

La calidad de la asistencia sanitaria

Gabriel Libran Sainz de Baranda

Jefe de Inspección Sanitaria del SESCAM en Albacete

Cuando la Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI me ofreció la posibilidad de organizar esta Jornada, tuve una cosa clara, que dicha Jornada debía estar en relación con la calidad de la asistencia sanitaria, pues ésta, la calidad, constituye un objetivo estratégico de las organizaciones sanitarias.

Y si bien es cierto que fue en la Industria donde se desarrollaron de forma muy importante todos aquellos aspectos y acciones dirigidas a mejorar la calidad del producto empresarial (bien servicio o idea), no es menos cierto que fue en la sanidad (con una enfermera en 1858: Florence Nightingale), donde se dieron los primeros pasos tanto en la adquisición reglada de conocimientos como en la medida de tasas de mortalidad; con ella, podemos decir que se abandonó el viejo Hospital religioso y nació el Hospital moderno. Por tanto, los primeros pasos para implantar una política de calidad en la empresa nacieron en la sanidad; por desgracia hemos de admitir que nos quedamos estancados y la industria privada, a

partir de la primera mitad del siglo XX, comenzó a aplicar medidas de control pasivo de la calidad, y posteriormente, a partir de los años ochenta se produjeron dos grandes tendencias de gestión de la calidad: la primera es la del aseguramiento de la misma, basada principalmente en las normas ISO-9000; y la segunda, la gestión de la calidad total, destinada a la mejora de la gestión y de los resultados de la empresa y basada en grandes modelos como el Malcom Baldrige americano o el Modelo Europeo de Excelencia Empresarial (EFQM).

Pero es evidente que desde 1858 hasta nuestros días se han dado en nuestro país avances muy importantes en la gestión de la sanidad; yo quisiera destacar de entre las muchas medidas adoptadas, cuatro:

1. 1987 RD 521/87 Reglamento de Hospitales: hoy desfasado, pero muy importante cuando se publicó.

2. En 1992 Se introducen los contratos-programa como nuevo método de gestión.

3. En 2002 la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y que regula:

- Derecho a la información Sanitaria.
- Derecho a la intimidad:
 - a) Historia clínica.
- El respeto de la autonomía del paciente:
 - a) Consentimiento informado.
 - b) Documento de instrucciones previas.

4. En 2003 la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Pero ¿hacia dónde nos dirigimos actualmente? ¿Cuáles son las tendencias de futuro? Para intentar dar respuesta a estas dos preguntas quiero plantear una serie de reflexiones:

– En mi opinión, y a muy corto plazo, va a adquirir una importancia prioritaria el hecho de gestionar con calidad nuestros hospitales y centros de salud. La satisfacción de los pacientes va a cobrar una creciente importancia, y por tanto la va a tomar la calidad percibida por los mismos de los servicios ofrecidos por el Servicio de Salud.

– Hay que decir que no existe nada más que un tipo de gestión, la que se hace con calidad. Hay que gestionar con

calidad, ya que no es posible separar gestión y calidad.

– ¿Qué entienden los ciudadanos por asistencia sanitaria de calidad? Es aquella que da respuesta a una serie de necesidades:

- a) Derecho a la información.
- b) Derecho a la autonomía del paciente.
- c) Derecho a la intimidad.
- d) Seguridad clínica (gestión del riesgo sanitario).
- e) Accesibilidad (tiempos de espera).
- f) Participación de los ciudadanos.

– Toda organización sanitaria que quiera ser de calidad debe adaptar su estrategia a su entorno, el cual es cambiante, y su estructura organizativa a su estrategia. Por ello no es posible seguir con las estructuras organizativas de los años setenta.

– ¿Cuál va a ser el papel de los profesionales en la puesta en práctica de una política de calidad? ¿Cómo conseguir su participación y sobre todo su implicación en la consecución de este objetivo prioritario para el Sistema Sanitario?

– La consecución de los objetivos de calidad, ¿se debe retribuir mediante la productividad variable?, o ¿ha llegado ya el momento de modificar el vigente modelo retributivo? El actual, Real Decreto-ley 3/1987 de 11 de septiembre, está

agotado y no da respuesta satisfactoria a las necesidades de las partes (empresa y trabajadores).

– Pudiera parecer que cuando no existe un competidor, como pudiera ser el caso de la sanidad pública, tampoco existe la necesidad de una estrategia; sin embargo, la necesidad radica en la obligación de pensar la forma de realizar mejoras operativas en el servicio que se presta a nuestros clientes, por tanto a todos los ciudadanos.

– El Sistema Nacional de Salud es una conquista de los ciudadanos y no están dispuestos a perderla, es más, cuando analizamos el barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo del 2004, observamos que la sanidad ocupa con un 31,4% el primer lugar en las preferencias de los ciudadanos sobre políticas públicas.

– Una vez que se ha producido la transferencia de la sanidad a todas las Comunidades Autónomas, y si consideramos que la autonomía de gestión supone la responsabilidad de los Servicios de Salud, ¿cuáles pensamos que deben de ser las actividades a realizar por éstos para mejorar la calidad del proceso asistencial, objetivo estratégico para los Servicios de Salud?

Pues bien, para poder debatir sobre todos estos temas es para lo que el Instituto de Administración Sanitaria organizó una Jornada en Albacete el 16 de febrero de 2006 sobre la “La Calidad del Proceso Asistencial en el Sistema Nacional de Salud”, cuyas ponencias, aportaciones y reflexiones que se produjeron en los debates, se han recogido en este número monográfico de la Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI para su posterior divulgación.

