

Del desencanto a la esperanza

Miguel A. Asenjo

Hospital Clínic. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia: Prof. M.A. Asenjo.
Director Técnico. Hospital Clínic.
Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: asenjo@medicina.ub.es

El estudio de la calidad asistencial en España viene de lejos¹ y resulta oportuno, al redactar un editorial que titulo "Del desencanto a la esperanza", comenzar citando el proverbio árabe que recuerda que *quien tiene salud tiene esperanza y quien tiene esperanza lo tiene todo*. Quien nada espera de los demás puede acabar odiándoles; quien nada espera de sí mismo se autodestruye². La vida se construye sobre la esperanza y es precisamente la profesión sanitaria lo que más puede contribuir a mantener, y en su caso recuperar, la esperanza. El período vital de los individuos está delimitado por el nacimiento y la muerte. Se nace sin el consentimiento del neonato y casi siempre en compañía de personal sanitario y se muere contra la voluntad del moribundo, acompañado, generalmente, de personal sanitario. No existe otra profesión con tan excepcionales oportunidades de ayudar a las personas, ya que su finalidad es alargar el período vital y contribuir a llenar de vida los años de vida. Tal actividad no está exenta de errores y los remedios para su prevención crean el primer *desencanto*, al menos en la sociedad norteamericana, ya que las respuestas a los posibles remedios son muy diferentes según se pregunte a los médicos o a la población en general³, pues, a la pregunta de que si el posible remedio a los errores médicos sería *retirar la licencia*, los médicos que contestaron afirmativamente fueron el 3% y la población, el 50%. Respecto *informar obligatoriamente del error a una agencia central*, el 23% de los médicos y el 71% de la población general respondieron afirmativamente. *Informar voluntariamente* era lo adecuado para el 21% de los médicos y el 62% de la población. Un *informe confidencial a la agencia central* era adecuado para el 26 y el 38%, respectivamente. Sobre *prevención y más enfermeras* estaban conformes el 98% de los médicos, pero solamente el 2% de la población general, y a la última cuestión, que era *sancionar a los infractores*, sólo el 2% de los médicos opinaba que era lo correcto, frente al 98% de la población. Una pequeña *esperanza* es que actualmente (septiembre de 2005) el National Health Service británico ha emprendido una campaña consistente en: reducir el número de errores reconociendo los propios y 14 líderes médicos han dado ejemplo reconociendo los suyos.

Otro *desencanto* es la propia definición de salud adoptada por las 191 naciones⁴ que forman parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de las 237 existentes, ya que se ha consensuado que *salud es el completo bienestar fí-*

sico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad y la propia OMS plantea como requisitos necesarios para una buena salud, lo que añade más *desencanto*, contar con *trabajo, vivienda, alimentación, educación y un entorno de bienestar, paz y desarrollo social*, con lo que resulta enfermo quien se *siente* enfermo y en consecuencia tiene síntomas (subjetivos) y el médico lo objetivará (signo) para orientar el tratamiento adecuado. Más aún, hasta apenas hace 40 años, quien definía la necesidad sanitaria era el médico, ya que su "ojo clínico" y su título le conferían prestigio suficiente. Posteriormente, la necesidad sanitaria pasó a la técnica, el instrumento, el dato objetivo y la cifra, es decir a la especialización, y actualmente se ha sumado el deseo del ciudadano, que se ha hecho protagonista por el principio bioético de la autonomía –cada persona tiene su propio proyecto de felicidad– y solicita la llamada medicina del bienestar y exige el Prozac®, la Propecia®, la Viagra®, la píldora crecepelelo, la de adelgazar y, últimamente, la gratuita del día después. Esta medicina del bienestar ha puesto en auge, además, las llamadas medicinas alternativas, cuya consecuencia es que en el año 2000 había registrados en el Reino Unido más curanderos de medicina alternativa que médicos generales, y en Estados Unidos se contabilizaron 425 millones de visitas a los practicantes de terapéuticas alternativas, frente a los 388 millones de visitas que recibieron los médicos de atención primaria. Ese mismo año, los estadounidenses de Norteamérica gastaron 10.000 millones de dólares en hierbas, vitaminas y suplementos dietéticos, lo que es mucho más que todo el gasto farmacéutico español en un año.

