaciones, la calidad de la atención y calidad de vida se olvida el factor humano, por ello, es necesario enfocar los esfuerzos de la atención institucional hacia las personas, desde su individualidad, derecho a saber y decidir, el respeto a sus necesidades y su dignidad como persona. Los modelos gerontológicos de Atención Centrada en la Persona marcan un nuevo camino, del análisis de su implementación se pueden obtener políticas públicas que mejoren la atención en los servicios sanitarios y asistenciales en general. Se requiere establecer servicio con calidad, en términos de eficiencia y eficacia, pero también se busca poner el punto en la necesidad de brindar un servicio con calidez, que no olvide que las instituciones están constituidas por las personas, quienes implementan y operan los servicios y, sobre todo, quienes están ahí para recibir esta atención.

PALABRAS CLAVE: Calidad de la atención, calidad de vida, atención centrada en la persona, gerontología.

ABSTRACT. The quality has become in recent years a very popular concept, which emerged from the science of management, part of the idea that the products or supplies of an organization must offer quality to be successful, the quality view such as the measurement of certain attributes of the product. This premise has prevailed when it comes to health care institutions and/or assistance. The central idea is “if we offer quality care, this is going to increase the quality of life of the people”, because part of that quality of life also consists of a series of attributes or conditions that individuals must have to have a good life. However, in both equations, the quality of care and quality of life forgets the human factor that exists in any relationship. Then it is necessary to focus the efforts of the institutional care toward people, from their individuality, the right to know and decide, the respect for their needs and their dignity as a person. The models gerontological of Person-Centered Care are blazing a new path, the analysis of its implementation can be obtained for public policies that improve care in the health services and health care in general. Is required to establish a quality of service, in terms of efficiency and effectiveness, but also seeks to put the point in the need to provide a service with warmth, not to forget that people who implement and operate the services and, above all, those who are there to receive this care make institutions.

KEY WORDS: Quality of care, quality-of-life, care focused people, gerontology.

¹ Licenciatura en Gerontología, Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.

INTRODUCCIÓN **Calidad... la euforia de los últimos años**

Al revisar el concepto de calidad en el diccionario de la Real Academia Española¹, encontramos que se refiere a la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor” es decir en el lenguaje corriente la calidad está determinada por los requisitos que cumple, entre más se apegue al estándar esperado, tendrá un mayor valor.

En sus orígenes el concepto de calidad se planteó desde las ciencias de la administración y hasta hace unas décadas había tenido una evolución más relacionada con actividades productivas que con el sector de los servicios, y más recientemente con las instituciones de salud y asistencia. Comenzó con una etapa artesanal en la cual la calidad suponía la satisfacción de las personas que elaboraban un producto, en hacerlo orgullosamente bien y la satisfacción de quienes compraban un producto bien hecho, no importaba el tiempo ni el costo². Sin embargo, con la llegada de la industrialización la calidad se sustituyó por la producción, y comenzaron a enfatizarse los procesos de control de calidad aunados a la idea de costo beneficio. En la actualidad se habla de Calidad Total, de Gestión de la Calidad y de Certificaciones ISO-9000, para referirse a que un producto o servicio no tiene errores, que cubre los requisitos del cliente y que a su vez se produce con eficiencia y eficacia, es decir, que se utilizan los recursos de manera racional y que se obtienen los resultados esperados, a un menor costo.

A partir de estos criterios, la calidad de la atención en las instituciones, incluyendo aquellas del sector salud y de asistencia social, se han permeado de un nuevo lenguaje, más administrativo que humanista, donde lo más importante es el número de personas atendidas, el número de servicios proporcionados y el tiempo en que se atienden, para calcular el costo beneficio. En estas circunstancias las personas por sí mismas pasan a segundo plano, todo se mide, se controla y se registra, dentro del marco de un *Sistema de Gestión de Calidad*, donde cada institución establece su misión, visión y política de calidad. La atención a las personas se pierde entre protocolos de atención, procedimientos administrativos y manuales. Lo importante es asegurar la calidad a toda costa, en consecuencia los profesionales que ofrecen atención a las personas, deben preocuparse por el llenado de formatos, el registro de evidencias, el alcance de indicadores y la elaboración de informes mensuales para la mejora continua. Ante este panorama conviene preguntarnos, todo lo que se registra para evaluar la calidad... ¿es realmente reflejo de calidad?

