

El reto de la calidad en Atención Primaria: los puntos críticos

P. J. Saturno Hernández

Profesor titular de Medicina Preventiva y Salud Pública. Murcia.

Hay un amplio margen de mejora en lo que respecta a la atención sanitaria que recibe la población. Puede argumentarse que sólo se mide lo problemático, pero aun así debe haber muchos problemas porque cada vez que se ha medido cualquier aspecto de la calidad de los servicios de salud ha resultado mejorable; tanto si se trata de patologías agudas y simples¹, como crónicas y complejas². No hay mucho riesgo de equivocarse al afirmar que es urgente y necesario poner en marcha actividades encaminadas a gestionar de forma explícita la calidad de los Servicios de Salud, por parte precisamente de los encargados de proveer esos servicios. En los últimos años este tema y este clamor han ocupado editoriales y series de artículos especiales en las revistas medicas de más prestigio y difusión en la comunidad científica-médica como el *New England Journal of Medicine* (series de artículos especiales publicados en 1996 y 1997), *British Medical Journal* (1995) y *JAMA* (1997), culminando con la paradigmática contundencia de los informes publicados por el Instituto de Medicina de Estados Unidos³⁻⁵. Sin embargo, parece que aún quedan muchas barreras que vencer para que la gestión de la calidad ocupe el lugar que le corresponde en la práctica diaria de los Servicios de Salud en general y de la Atención Primaria en particular. Continúa siendo un reto para los gestores y para los profesionales interesados en la mejora continua introducirlo y practicarlo como parte inequívoca de su quehacer profesional.

Algunas de las dificultades, sin pretender ser exhaustivos, tienen que ver con: a) aspectos conceptuales de lo que es y en lo que consiste la calidad de atención sanitaria; b) la comprensión y la aplicabilidad en la práctica de la metodología adecuada, y c) asumir y ejercitar las responsabilidades sobre el tema por parte de todos los implicados.

LOS ASPECTOS CONCEPTUALES

La calidad es a todas luces y a todos los efectos multidimensional. Como consecuencia, es muy fácil caer en conceptualizaciones sesgadas hacia una u otra dimensión; sobre todo porque, según el papel que se desempeñe en los Servicios de Salud, se tiende de forma natural a sobredimensionar algunos aspectos, con resultados a veces de simple ignorancia o incluso desprecio el resto. Por ejemplo, de los muchos esquemas que existen para describir los diversos aspectos o dimensiones de la calidad, uno de los más sencillos y objetivos es el que distingue tres dimensiones: calidad científico-técnica (algunas veces llamada de forma más drástica y tajante competencia profesional), accesibilidad (como referencia a las barreras físicas organizativas, culturales, etc., que puedan existir para obtener la atención necesaria) y satisfacción. Pues bien, es realmente notoria la tendencia del personal sanitario a minimizar la importancia de la accesibilidad y, más aún, de la satisfacción del paciente. Es tal el sesgo tecnicista que a veces se llega a contraponer y hasta a argumentar incompatibilidades entre estas dimensiones. Obviamente la atención clínica no es de calidad si no se hace lo correcto desde el punto de vista científico-técnico; pero tampoco lo es si se «cosifica» al paciente, se le maltrata como persona y no se logra que entienda, coopere y esté satisfecho con la atención recibida. Una atención sanitaria es de calidad si puntúa alto en todas sus dimensiones. Es tarea y responsabilidad de los que proveen los servicios preocuparse por hacer bien las cosas en todas las dimensiones; y, desde luego, procurar mejorar en aquella que sea deficiente. Hasta que no se entienda y asuma este concepto integral de lo que es atención de calidad, no estaremos en condiciones de gestionarla adecuadamente.

LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS

Las actividades que hay que realizar para gestionar la calidad del propio trabajo son diversas, y finalmente agrupables en tres grandes grupos: planificación o diseño de la calidad, monitorización o control de los niveles de calidad adecuados, y ciclos de mejora sobre los problemas de calidad que hayamos detectado. Todas tienen algo en común: existen métodos y procedimientos específicamente desarrollados para esos fines; quienes quieran llevar a la

Correspondencia: P. J. Saturno Hernández.
Dpto de Ciencias Sociosanitarias
Campus Universitario de Espinardo
30100 Murcia
Correo electrónico: psaturno@fcu.um.es

práctica la gestión y la mejora continua de la calidad de su trabajo, tienen que aprender irremediamente ciertas técnicas y aplicarlas con un cierto rigor. Es más, yendo al rasgo más básico y esencial de todas ellas, va a resultar impensable gestionar y mejorar la calidad sin *medirla*. La problemática consecuencia es que generalmente no va a ser posible gestionar y mejorar la calidad sin una formación específica (y efectiva) sobre el tema, y que además su puesta en práctica es una actividad que consume tiempo y recursos, en competencia con el resto de actividades que es necesario realizar en la Atención Primaria y en los Servicios de Salud en general en cualquiera de sus niveles asistenciales. La introducción de una actividad nueva, como es todavía en gran medida la gestión de la calidad, siempre es algo dificultoso, por muy buena y necesaria que esté demostrado que sea. La historia de la medicina y de las organizaciones en general está llena de ejemplos. Incluso para cosas tan simples y tan plenamente aceptadas después como es el caso del fonendoscopio, surgieron en su momento sesudos razonamientos que desaconsejaban su uso sobre la base del tiempo adicional que se necesitaba para utilizarlo en la consulta, y encima teniendo que hacer desnudar al paciente (j). Algo semejante está pasando con la gestión de la calidad: a pesar de su, a estas alturas, archidemostrada bondad y valía, la gestión de la calidad dista mucho todavía de ser algo rutinario en la Atención Primaria (tampoco en la hospitalaria); en parte por ser una innovación sin sitio previo en las actividades que supuestamente hay que realizar para atender bien a los pacientes, y en parte porque tampoco se sabe muy bien cómo llevarla a la práctica.

