

La clave para mejorar la clínica: más calidad con el mínimo de cantidad

The key to improve the clinic. More quality with the minimum amount.

Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid), Equipo CESCA, Madrid. España UE.

Introducción

Desde el punto de vista del "análisis del impacto" de las intervenciones médicas podemos definir seguridad como la proporción de pacientes que tiene un problema y se le trata adecuadamente (1). Si la seguridad es de 100%, todos los pacientes que lo precisan son tratados según corresponde. Hasta cierto punto, esta definición de seguridad suena a sensibilidad de una prueba diagnóstica (2). En forma similar se puede definir eficiencia (desde el punto de vista del "análisis del impacto") como la proporción de pacientes que no tiene un problema y que no recibe tratamiento para el mismo (1). Si la eficiencia es del 100% ningún paciente recibe ningún tratamiento innecesario. Hasta cierto punto, esta definición de eficiencia suena a especificidad de una prueba diagnóstica (2). Lamentablemente, en ningún ámbito clínico se alcanzan esos porcentajes ideales.

Las dificultades para ofrecer seguridad y eficiencia

La primera barrera que dificulta el ofrecer seguridad y eficiencia queda incluso fuera del razonamiento clínico, pues es la de la accesibilidad.

Hay que ofrecer servicios cercanos y accesibles (accesibles para los que lo necesitan, con independencia de su capacidad de pago, o de su educación y otras características sociales), y ello depende, en parte, de

1. la sociedad y su cultura,
2. la organización del sistema sanitario, y
3. del estilo de práctica del médico.

Por ejemplo, falta a toda lógica la formación de "colas" para ver al propio médico de cabecera, cosa común en España (de reciente comienzo). En un caso similar, en Finlandia, llevó a la intervención gubernamental cuando la lista de espera para el médico general llegó a los 40 días en algún centro de salud (Finlandia es el país al que

copiamos el modelo de Atención Primaria en 1984). También es absurda la falta de coordinación entre la primaria y la especializada, pues cuando trabajan con lógica los tiempos de espera, y las "colas", se reducen a lo prudente. Por ejemplo, en Elche (Alicante) se logró reducir la lista de espera para la intervención de hernia inguinal de 26 meses a 19 días (¡de más de dos años, a menos de un mes!), sólo mediante la mejor coordinación entre primaria y especializada (3).

Tras tomar contacto con el médico general, lo que procede es decidir si el problema de salud tiene una posible respuesta sanitaria. En caso positivo, si es mejor una espera expectante ("esperar y ver") o la intervención activa (inicio de un proceso diagnóstico, o intervención terapéutica, cierta o "por aproximación"). La intervención activa puede ser la derivación a especializada, de rutina, preferente o urgente. Con la derivación se traslada la responsabilidad del problema al especialista.

La clave de la calidad

La clave de la respuesta médica es ofrecer el máximo de calidad con el mínimo de cantidad, y tan cerca del paciente como sea posible (y conveniente) (4).

Es decir, la clave de la calidad está en decidir adecuadamente sobre lo que se puede resolver por el propio paciente o su familia, lo que se puede resolver por el médico de familia o por el personal auxiliar, o lo que exige derivar a atención especializada, bien urgente, bien de rutina (5). En este proceso de decisión se establecen juicios, y se manejan valores que ponen en una balanza los riesgos contra los beneficios esperables. Por todo ello es clave la opinión del paciente y su participación en la decisión.

En la toma de decisión hay que manejar adecuadamente los conceptos de salud, de factor de riesgo, de probabilidad pre-prueba y de probabilidad post-prueba (respecto al diagnóstico), y de predicción de posibles beneficios y perjuicios (respecto a la intervención, o a la ausencia de la misma). Ayuda en ello el manejo apropiado de la incertidumbre y la práctica de la prevención cuaternaria (1-6). El objetivo es conseguir al tiempo seguridad (todos los pacientes que lo precisan diagnosticados y tratados ade-

Correspondencia:
Juan Gérvas
Médico General. Equipo CESCA.
Canencia de la Sierra. Madrid. España UE.

cuadamente) y eficiencia (ningún paciente que no lo precisa inicia procesos diagnóstico ni terapéutico alguno).