Las coordenadas de la asistencia sanitaria pública también son motivo de *desencanto*, ya que están delimitadas por el avance social y la estructura del sistema sanitario.

El avance social relaciona necesidades, posibilidades y recursos: a) las necesidades son las reales y las expectativas, ilimitadas; b) las posibilidades están formadas por los conocimientos y la tecnología, que están globalizados, y c) los recursos son el dinero y la organización, que están localizados y, en el Hospital Clínic de Barcelona, por ejemplo, desde 1971 hasta ahora el dinero gastado anualmente se ha multiplicado por 150, mientras que los precios lo han sido por 15 y la organización de entonces es hoy irreconocible. Entonces no había ni una sola unidad de cuidados intensivos y los trasplantes se iniciaban por los de riñón. Hoy realizamos más de

400 trasplantes anuales de todo tipo, se atienden más de 150.000 urgencias, se supera las 400.000 visitas en las consultas externas y se hospitalizan más de 40.000 enfermos, a lo que hay que añadir la docencia y la investigación de máximo nivel. Se cometen más errores que entonces, pero el hospital es mucho más eficaz y efectivo.

Otro *desencanto* es la segunda coordenada que delimita la asistencia sanitaria pública, que es la estructura del sistema sanitario, ya que se han identificado 57 sistemas sanitarios diferentes en el mundo y son el resultado de los intereses de los 4 grupos sociales que lo condicionan: ciudadanos, profesionales, directivos y propietarios⁵. Los ciudadanos potencialmente enfermos, realmente votantes y exigentemente contribuyentes, cuando recurren al sistema sanitario pueden comportarse de 3 maneras diferentes: *a)* como enfermos *pacientes*, o de beneficencia, que agradecen cualquier ayuda que reciben; *b)* como *usuarios*, o asegurados en el sistema público, que exigen una asistencia inmediata y protestan cuando lo creen oportuno y, aunque no pueden elegir, sí pueden votar, y los políticos lo saben y lo tienen en cuenta, y *c)* pueden acudir como enfermos *clientes*, que se distinguen porque pueden elegir médico e incluso hospital, y si no están conformes con la asistencia recibida, si lo consideran oportuno, cambian de médico y de hospital. Los intereses fundamentales de todos ellos son: confianza en el médico, no esperar para ser atendidos, ser informados y no arruinarse cuando hacen uso del sistema, y si es gratis, mejor. El segundo grupo es el de los profesionales, formado por médicos y enfermeros principalmente, en el que los primeros aspiran al reconocimiento y son celosos del prestigio, que antes les otorgaba la simple posesión del título de médico y ahora lo consigue ser el *buen médico*, que además es un *médico bueno*. Los enfermeros defienden la participación o, al menos, no ser ignorados como parte del equipo asistencial. El tercer grupo que condiciona el sistema sanitario es el de los directivos o gestores que se debaten entre equilibrar la necesidad y el despilfarro, el amiguismo y la profesionalidad, la autoridad y el servilismo, la fidelidad y la competencia; y, finalmente, el cuarto grupo es el de los propietarios, que en los servicios públicos son políticos —que valoran, sobre todo, el mantenimiento de la paz sociolaboral— y en los servicios privados son accionistas, cuyo objetivo es ganar dinero o, dicho más suavemente, al menos no perderlo. En todo caso, el esquema descrito es singular o unipersonal en la consulta privada y colegiado o multidisciplinario en el sistema sanitario público. Su buena gestión, aun con muchos *desencantos*, constituye la calidad total.

La *esperanza* se basa en la posibilidad de conciliar los intereses de los 4 grupos sociales que conforman la estructura sanitaria pública por medio de indicadores de gestión y calidad que precisen el número, la fecha y la persona responsable de atender a los enfermos y con qué nivel de calidad, para lo que existe respuesta concreta a las siguientes 5 fundamentales preguntas⁶:

1. Qué se necesita para hacer lo que asistencialmente debe hacerse: cuántas camas hospitalarias, cuántos médicos, cuántos enfermeros, cuántos quirófanos y, sobre todo, cuánto

tiempo profesional es necesario para asistir correctamente a todas las obligaciones sanitarias, incluidas las docentes e investigadoras, sin olvidar que el tiempo es un bien caro, imposible de reponer. Para el cálculo de la necesidad existen relaciones matemáticas que, con resultados variables, hemos aplicado frecuentemente.