Primero hay que tener en mente que la satisfacción del cliente es el principio fundamental de otorgar una atención con calidad, es más, en las últimas décadas la atención con calidad equivale, al menos en el discurso, a contribuir a la calidad de vida de las personas.

¿Calidad igual a Calidad de vida?

Retomando lo anterior merece la pena reflexionar sobre si la atención de calidad realmente impacta en la calidad de vida. Primero es conveniente entender el concepto de calidad de vida, en este sentido, Razo, Díaz, Morales y Cerda³ a partir de una revisión de la literatura del concepto de calidad de vida señalan que es un concepto multidimensional, que incluye; situación económica, estilos de vida, condiciones de salud, vivienda, satisfacciones personales, entorno social, entre otros parámetros. Así mismo, señalan que dichos tópicos se conceptualizan de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas, los cuales naturalmente, varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar. Por lo que concluyen que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones personales objetivas y subjetivas, dado que incluye todos los aspectos de la vida humana, es decir, las funciones físicas, emocionales, sociales e incluso espirituales, relacionadas con diferentes aspectos de la vida y no sólo con enfermedades y tratamientos, sino con el desarrollo satisfactorio de las aspiraciones en todos los órdenes de la vida.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define la calidad de vida como “percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses”⁴. Queda claro que ésta dependerá de la individualidad y subjetividad de cada persona, es decir, la percepción que cada persona tiene sobre la calidad de su vida está influenciada por su subjetividad, lo que representa una dificultad para su medición, sin embargo, se han establecido estándares que se deberían alcanzar si se desea tener una vida con calidad.

Para saber si se han alcanzado estos ideales la OMS diseñó una escala llamada el World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) la cual intenta medir la percepción que tiene el individuo sobre su calidad de vida a través cuatro de dimensiones: salud física, salud mental, relaciones sociales y medio ambiente. Sin embargo, no mide los aspectos funcionales sino el grado de satisfacción que presenta la persona a través del escenario en el que se encuentra⁴.

Aun así resulta difícil alcanzar los estándares de calidad que plantea la OMS. Por ejemplo, un individuo que goza de buena salud física y mental, pero reside en contexto hostil, en situación de pobreza e inseguridad, es decir, en un ambiente que se consideraría adverso, de acuerdo con los criterios se encontraría por debajo del estándar, por lo que no gozaría de calidad de vida, por mucho que acuda a recibir un servicio público, no se podrán atender los factores contextuales, el servicio no cumpliría con el estándar de calidad. Otro punto es que dichas dimensiones alrededor de los componentes de la calidad de vida se pretenden generalizables a todas las personas, es decir, que se deben considerar por igual sin importar la edad o la etapa del desarrollo, el género, el estado de salud, la condición familiar, la situación socioeconómica, el contexto cultural, etc.

En un pequeño estudio acerca de lo que entienden las personas sobre concepto de calidad de vida, a partir de la técnica de redes semánticas naturales realizado por la Línea de Investigación a la cual pertenecen los autores, se encontró que la calidad de vida se representa principalmente por la salud y la familia. Sin embargo, se encuentran presentes otras ideas como el amor, el bienestar, la felicidad, la economía. En el caso particular de los adultos mayores el concepto de calidad de vida se ve representado principalmente por su familia y la alimentación. El estudio se aplicó en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, ambos coincidieron en que la familia es primordial para tener calidad de vida, en algunos casos porque se encuentran con ella o en otros porque quisieran convivir más tiempo, y en cuanto al factor de la alimentación los adultos mayores no institucionalizados son conscientes que para tener calidad de vida y un buen estado de salud, es esencial contar con una buena alimentación, mientras que en los adultos mayores institucionalizados dependen del servicio de alimentación institucional y es preocupación constante para ellos.

Por lo anterior, la calidad de vida parece una condición utópica difícil de alcanzar, tanto a nivel particular, como en los sistemas de atención, o al menos, considerando los criterios establecidos así sería. Sin embargo, si se considera desde la subjetividad del individuo, considerando su condición de salud física y psicológica, su historia de vida, su dinámica familiar, su contexto cultural, su situación política-económica, y cómo se desenvuelve entre estos ambientes, es decir, si la atención se centra en la persona y no en el estándar establecido, sería posible que considere que su vida tiene calidad, aunque no alcance dicho estándar.

