

La SECA veinte años después frente al futuro modelo sanitario de la Unión Europea

Carlos Humet

Presidente de la SECA entre 2000 y 2003.

Correspondencia: Dr. Carlos Humet Cienfuegos.

Hospital de Barcelona.

Dirección Médica.

Avda. Diagonal, 660. 08034 Barcelona. España.

Correo electrónico: 9919chc@comb.es

Los principios que impulsaron la fundación de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) siguen siendo plenamente vigentes. Si bien la inscripción en el registro del Ministerio del Interior tiene fecha de 4 de febrero de 1985, el germen de la Sociedad nació en el simposium sobre calidad celebrado en 1983 en el Hospital de Sant Pau de Barcelona y maduró al año siguiente con la celebración del 2.º Congreso de la Sociedad de Control de Calidad Asistencial en Madrid. Mi participación en esta etapa inicial, más adelante ostentando la presidencia de la SECA durante 4 años y ahora alejado de las labores de gestión del día a día de la Sociedad, me permite un análisis sosegado y con cierta perspectiva.

Andrés Esteban, Alvar Net y Rosa Suñol fueron los protagonistas de la creación de la SECA. Seguramente intuyeron que los conocimientos y la práctica clínica que habíamos aprendido de nuestros maestros no era suficiente. Conocíamos la importancia del conocimiento para tratar de forma adecuada a los pacientes, aprendimos de la inseparable labor de la docencia de la ciencia médica y del papel de la investigación para su progreso. Nos enseñaron a tratar con cariño y respeto a los pacientes. Y, sin embargo, faltaba algo. En no pocas ocasiones constatábamos el abismo entre el conocimiento y la práctica clínica, diferentes prácticas se explicaban con grandilocuencia justificadas por su origen en distintas “escuelas”, el enfermo era paciente y se conformaba y aceptaba la intervención quirúrgica, la punción o cualquier otra práctica con poca información genérica. La investigación estaba más orientada a desarrollar el currículum personal que a analizar y mejorar los problemas de salud.

Con el tiempo y con la participación de muchos compañeros, que aprendían de los que más sabían e incorporaban conocimientos de otros sectores de la actividad económica, se creó un cuerpo de doctrina. Se formaron un número considerable de profesionales conocedores de la metodología de calidad hasta tal punto que hoy España dispone de muchos y bien preparados expertos en calidad asistencial.

Durante los 4 años de mandato en la junta que tuve el honor de presidir, los ejes estratégicos que guiaron nuestra labor fueron 3¹⁻⁴. En primer lugar, trabajamos en la cohesión de las iniciativas de calidad en toda España para articular una estructura territorial que, respetando las especificidades de cada comunidad autónoma y las ventajas de la proximidad, permitiese conservar todos los aspectos que nos benefi-

cian al sumar esfuerzos. Nuestra segunda línea de trabajo fue la colaboración con las sociedades científicas, en el bien entendido de que la calidad asistencial está, también y de forma esencial, en los clínicos y en los gestores. Por último, y no por ello menos importante, hicimos un esfuerzo por diseminar la que dimos en llamar “cultura de calidad” en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria.

Para implantar políticas de mejora en el ejercicio de la medicina es necesario incorporar el cuerpo de doctrina que hoy ya es patrimonio de todos, hay que ser autocríticos como premisa para conocer y aceptar la realidad. Hay que ser audaces en el planteamiento de propuestas de mejora. Además, en todo ese proceso, hay que incorporar a los clínicos, a los gestores, a los ciudadanos y a sus representantes. Y por último, es necesaria una cierta dosis de sentido común.

Si hacemos un repaso a algunos de los temas de actualidad en el sector, veremos que los principios que inspiraron la creación de la SECA tienen plena vigencia.

En primer lugar, los costes, tema de actualidad permanente que de forma recurrente salta a los medios de comunicación. Sabemos que el sistema sanitario español es bueno y forma parte de los aspectos del estado del bienestar que más valoran los ciudadanos. Nos sentimos (o deberíamos sentirnos) responsables de su sostenibilidad. Somos conscientes de la gran cantidad de recursos que el ciudadano pone en nuestras manos para su funcionamiento⁵. Y, sin embargo, se hace más énfasis en los recursos que faltan que en el cómo se utilizan los que tenemos. Porque la mejora de la eficiencia del sistema permitiría liberar recursos que quedarían disponibles para atender otras necesidades. Algunos autores insisten en que la principal causa del aumento del gasto sanitario es el crecimiento de la “prestación real media”⁶ y que para su abordaje son extraordinariamente útiles las herramientas que nos proporcionan las políticas de calidad.

