

Algunas predicciones sobre la calidad. El futuro que ya tenemos aquí

Fernando Palacio Lapuente

Centro de Salud Ondarreta. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. San Sebastián. España.

Correspondencia: F. Palacio Lapuente.

Centro de Salud Ondarreta. San Sebastián.

Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

Avda. Zumalakarregi, 24. 20008 San Sebastián. España.

Correo electrónico: fpalacio@apge.osakidetza.net

La mayoría de los médicos, preocupado cada uno de ellos con los adelantos incesantes que en esta época de progreso vertiginoso realiza su respectiva especialidad, y preocupado también en el cultivo fatigoso de la versátil clientela, más exigente cuanto más productiva...

FEDERICO MONTALDO

Las epidemias. Barcelona: Manuel Soler, editor; 1902

¿Qué trazos definirán la calidad de la atención primaria en las próximas décadas? Parece un atrevimiento, en un mundo tan cambiante como el que nos ha tocado vivir, intentar predecir lo que pueda pasar en las próximas décadas, ¿cómo estará el mundo dentro de algunos años? Además, en nuestras predicciones siempre habrá una parte de lógica objetiva (cómo deben de evolucionar las cosas a la vista de la situación actual) y otra de esperanza subjetiva (cómo me gustaría a mí que evolucionaran). Pero en todo caso, no deja de ser una tarea estimulante y, por lo tanto, acostumbrado como buen primarista a manejar en la incertidumbre, intentaré llevarla a cabo desde la perspectiva de quien desde hace algo más de 3 décadas ha vivido y observado su evolución. Por supuesto, no trataré de ser exhaustivo, cosa que no procede en un editorial, sino de hacer 3 apuntes muy personales acerca del tema:

- ¿Cómo afectarán las nuevas tecnologías a la consulta de atención primaria?
- ¿Cómo evolucionará la relación sanitario-paciente?
- ¿Cuáles serán las fórmulas organizativas de la asistencia?

El primero es el que parece más obvio: ¿cómo afectarán las nuevas tecnologías a la consulta de atención primaria? Algunos aspectos se verán profundamente afectados, y si sabemos utilizarlos han de implicar una mejora importante, tanto de la calidad técnica como de la del servicio.

La accesibilidad al sistema aumentará. Hoy ya se pueden concertar visitas a través de la red. Pero eso es sólo un apunte, como pueden serlo las experiencias de dermatología mediante el envío de mensajes con imágenes de las lesiones. Eso ya está aquí. Los profesionales sanitarios han de estar atentos a propiciar la cercanía al paciente, ofreciendo

servicios mediante mensajería electrónica, por ejemplo. Los mensajes multimedia, que incorporan imagen y sonido, han de ser un vehículo habitual para toda las consultas en las que el paciente no vea necesario un contacto personal. Serían comparables a las que ahora pueden realizarse por teléfono, aunque ampliadas en sus posibilidades técnicas al incorporar imágenes, documentos, registros, etc. El correo electrónico va a ser una modalidad más de atención al paciente, y una modalidad con un peso específico considerable. Es cómodo para el paciente, y también es cómodo para el profesional sanitario, que puede responder en el momento que más le convenga, buscar información si lo precisa y además, le permite ofrecer enlaces con información de calidad y adaptada al paciente, lo que complementa nuestra aportación¹. Este tipo de información ya está hoy disponible, y sin duda mejorará.

Los sistemas expertos han de proporcionar guías en tiempo real para las diferentes patologías. De manera que ofrezcan ayuda fácilmente accesible, tanto para el diagnóstico como para establecer el plan terapéutico, adaptado según toda la información clínica de que se disponga acerca del paciente y evitando errores. Eso tiene implicaciones importantes, ya que ampliará la capacidad de resolución, permitirá ofrecer siempre la opción más favorable según la evidencia y proporcionará a los pacientes niveles de seguridad de los que hoy pueden carecer. Y teniendo en cuenta que los aspectos relacionados con la seguridad del paciente están emergiendo con un enorme ímpetu, también los profesionales podrán trabajar con mayor tranquilidad.

Sin duda, la tecnología de la información permitirá el desarrollo de los grupos de cuidados ambulatorios (GCA) en algunas de sus variantes. Los GCA abren un mundo de posibilidades al permitir valorar con un aceptable margen de fiabilidad los recursos necesarios y, por lo tanto, la carga de trabajo o el pago que corresponde. Y todo ello podrá evaluarse en el ámbito del proveedor individual. La tecnología va a hacer posible valorar cargas de trabajo y costes, pero también resultados en salud para cada profesional. Las posibilidades que eso implica sin duda provocarán cambios importantes.

Para todo ello es necesario que los registros mejoren. Hoy en día es costoso introducir la información en el sistema. Sin embargo, una información veraz es fundamental para valorar y evaluar el trabajo que se realiza. Los expertos han de trabajar en historias clínicas en las que sea mucho más fácil

llevar a cabo los registros de la actividad. Sólo con registros cómodos los profesionales introducirán información completa y cierta, y sólo así puede obtenerse información fiable del sistema.

Para acabar este punto, los registros serán más accesibles, mediante claves compartidas por el paciente y el profesional. De manera que cualquier profesional podrá acceder a un historial, prácticamente desde cualquier punto del planeta. Por lo mismo, los pacientes también podrán acceder a la información de la que disponga el sistema acerca de su persona, mediante claves propias.

Y por supuesto, habrá mucho más.

El segundo aspecto es tan apasionante como el anterior: ¿cómo evolucionará la relación sanitario-paciente?