Recordemos que el individuo es un todo conectado en varias dimensiones, con su organismo, su actividad racional y su ser interior, pero también con su historia

de vida y su cultura. A decir de los psicólogos humanistas, se desenvuelve en un contexto específico a través de sus posibilidades, deseos y necesidades básicas.

Abraham Maslow estudió la jerarquía de las necesidades humanas y propuso seis escalones de acuerdo a su prioridad para conseguir la salud psicológica, dentro de esta jerarquía se considera que existen dos de orden inferior que son primordiales, las necesidades fisiológicas (aire, comida, agua y comodidad física) y la necesidad de seguridad (verse libres del miedo y la inseguridad). Los otros cuatro se consideran necesidades de orden superior, que generalmente surgen una vez que las dos primeras han sido satisfechas, estas necesidades son la de pertenencia, de amor, de estima de sí mismo y de autorrealización⁵. Entonces, la naturaleza humana siempre va a buscar alcanzar los niveles superiores para sentirse lo más completa posible.

Si las personas siempre buscan lo mejor, se puede decir que por naturaleza están en busca de la calidad, pero ésta depende mucho más de su percepción, lo que implica también componentes subjetivos. Es decir, para poder expresar si estoy satisfecho con lo que recibo o tengo interviene la historia de vida, personalidad, situación actual, necesidad, expectativa, percepción de las cosas, representación social e interrelación con los otros. Por lo tanto estamos hablando de la influencia de lo humano en esta relación de atención y calidad. Tomando en cuenta estas ideas la pregunta es ¿Es suficiente con tratar a la persona como persona? ¿Cómo atender y en realidad fomentar la calidad de vida?

Concepto Atención Centrada en la persona... ¿De dónde viene?

La atención centrada en la persona tiene sus orígenes en las teorías humanistas, específicamente en las propuestas por Carl Rogers y su "La terapia centrada en el cliente". Es necesario aclarar que Rogers fue el primero en dejar de utilizar la palabra Paciente por la de Cliente, argumentando que "cliente es una persona que desea un servicio que no cree poder brindarse a sí mismo"⁶. Posteriormente cambio la palabra Cliente por Persona.

Para Rogers, toda persona tiene la capacidad de experimentar en la conciencia los factores que propician su desadaptación a cualquier circunstancia⁷, y por ende, de tomar decisiones para cambiar esa circunstancia. Para lograrlo, sólo necesita, por parte del terapeuta o del profesional que lo atiende, tres condiciones básicas:

1. La aceptación y consideración incondicionalmente positiva: Esto es, sentirse aceptada, del modo en que ella misma esté dispuesta a revelarse.

2. La empatía centrada en la persona: Entrar en su mundo, conocer sus vivencias, emociones y conflictos, esto es, ver la realidad con sus ojos y desde su marco de referencia.

3. La Autenticidad: El establecimiento de una relación cálida, abierta y comprensiva, implica un diálogo directo y constructivo, comunicarse como un ser humano con otro ser humano.

En palabras de Rogers “en mi relación con los individuos mi meta ha sido crear un clima que les proporcione toda la seguridad, calidez y comprensión empática que me siento capaz de dar auténticamente”⁸. En consecuencia, la intervención con personas debe ser no directiva, debido a que la persona se considera un actor activo de su cambio, puesto que por naturaleza toda persona tiende a la autorrealización, la auto-conservación y el auto-mejoramiento⁵. Para el pensamiento de los psicólogos humanistas, los errores en las decisiones son resultado de la información incorrecta con que cuentan las personas, no de un procesamiento inapropiado⁶.