2. Con qué eficacia que responde a qué puede hacerse con lo que se dispone en condiciones ordinarias, lo cual se calcula con otra fórmula matemática que nosotros aplicamos repetidamente, y por primera vez, en la reforma del Hospital Clínic de 1972.

3. Con qué grado de eficiencia, que es el resultado de dividir la actividad por el gasto, expresado no sólo en euros, sino en tensiones, malestar, disgustos e incluso huelgas.

4. Qué tipo de justicia. Se refiere a la *equidad*, que se define como que a la misma necesidad debe aplicarse similar recurso y contesta a quiénes hay que asistir y, en consecuencia, delimita las listas de espera, que son el resultado de la diferencia entre la demanda y el servicio, y por ello pueden ser abusivas y circunstanciales, para lo que se aplica el Protocolo de Adecuación.

5. Con qué calidad ha de lograrse, tanto la técnica como la percibida⁷. La primera se basa en el conocimiento y la tecnología y la segunda, en la empatía, que consiste en situarse en el lugar del otro.

La respuesta a cada una de las preguntas se puede y se debe expresar en números, con lo que se evita la subjetividad y se mejora y prestigia la calidad.

La calidad y el precio son los 2 factores que más reiteradamente se repiten como fundamentales para definir un buen producto o servicio, por lo que están muy relacionados con la eficiencia, que requiere utilizar adecuadamente los medios disponibles, incluido el tiempo de los profesionales, que es un bien no reponible y muy caro. La acreditación expresa qué medios y qué organización son necesarios. La calidad está ligada al conocimiento y a la acreditación. La satisfacción, a la empatía (ponerse en el lugar del otro) y la ética, que lo facilita todo y hace referencia a la moral y a las obligaciones personales.

El establecimiento de un programa para mejorar la calidad debe: *a)* estar basado en decisiones de los líderes; *b)* estar relacionado con la misión y el plan estratégico de la organización; *c)* tener dirigentes ejemplares; *d)* ofrecer capacitación para todo el personal; *e)* expresarse con indicadores cuantitativos; *f)* incluir el trabajo en equipo; *g)* otorgar a todos el poder de decisión; *h)* asegurar el equilibrio entre decisión y responsabilidad; *i)* tener recursos adecuados, y *j)* estar en evaluación permanente⁸.

EL Plan Estratégico de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, en su misión, su visión, sus valores y sus líneas estratégicas⁹, condensa perfectamente lo hasta aquí escrito, ya que pretende ser multidisciplinaria para la mejora de los resultados, facilitando un cambio cultural que integre la mejora continua de la calidad, siendo un referente y compartiendo el conocimiento, con rigor científico e innovación, y orientada a resultados. No falta sino agradecerse y felicitarnos por ello como sanitarios y futuros enfermos.

Bibliografía

1. Asenjo MA. Medical audit: control de la calidad de la asistencia médica. Seminario Médico. 1967;28:321-30.
2. Asenjo MA. Aspectos fundamentales de la planificación hospitalaria. Monografía. Discurso de Ingreso en la Real Academia de Medicina de Cataluña. Barcelona: Puntex; 1995.
3. Blendon RJ, DesRoches CM, Brodie M, et al. Patient safety: views of practicing physicians and the public on medical errors. *New Engl J Med*. 2002;347:1933-40.
4. Asenjo MA. Las claves de la gestión hospitalaria. 2.ª ed. Barcelona: Gestión 2000.com; 2002.
5. Asenjo MA. Gestión diaria del hospital. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
6. Cabasés Hita J, García Prat A, Jovell Fernández AJ, et al. Medicina y economía. En: Ferreras-Rozman, editor. *Medicina interna*. 14.ª ed. Madrid: Harcourt; 2004. p. 70-4.
7. Santiñá M, Ascaso C, Escaramís G, et al. Influencia del factor tiempo en la opinión del paciente hospitalizado. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:570-2.
8. Gilmore CM, De Moraes Novaes H. Manual de Gerencia de la Calidad. Serie HSP-UNI. Manuales Operativos. Washington: OPS; 1996.
9. Lorenzo S, Fernández-León A, Moracho O. Desarrollo del Plan Estratégico de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Todo Hospital*. [en prensa].