La calidad es importante, la cantidad fundamental

En Medicina es peligroso iniciar procesos diagnósticos y/o terapéuticos innecesarios. No cabe el refugio en el ofrecer calidad a cualquier coste (“cantidad”), pues el coste puede ser la muerte del paciente (1,8). La calidad es importante, la cantidad fundamental.

Por definición, lo innecesario es peligroso, pues inicia “cascadas” de imprevisible final. No hay actividad médica, por inocente que parezca, que carezca de efectos adversos, o que pueda llevarnos a una cascada diagnóstica y terapéutica que acabe mal (9).

En todo caso, a mayor cantidad, mayor riesgo. Por ejemplo, es peligroso el tratar de ofrecer calidad sin medir cantidad para cada uno de los múltiples problemas de salud de un anciano, lo que puede llevar a intervenciones contraindicadas y a interacciones que desequilibren la homeostasis del paciente, con consecuencias deletéreas (9-12). Además, sabemos que la “intensidad de cuidados” es la causa central del aumento del gasto sanitario, por lo que ofrecer la cantidad adecuada ayuda a mejorar la calidad y a controlar el gasto innecesario (13). Y en este campo, de exceso de “calidad”, hay mucho por mejorar. Por ejemplo, la Asociación Española de Cirujanos ha demostrado que sólo en el 4% de las herniorrafias inguinales se cumplía su protocolo de evaluación pre-operatoria, debido a la solicitud innecesaria de pruebas en exceso (14).

Para nuestros pacientes, no necesitamos calidad genérica, sino calidad de marca. De la marca que implica la menor cantidad.

La menor cantidad que obtiene el máximo impacto, sin comprometer la evolución de otros problemas de salud presentes o futuros.

Evolución que exige autoridad para coordinar la atención que pueden prestar los distintos profesionales.

Coordinación que ha faltado y falta en nuestro sistema sanitario, cuya Atención Primaria, sufrió una reforma pro-contenido, no pro-coordinación.

Ante la falta de coordinación, la solución fácil es crear servicios verticales que resuelvan los problemas concretos. Por ejemplo, la “gestión de la insuficiencia cardiaca”, con unidades de insuficiencia cardiaca en los hospitales, y con enfermeras de las mismas yendo a los domicilios de los

pacientes. Es la substitución de la Atención Primaria por la Atención Hospitalaria, la renuncia a la lógica científica y humana, pues aleja los servicios del ciudadano (3, 15).

¿Es hora de plantear una doble reforma del sistema sanitario (mejora del contenido, y mejora de la coordinación) que ayude a superar los problemas de una reforma inicial, coja de nacimiento, y que aumente la calidad con la mínima cantidad, tan cerca del paciente como sea posible (y conveniente)?.

Bibliografía

1. Reilly B, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice: impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med* 2006;144:201-9.
2. Sox HC. Better care for patients with suspected pulmonary embolism. *Ann Intern Med* 2006;144:210-2.
3. Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente?. El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clín (Barc)* 2005;124:778-781
4. Arroyo A, Andreu J, García P, Jover S, Arroyo MA, Fernández A et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Aten Primaria* 2001;28:381-5.
5. Gérvas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* 2005;35:87-90.
6. Gérvas J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. *Aten Primaria* 2003;32:158-62.
7. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit* 2006 [en prensa].
8. Davis P. Health care as risk factor. *CMAJ* 2004;170:1688-9.
9. Pérez Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clín (Barc)* 2002;118:65-7.
10. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351:2870-4.
11. Pereira D. Evidence-based medicine and patient-centred medicine: the need to harmonize. *J Health Serv Res Policy* 2005;10:66-8.
12. Weel CV, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet* 2006;367:550-1.
13. Puig-Junoy J, Castellanos A, Planas I. Análisis de los factores que inciden en la dinámica del crecimiento del gasto sanitario público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013. En; Puig-Junoy J, López-Casasnovas G, Ortún V (eds). ¿Más recursos para la salud?. Masson: Barcelona, 2004. Págs.93-126.
14. Ruiz P, Alcalde J, Rodríguez E, Villeta R, Landa JI. Variabilidad de la práctica clínica en Cirugía General. Estudios multicéntricos de la Asociación Española de Cirujanos: cirugía del cáncer colorrectal, colestectomía y hernia inguinal. *Atlas Var Prác Méd Sist Nac Salud* 2005;1:59-62.
15. Gérvas J, Seminario de Innovación 2005. Sustitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca. *SEMERGEN* 2006;32:125-31.