

El amigo americano

Enrique Bernal

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Zaragoza. España.

Correspondencia: Dr. Enrique Bernal.
Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
Avda. Gómez Laguna, 25, 3.ª planta. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: ebernal.iacs@aragob.es

El amigo americano, una película de Win Wenders de 1977 (aunque también hay una versión más reciente dirigida por Liliana Cavani), se desarrolla en torno a una nimiedad: en una subasta de arte en Hamburgo, un fabricante de marcos para cuadros se niega a estrechar la mano a un marchante de pinturas americano. A partir de este hecho azaroso, el marchante americano (el amoral y cínico Tom Ripley de la novelista Patricia Highsmith) elige al artesano para realizar un asesinato. Hay negativas iniciales, pero el honesto artesano acaba por cometer el crimen. A partir de aquí se complica la trama, pero finalmente Ripley, el amigo americano, decide echarle una mano al artesano y, no se sabe muy bien cómo, ambos consiguen salir indemnes de una pequeña matanza.

El National Healthcare Quality Report de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) del Departamento de Salud de Estados Unidos de América es otro “amigo americano”. Se trata de un informe –exigido por mandato legislativo desde finales de 1999– que es remitido anualmente al Congreso de Estados Unidos con el objetivo de disponer de una instantánea de la calidad de los servicios sanitarios en el ámbito nacional. La edición más reciente¹ responde claramente al actual debate sobre la salud del sistema sanitario estadounidense, en cuya trastienda se encuentran reputados investigadores como Berwick, Batalden, Cutler, Fischer, Fuchs, Newhouse, Wennberg, McLellan y otros. Los elementos del debate tienen parámetros propios (acceso limitado y desigual, contexto de proveedores múltiples), pero también elementos comunes con los sistemas de salud europeos (sostenibilidad del sistema, rendimiento de cuentas, información sobre eficiencia, seguridad de los pacientes, información sobre calidad, variaciones, adecuación, resultados). El informe concluye, sin conseguir sorprendernos, que la atención de calidad no es una realidad universal en Estados Unidos, que se pierden numerosas oportunidades para proveer cuidados preventivos, que hay mucho que aprender y que el espacio de mejora –el abismo– es enorme.

Sin entrar ahora en estas conclusiones, el National Healthcare Quality Report tiene diversos aspectos de interés. En primer lugar, el Report está basado en un alto grado de colaboración y consenso entre organismos (9 instituciones federales forman el grupo de trabajo que prepara el informe, incluyendo los Center for Disease Control and Prevention, los Centers for Medicare & Medicaid Services, la Food and Drug Administration o los National Institutes of Health), apoyado en fuentes de información (25 fuentes de información catalo-

gadas como capaces de ofrecer información relevante y con representatividad nacional) y con medidas objetivas de la calidad asistencial (140 indicadores seleccionados en función de su importancia, validez científica, fiabilidad y facilidad para su obtención).

En segundo lugar, el marco conceptual sobre el que se desarrollan las medidas es una matriz de 2 dimensiones: componentes de calidad (efectividad, seguridad, atención a tiempo y orientación al paciente) y necesidades de cuidado sanitario (mantener la salud, mejorar, vivir con una enfermedad y cuidados del final de la vida). Entre los aspectos valorados merece especial atención el cuidadoso apartado sobre seguridad de los pacientes, quizá por el hecho de que este informe es también requerido por el Congreso desde la presentación, por parte de los National Institutes of Health, del conocido documento “To err is human: building a safer health system”. El Report pasa revista a los indicadores disponibles en la Patient Safety Initiative de la AHQR², al National Nosocomial Infections Surveillance y al Medical Expenditure Panel Survey, que recoge información sobre la necesidad de tomar medicación para evitar interacciones o sobre fármacos que deberían evitarse en personas mayores.