Respecto a la política del medicamento nos encontramos en una espiral que nos lleva a un callejón sin salida. La política de la industria farmacéutica de maximizar sus beneficios a toda costa⁶ no es compatible con un sistema nacional de salud con los planteamientos de los países europeos. España gasta cerca de una cuarta parte de su presupuesto sanitario en medicamentos. Sin embargo, se conoce el poco valor terapéutico de muchos de ellos y no se entiende cómo se fija el precio de los nuevos fármacos ni qué papel desempeña la

Administración en este proceso, entre otros aspectos. Y, en cambio, un clásico de la calidad asistencial es el uso racional del medicamento, capítulo muy bien desarrollado en España por numerosos centros y profesionales.

La calidad de la asistencia depende en buena medida de los conocimientos y de cómo se aplican en la práctica clínica diaria. Este papel está reservado a profesionales a los que se les exige un elevado grado de conocimientos, una permanente actualización, un alto grado de responsabilidad en su aplicación, un aprendizaje arduo de las habilidades para ejercer, etc. Sin embargo, el profesional sanitario está mal pagado, tienen dificultades para disponer de recursos para la formación continuada y en ocasiones el ejercicio diario es una lucha contra el propio sistema que, lejos de facilitar su labor, pone trabas de todo tipo para el ejercicio profesional. Urgen medidas audaces que resuelvan este problema básico del sistema de salud, y reconocer la valía de los profesionales, disponer de los recursos necesarios para la formación, incentivar al buen profesional con sistemas discriminatorios, involucrarle en las decisiones de las instituciones y descentralizar el poder de decisión (*empowerment*).

Por otra parte, algunas comunidades autónomas proponen la construcción de nuevos hospitales, pero ¿se han estudiado las estancias medias de sus centros? ¿Se han medido los ingresos y las estancias innecesarias? ¿Se han analizado la indicación quirúrgica y la cirugía innecesaria? ¿Las nuevas camas que hay que construir sustituirán a otras que se cerrarán en un proceso de racionalización de los grandes centros? Pero, ¿y la atención primaria y el médico de cabecera o de familia y la coordinación entre niveles asistenciales y el socio-sanitario? ¿Son éstas las soluciones que se necesitan o vamos a empeorar el sistema haciéndolo más "hospital centrista", más caro y menos eficiente? ¿No habíamos quedado que la solución era potenciar y arreglar la atención primaria?

Disponer de buenos sistemas de información es hoy otra de las prioridades del sistema sanitario que, además de una excelente herramienta para el trabajo de los profesionales, son la base para el análisis de resultados y en consecuencia del proceso de mejora.

Otro aspecto relevante es el papel del ciudadano que, como tal, quiere conocer cómo se utilizan sus recursos, tanto

los destinados a la asistencia como a la investigación. Este mismo ciudadano cuando está enfermo quiere conocer y participar en su proceso asistencial, quiere autorizar y decidir entre las diferentes alternativas terapéuticas.

Y no debemos olvidar que, en una Europa en proceso de construcción, será necesaria la armonización de los sistemas sanitarios y las políticas de calidad que garanticen al ciudadano que los servicios que recibe en París ofrecen las mismas garantías que los que pueda obtener en Sevilla o Bolonia.

Es al analizar algunos aspectos del funcionamiento de la asistencia sanitaria cuando tomamos conciencia de que las políticas de calidad no sólo siguen siendo vigentes como el primer día, sino que nos parecen un instrumento adecuado para mejorar el sistema de salud y a la vez hacerlo viable. En este sentido será necesario seguir impulsando programas de calidad en todos los ámbitos del sistema.

El espíritu crítico, la audacia y el sentido común de los fundadores de la SECA siguen siendo necesarios para sortear las dificultades del futuro inmediato del sistema de salud, de tal forma que sea posible el ejercicio de la medicina eficaz, eficiente, segura y satisfactoria que nos demanda el ciudadano europeo del siglo XXI.

Bibliografía

1. Humet C. Perspectiva actual de la sociedad española de calidad asistencial. Agradecimiento con el pasado y compromiso e ilusión ante el futuro. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15:5-6.
2. Humet C. Reflexiones sobre la calidad asistencial en el cambio de siglo. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:5-7.
3. Humet C. La calidad asistencial se acerca más al ciudadano. *Rev Calidad Asistencial*. 2002;17:1-2.
4. Humet C. La calidad como paradigma de los nuevos modelos sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:1-2.
5. Puig-Junoy J, López Casasnovas G, Ortún V. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Editorial Masson; 2004.
6. Angell M. The truth about the drug companies. *The New York Review of Books*. 2004;51(12).