

# Calidad asistencial, salud e hipertensión

E. Vinyoles Bargalló

Centro de Atención Primaria La Mina. Sant Adrià de Besòs. Barcelona.

*No podemos evitar el cometer errores, pero sí podemos poner constantemente atención para tratar de evitarlos.*

Epicteto (filósofo estoico, 55 d.C)

**¿**ué entendemos por calidad asistencial? Barbara Starfield la define como la adecuada cobertura de necesidades de salud de la población por los servicios sanitarios, con efectividad y equidad asistenciales óptimas, que implica a todos los niveles sanitarios<sup>1</sup>. Hace tiempo que sabemos que existen tres determinantes principales de la calidad asistencial: la experiencia del médico en el manejo del problema de salud, el tipo de organización en la que trabaja el médico y el tiempo que dedica a formarse en este aspecto de salud<sup>2</sup>. De los tres elementos, el de más peso, sin duda es el segundo. Una organización bien gestionada en todos sus aspectos (interno y externo), con suficientes recursos, y que aplique juiciosamente la metodología de la garantía de calidad sería la utopía en la que una mayoría querríamos trabajar. El filósofo R. Paniker suele comentar que en general nos podemos considerar afortunados porque en la Humanidad predomina mayoritariamente el Bien sobre el Mal. Nos atreveríamos a añadir que también tenemos suerte porque en el sistema sanitario mayoritariamente predominan la generosidad personal y la buena voluntad que, a veces, suplen algunas flagrantes deficiencias organizativas o asistenciales. En los últimos años, la mejora de calidad del proceso asistencial se ha ido incorporando tímidamente en organizaciones sanitarias del país. Éste es un reto que tenemos todos. Incluso sociedades científicas como la nuestra han participado de la idea con la difusión de indicadores de calidad consensuados para evaluar la atención al paciente hipertenso<sup>3</sup>. Desde el punto de vista ético, debemos sentirnos obligados a organizarnos para incorporar en nuestros centros la

metodología de la garantía de calidad. Ello redundaría directamente en la mejora de la salud de la población, y también en la mejora de la "salud" de los profesionales sanitarios.

En este sentido, debemos felicitarnos de iniciativas como las que publican en este número Gómez Marcos et al<sup>4</sup>. Los autores demuestran, con un diseño impecable, algo ya evidente desde hace tiempo: es posible mejorar globalmente los indicadores de calidad asistencial, en este caso mediante una intervención en un centro de Atención Primaria. Hay que resaltar el buen nivel basal del que parten en la mayoría de los ítems. El valor añadido de esta iniciativa viene porque el interés nace de los propios profesionales, cuestión ésta básica para conseguir las mejoras propuestas.

En la mayoría de los casos es necesario un pacto entre los objetivos de mejora de las gerencias y los de los profesionales de los centros. Ambas partes deben ceder y entenderse mutuamente, porque a mayor consenso, mayor motivación e interés, mejor éxito en las mejoras acordadas y mayor satisfacción.

Con la informatización masiva de las historias clínicas existe una tendencia natural a la evaluación exclusiva de procedimientos y registros. Éste no es más que un primer paso. Si el objetivo es mejorar la salud del paciente, entonces las evaluaciones que analizan directamente resultados de salud serían preferibles. ¿Qué nos interesa más, saber si hemos determinado la presión arterial a nuestro paciente en los últimos dos meses o saber si estamos midiendo correctamente dicha presión arterial? La respuesta es: ambas cosas nos interesan. Sin embargo, evaluar la segunda opción es más difícil puesto que necesitamos algo más que los datos registrados en el ordenador. Por lo tanto, no debemos renunciar a evaluar aspectos más complejos, ni a intervenciones ambiciosas de mejora que nos permitan avanzar mucho más. En el caso de la hipertensión, los campos de actuación son casi ilimitados: desde la mejora en el control tensional de la población, hasta la mejora en los perfiles de riesgo cardiovascular o la adecuación de la prescripción, pasando por la imperiosa necesidad de que cada consulta disponga, al menos, de un manguito de obesos o de que exista un protocolo de mantenimiento, ca-

Correspondencia:  
E. Vinyoles Bargalló.  
CAP La Mina.  
C/ Mar, s/n.  
08930 Sant Adrià de Besòs (Barcelona).  
Correo electrónico: 23561evb@comb.es

librado y revisión de los equipos de medida de presión arterial de cada centro.

Para acabar queremos insistir en algunos aspectos organizativos comentados al principio como fundamentales para la mejora. Todos sabemos que la calidad asistencial precisa de una condición necesaria, aunque no suficiente: más tiempo para poder dedicar a nuestros pacientes. Es decir, debemos invertir y mejorar la organización de nuestro Sistema Nacional de Salud para reducir la presión asistencial, especialmente en Atención Primaria. Se trata de prevenir la claudicación de los profesionales, lo cual representaría asimismo la claudicación y el fracaso de la organización y en consecuencia, lo que sería peor, el deterioro de la salud de nuestra población.

## Bibliografía

1. Starfield B. Calidad de los servicios de atención primaria: una perspectiva clínica. En: Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editorial Masson, SA; 2001.
2. Palmer RH, Reilly M. Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Med Care.* 1979;18:693-717.
3. Coca A, Davins J, Felip A, Poch E. Indicadores de calidad en la asistencia al paciente hipertenso. Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial. Aula Médica Ediciones; 2002.
4. Gómez Marcos MA, García Ortiz L, Sánchez Rodríguez A, Melón Barrientos L, Herrero Rodríguez C, Bodego Sánchez P. Mejora de la calidad del proceso asistencial a los factores de riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso. Eficacia de una intervención (*ciclo-risk*). *Hipertensión.* 2005; 22(9):345-52.