En tercer lugar, el reconocimiento explícito de carencias de información concretas en los aspectos analizados y la orientación para obtener nuevas evidencias que corrijan el déficit en los próximos informes. Cada capítulo, y bajo el título “¿Qué no sabemos?”, hace frente a este aspecto. En el capítulo de seguridad del paciente, los autores reconocen, por ejemplo, que existen pocos datos para proporcionar una correcta representación nacional y que, de hecho, se sabe poco de la prevalencia de errores o lesiones derivadas de la actividad sanitaria. Por último, más allá de procurar un retrato fidedigno de la calidad anual y su tendencia, el National Healthcare Quality Report se orienta a descubrir espacios que deben ser reorientados para mejorar. Esto supone hacer que los datos se conviertan en información, la información, en acciones de mejora, y en ser capaces de evaluar los cambios producidos. Dos buenos ejemplos de ello son los esfuerzos realizados por la AHQR y la Veterans Administration a través de la iniciativa TRIP, cuyos primeros resultados se han publicado recientemente^{3,2}.

Aunque las conclusiones del Report señalen grandes deficiencias en el sistema sanitario de Estados Unidos, el “amigo americano” ofrece 5 claves importantes para nuestro Sistema Nacional de Salud:

1. Mandato del Congreso.
2. Consenso interinstitucional hasta en el método.
3. Atender a los indicadores de cuidados efectivos y seguros, a tiempo, y desde la perspectiva del ciudadano.
4. Reconocer los déficit de información.
5. Proponer soluciones y trasladar el conocimiento a cambios prácticos.

Estas claves son importantes para activar un sistema que tiende a esconder el polvo bajo la alfombra^{4,5} y mantiene como discurso esencial el oropel y la autosatisfacción (la cobertura universal, más transplantes que nadie, la separación de siamesas o mantener 4 líneas millonarias de investigación en células madre, por poner ejemplos recientes). No es que estas actividades no sean positivas o que no convenga presumir de vez en cuando, pero sería más fácil hacerlo si estos éxitos no coexistieran con “importantes demoras en el tratamiento del infarto o en el diagnóstico del cáncer, la infrautilización de tratamientos necesarios y de las medidas de prevención primaria y secundaria, mientras se sobreutilizan muchos otros tratamientos (especialmente por su empleo en pacientes de bajo riesgo o que no requieren tratamiento), la descoordinación y el descuido en el manejo de los enfermos crónicos o con pluripatología, la incapacidad de la atención primaria para asumir la responsabilidad global sobre los cuidados de los pacientes, patrones de prescripción que en conjunto rozan lo delirante y mínima información a los pacientes”⁵.

Decíamos que no sorprenden las conclusiones del Report. Probablemente, los problemas de calidad que se refieren –y más allá de la cobertura universal, que ya es una ventaja– tampoco sorprenderían en nuestro entorno. Pero es posible que la propia existencia del informe y su discusión en el Congreso causaran estupor. No estamos acostumbrados a la transparencia y la rendición de cuentas. Y no es que creamos que tener en el Congreso un “debate anual sobre el esta-

do de la calidad de la atención sanitaria” sirva, o no, para mejorar la calidad asistencial, sino que carecer de este debate es el síntoma de un importante olvido político en un tema esencial para los ciudadanos. Que se base en un informe cooperativo, con perspectivas diversas y, en muchos casos, independientes, ayudaría. Quizá el informe presentado por el Observatorio de Salud suponga un cambio de tendencia en la política y rendición de cuentas dentro del Sistema Nacional de Salud. Confiamos en ello para poder mirar el prado del vecino sin que –en lo que se refiere a la transparencia– nos parezca más verde.

Bibliografía

1. National Healthcare Quality Report. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Agency for Healthcare Research and Quality; 2003.
2. Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville, MD [citado 19 Ene 2005] Patient Safety Indicators [1 pantalla] Disponible en: http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm
3. Jha AK, Perlin JB, Kizer KW, Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans Affairs Health Care System on the quality of care. *N Engl J Med*. 2003;348:2218-27.
4. Peiró S, Meneu R. Mirando bajo la alfombra de la autosatisfacción. *Diario Médico* [serie en Internet]. Diciembre, 2003 [citado 19 Ene 2005]. [aprox. 1 página]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,423568,00.html>
5. CCOO [Homepage en Internet] Confederación Sindical de Comisiones Obreras. Foro por la Mejora del SNS [actualizada 22/11/2004; citada 19 Ene 2005]. Peiró S, Sotoca R, Bernal E. La calidad de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. Foro por la Mejora del SNS. Por un nuevo contrato social en el Sistema Nacional de Salud [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.ccoo.es/foroSanidad/foroSanidadFrames.asp>