En síntesis, para la Terapia Centrada en la Persona se trata de dar un papel central a la autonomía de los sujetos. A partir de este concepto humanista se han generado diversos enfoques, sistemas y modelos en todas las ramas de la atención a clientes, por ejemplo:

- La Educación Centrada en el Alumno
- La Medicina Centrada en el Paciente
- La Planificación Centrada en la Persona
- La Empresa Centrada en el Cliente
- El Marketing con Orientación hacia el Cliente
- La Atención Centrada en la Persona

Es necesario analizar la evolución del enfoque de Atención Centrada en la Persona con la finalidad de comprender su conexión con la calidad de la atención y con los mecanismos que lo llevan a, efectivamente, mejorar la calidad de vida de las personas que reciben servicios de asistencia bajo este nuevo marco de referencia.

La aplicación más cercana de este nuevo enfoque han sido los modelos de atención gerontológica. Por lo que la Atención Centrada en las Personas Adultas Mayores (ACPAM) puede entenderse como:

- 1) Un marco de referencia teórico-metodológico
- 2) Las bases de un enfoque de política pública para los sistemas de atención
- 3) El diseño e implementación de modelos específicos de atención a personas en situación vulnerable

Como ya se expuso, una parte del marco de referencia se encuentra en las teorías de la psicología humanista. Lo que en la práctica se traduce como una forma de atender a las personas, desde su individualidad, su capacidad de tomar decisiones informadas, con la

aceptación, el respeto y la empatía del personal que la atiende.

Otro punto de este marco viene desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que establece que todos somos “libres e iguales en dignidad y derechos”. Estableciendo el concepto de Dignidad como inherente a toda persona, lo que otorga un marco ético de conducción. En el caso de las personas adultas mayores un punto de partida importante y complementario de sus derechos humanos son los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, establecidos en la resolución 46/91, adoptada por los gobiernos para el establecimiento de políticas públicas de vejez, estos principios son: Independencia, Participación, Cuidados, Autorrealización y Dignidad.

Un punto más de referencia para la ACPAM es el enfoque de Envejecimiento Activo, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”⁹. Esta propuesta resultó ser un marco muy versátil para el diseño de política pública de vejez a nivel internacional y para su inclusión en el enfoque de modelos de atención para las personas adultas mayores, debido a que “el envejecimiento activo es aplicable tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas hacer que el potencial bienestar físico, social y mental se desarrolle plenamente a lo largo del curso vital y participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y posibilidades a la vez que les proporciona la protección adecuada, seguridad y cuidados en el momento que requieran asistencia”¹⁰. Otra referencia importante son los Principios Bioéticos propuestos desde la ética biomédica, estos principios son: Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia¹¹.

En suma, los modelos con el enfoque de atención centrada en la persona, se fundamentan en alguno o varios de estos enfoques teóricos y de política pública y enfatizan la dignidad de la persona, la personalización de la atención, la autonomía, la independencia y la integralidad de la atención. Es común que incluyan en su enfoque el papel de la familia y la necesidad de integración social. También se observa el papel de la organización y los nuevos roles que el personal y los profesionales deben ejercer dentro del marco de atención de estos modelos. Su objetivo general gira en torno de brindar atención personalizada para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia usuarias de los servicios y centros de atención socio-sanitaria.

En este sentido, la Atención Centrada en la Persona también puede verse como metodología de implementación, porque aporta un conjunto de técnicas e

instrumentos que facilitan la intervención personalizada y orientada a la persona, para ello se requiere tener nuevos conocimientos y competencias profesionales, tanto gerontológicas como de otras disciplinas, usar las estrategias, técnicas y herramientas de intervención en forma flexible y adaptadas a las personas, los modelos existentes han desarrollado creatividad y trabajo en equipo, desde la transdisciplinariedad, y son ricos en la aplicación de intervenciones sencillas, operativas y cotidianas.

La estrategia común de estos modelos es partir de la historia de vida de las personas, que aporta información crucial para brindar una atención personalizada, a través del conocimiento de su proyecto de vida: planes, metas, deseos, actividades, intereses, capacidades. Un punto importante es observar y valorar su funcionalidad, capacidades, formas de ser y actuar. Los objetivos de la atención, se cumplen por medio de:

- Planes de atención personalizados.
- Grupos de apoyo y consenso (familia, amigos, otros profesionales).
- La planificación anticipada de decisiones (mediante un proceso de información permanente y acompañamiento).