RESPONSABILIDADES: UNA CUESTIÓN DE ÉTICA

Todo el personal en todos los niveles administrativos en que estén organizados los Servicios de Salud tiene algo que decir y, desde luego, algo que hacer para gestionar la calidad de la atención sanitaria. Dicho de otro modo: la calidad es una responsabilidad compartida, y así ha de entenderse y ejercitarse para lograr su mejora continua. Sin embargo, el que sea compartida no quiere decir que se pueda (ni se deba) hacer dejación de la parte de responsabilidad que corresponde a cada uno, con la excusa o sobre la base de que otros elementos de la organización no están ejercitando la suya.

En síntesis, las estancias más altas dentro de la jerarquía organizativa de los Sistemas de Salud deben estar preocupadas por el funcionamiento global de los mismos y por los indicadores también globales, poblacionales, de la salud y satisfacción de la población en su conjunto; sus indicadores, de base poblacional y generalmente estratégicos, deben servirles para asegurarse que las líneas generales que se tracen para el Sistema de Salud se van cumpliendo y funcionan adecuadamente; los desequilibrios que detecten deben llevarlos a tomar iniciativas, con un gran componente político, que las corrijan. Son también responsables de que la calidad sea posible, así como de la política de calidad general del sistema. En cambio, a nivel de área, distrito y, más aún,

de centro asistencial, la preocupación por la calidad se ha de centrar en la población concreta a la que se da cobertura y en las peculiaridades asistenciales de los problemas de salud concretos que ésta tiene; los indicadores de calidad científico-técnica, accesibilidad y satisfacción son más específicos, pero también es a este nivel donde tiene que existir y gestionarse una preocupación operativa por la calidad de la organización en sí, incluyendo, entre otras cosas, las peculiaridades del clima organizacional y la satisfacción de los que trabajan en ella; todo ello en el marco más o menos facilitador, aunque no completamente determinante, que proveen las estructuras y características generales del sistema. Finalmente, en el nivel de la asistencia clínica directa a las personas que la necesitan, los principales responsables son inequívocamente los propios clínicos que la prestan; nadie sino ellos toman las decisiones preventivas, diagnósticas, de tratamiento, de control, que parecen oportunas. Naturalmente que, de nuevo, dentro de unos ciertos condicionamientos impuestos por las características del centro, área, distrito y sistema donde se trabaja; pero en esos “momentos de la verdad” ante los pacientes, las decisiones y la responsabilidad son de los clínicos. Y también la gestión de la calidad a ese nivel. El compromiso adquirido con la actualización de conocimientos, y con un comportamiento científico y ético que respondan a la confianza que los pacientes depositan en ellos, debería conllevar la necesidad de asegurarse de que la calidad de los servicios que ofrecen está al máximo nivel que pueda permitirse. Repugna la idea de que se actúe conscientemente mal; pero la calidad de los servicios que se ofrecen y su mejora sólo puede saberse midiéndola y actuando en consecuencia de los resultados de esta medición (saber qué hacer→ medir lo que se está haciendo→actuar en consecuencia, en caso de no estar haciendo lo que se sabe que hay que hacer). Hasta que no se mida no tendremos un conocimiento cabal de lo que estamos haciendo.

Paradójicamente, a pesar de las resistencias e incomprendiones para su puesta en práctica en todos los niveles, la gestión de la calidad es un juego sin perdedores. Todos, gestores, pacientes y clínicos, ganan con su práctica. Sólo un desconocimiento total o parcial sobre este tema puede llevar a una conclusión diferente. También influye la inercia de un pasado que no la tiene en cuenta. Todavía no pasa nada si no se le hace un caso explícito a la calidad y tampoco tiene apenas consecuencias a efectos de ningún tipo de reconocimiento el que unos lo hagan mejor que otros. Sin embargo, cada vez más, a medida que se avanza en el conocimiento de los métodos, estrategias y resultados de una adecuada gestión de la calidad en todos los niveles del sistema, la ausencia de este tipo de actividades y su reconocimiento explícito se va convirtiendo en un problema ético, cuando no de pura y simple incompetencia. Hay que ponerse manos a la obra. Todos. Si no nos esforzamos por construir nuevos edificios con el confortable y gratificante ambiente de la calidad, correremos el peligro de convertirnos, vernos y que

nos vean, como habitantes de la más retrógrada e inadecuada de las cavernas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Saturno PJ, Gascón JJ, Fonseca Y. ¿Es adecuada la atención médica en los casos de resfriado común? Resultado de una evaluación en ocho centros de salud: *Med Clin (Barc.)* 1995; 104:521-5.
2. Saturno PJ, Gascón JJ, Bueno JM, Alcaraz J, Martínez P. El diagnóstico de las dislipemias en Atención Primaria, un servicio a mejorar. Resultados de una evaluación multicéntrica. *Aten Primaria* 2000; 25(2):82-8.
3. Chassin, M (editor): *The urgent need to improve health care quality*. Washington: National Academy Press; 1999.
4. IOM. *To err is human: Building a safer Health System*. Washington: National Academy Press; 2000.
5. IOM. *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st Century*. Washington: National Academy Press; 2001.