De los métodos y estrategias de estos modelos se pueden obtener aprendizajes para brindar atención y cuidados en las instituciones de los sectores salud y asistencia. Sería importante que todo profesional de la salud o que brinde cualquier tipo de servicio a una persona adulta mayor aplique este modelo de atención, pues como hemos revisado en páginas anteriores la calidad se ha venido manejando en cuestión de números, cumplir con medidas y reglas para lograr "calidad", pero se olvidan que somos personas, seres cambiantes e irrepitibles.

La atención centrada en la persona cumple con las características necesarias ya que visualiza a los clientes como personas, que necesitan atención especializada de acuerdo a sus necesidades, siempre tomando en cuenta al usuario antes de realizar cualquier intervención, respetado su individualidad y autonomía. En el ámbito gerontológico este modelo tiene claro que el ser adulto mayor no es sinónimo de dependencia o falta de capacidad mental, por tal motivo, no puede tomar sus propias decisiones; al contrario mientras el adulto mayor no padezca ningún tipo de deterioro cognitivo o demencia, es capaz de decidir por sí mismo.

En este sentido los gerontólogos al ser profesionales multidisciplinarios están capacitados para brindar un servicio integral y atender a los adultos mayores en las áreas bio-psico-social-espiritual, lo cual los posiciona como la mejor opción en la atención de los modelos centrados en la persona.

Conclusiones

La calidad de la atención es importante para apuntalar a la calidad de vida. Sin embargo, la calidad de la atención se ha confundido con la obtención de estándares de calidad que sistematizan el proceso de atención como un mecanismo de producción, donde lo importante es obtener puntos, ya sea por el número de pacientes atendidos o los procedimientos realizados, sin tomar en cuenta la participación activa de la persona que es atendida, ni considerarla como un ser único, que necesita una atención integral, desde su historia de vida, su condición física, psicológica, social y espiritual. Cosa que si logran los modelos de Atención Centrada en la Persona. De esta manera, el bienestar y el sentido que las personas puedan dar a su vida dependería de la atención brindada, particularmente en las personas adultas mayores, por lo que lo esencial es ayudarles a sentir que la vida vale la pena ser vivida, aún en nuevas circunstancias, que muchas veces pueden resultar adversas.

REFERENCIAS

1. Real Academia Española. [Internet]; 2014 [acceso 2016-05-28]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=6nVpk8P|6nXVL1Z>.
2. Rico MJ. Evolución del concepto de calidad. Revista Española de Transplantes. 2001; 10(3): 169-175.
3. Razo-González AM, Díaz-Castillo R, Morales-Rossell R, Cerda-Bareló R. Metaanálisis del concepto calidad de vida en América Latina. Una nueva propuesta: Sentido de vida. Revista CONAMED. 2014; 19(4): 149-156.
4. WHO. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. Social Science and Medicine. The World Health Organization, The WHOQOL Group; 1995. Report No.: 41.
5. Bischof L. Interpretación de las teorías de la personalidad. México: Trillas; 1982.
6. Frager R, Fadiman J. Teorías de la Personalidad. México: Alfaomega; 2011.
7. Coeli J, Reidl L, Martí C. Teorías de la Personalidad. México: Trillas; 2003.
8. Rogers CR. El proceso de convertirse en persona México: Paidós; 1961: 2012.
9. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento Activo: Un marco político. Rev Esp Ger y Gerontol. 2002; 37(S2): 74-105.
10. Instituto de Mayores y Servicios Sociales Envejecimiento Activo. Libro Blanco España: IMSERSO; 2011. 730 p.
11. Mir Tubau J, Busquets Alibés E Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress Bioética & Debat. 2011; sep-dic; 17(64): 1-7.
12. Larroyo F. El concepto de persona. En Actas del primer congreso nacional de filosofía. Mendoza, Argentina: Universidad Nacional de Cuyo; 1949 p. 1298-1304.
13. Cardona-Arias JA, Higuera-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Revista Cubana de Salud Pública. 2014; 40(2): p. 175-189.
14. Martínez-Rodríguez T. La atención gerontológica centrada en la persona: guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2011. España; 2011.
15. Martínez-Rodríguez T. La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en lo servicios Gerontológicos. [Internet]; [acceso 2016-05-28]. Disponible en: <http://www.acpgerontologia.com//documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>.