Los avances sociales, el desarrollo de los derechos ciudadanos, han hecho que el modelo de autoridad paternalista haya desaparecido prácticamente en las consultas de atención primaria. Se trata con una población mucho mejor preparada, con un alto porcentaje de titulados, y conscientes de su derecho a conocer y a decidir sobre su persona. Como consecuencia, los modelos de decisión compartida pasarán a ser lo habitual.

Como ahora, la población no será homogénea en este aspecto. Así, habrá un grupo de pacientes informados² que ya ha emergido y cada vez será más numeroso, al que se está denominando “pacientes competentes”, en cuanto son capaces de hacer un uso responsable de la información y del sistema. Ciertamente, sus fuentes de información han cambiado, y la clásica enciclopedia médica del hogar se ha transformado en www.informaciónparapacientes.com. Este grupo dispone de más información³, de cantidades ingentes de información, en la que abunda la de mala calidad y la tendenciosa. Son pacientes que llegan a la consulta informados, mejor o peor, acerca de su problema, y, por lo tanto, la clásica exploración de creencias propia de una buena anamnesis se complicará hasta que la práctica la convierta en hábito. Para hacer asistencia en ese contexto será fundamental conocer la red, conocer los recursos en los que se puede confiar para informar de éstos a los pacientes. Esta actitud de informar acerca de recursos de calidad facilita la relación sanitario-paciente, e induce confianza hacia quien los aconseja y muestra así su respeto a esta forma de proceder del paciente. Esto cobra particular importancia en un contexto en el que el paciente va a exigir aquello a lo que tiene derecho: información comprensible y lo suficientemente completa como para considerar que conoce su propio problema de salud⁴. El paciente informado, a través de la red o a través de programas de formación específicos que algunos países ya han iniciado en grupos de crónicos, va a ser lo habitual.

Pero el paciente informado también sabe que la enfermedad es un tema complejo, y que no es lo mismo tener cierta información que comprender la complejidad de un cuadro patológico. Esto significa que aunque habrá quienes tomen sus propias decisiones, conociendo sus consecuencias, la gran mayoría seguirá confiando en sus asistenciales cuando éstos se hayan ganado su confianza. En un estudio actual-

mente en curso, los pacientes han manifestado de manera consistente que la relación no depende del medio que se utiliza, sino de las personas. Por lo tanto, en este campo, no es cuestión de tecnología sino de personas.

Así como en el apartado anterior las consultas pueden cambiar radicalmente, en cuanto a la relación no lo harán mucho acerca de lo que ya está aquí: pacientes mejor informados que ponen su confianza en quienes les han mostrado que se puede confiar en ellos. Quizás el cambio fundamental está en que para saber si se merece esa confianza el paciente tendrá más elementos de opinión de los que dispone actualmente⁵.

Como tercer punto, se puede hablar de estructura: ¿qué tipo de organización, o qué tipos de organización serán posibles, de manera que aumente la satisfacción del ciudadano?

Es posiblemente el campo más difícil de predecir, ya que el mundo de la empresa está en constante cambio y ninguno ha mostrado ser particularmente eficiente, y además en la sanidad pública está totalmente mediatizado por la lucha política. Sin embargo, parece que ha de imponerse el tipo de organización que provea servicios integrales, desde la asistencia preventiva o la comunitaria a la sociosanitaria. Un tipo de organización capaz de prestar asistencia global, integral e integrada, a la población que confíe en ella, y atenta a prestar mejores servicios que sus competidoras, va a permitir estrategias más coherentes y una atención longitudinal mejor que la actual. Los planes de atención, o las guías clínicas o los protocolos, y de forma general todos los elementos que dan soporte teórico y práctico al quehacer asistencial de la institución van a ser comunes para todos los implicados, desde los que presten atención preventiva hasta los que lleven a cabo los cuidados paliativos. La continuidad de cuidados mejorará sustancialmente, tanto por la mejor coordinación entre los implicados como por la existencia de guías de actuación comunes para todos ellos, actualizadas con la evidencia científica en tiempo real e integradas en la historia clínica.

Sin embargo, esas instituciones “globales” podrán permitirse muy diferentes formas de gestión dentro de ellas. Si las guías de atención están en la historia, la carga de trabajo de cada profesional es conocida, y sus resultados en salud y económicos también lo son, no hay razón para que no pueda organizar su trabajo de la manera más cómoda para él y más accesible para sus pacientes. Aunque hoy es difícil de imaginar, no se puede descartar la existencia de muy diferentes formas de prestación de servicios, incluso dentro de una misma institución. Se puede pensar en empresas en las que convivan profesionales que trabajen en equipo con otros que presten su asistencia en consultas individuales. No es descartable, sino todo lo contrario, que se contraten resultados pero se deje a la elección del asistencial la forma en que se llegan a obtener.

Así, las instituciones de asistencia integral, en el seno de las cuales los profesionales adopten diferentes formas organizativas, podrían ser el modelo que emerja en las próximas décadas.

Finalmente, no quiero acabar este editorial sin recordar algo que considero muy importante: los desfavorecidos continuarán siéndolo.

Toda esta parafernalia no ha de hacernos olvidar a los olvidados en toda esta historia. Empiezan a levantarse voces que reclaman un cuidado especial para quienes no son capaces de utilizar la información. Los más desfavorecidos por la sociedad, por la cultura y ahora además por la tecnología, seguirán siendo el grupo que más atención necesita.

Y en un ámbito más amplio, hay algo que no parece sensato predecir para las próximas décadas: no se igualarán las tasas de mortalidad infantil y por causas evitables en todos los países. En España la sanidad mejorará, los pacientes/clientes dispondrán de cotas de servicio superiores a las actuales, pero en otros países la mortalidad infantil seguirá siendo elevada.

Y que cada uno saque sus propias conclusiones.

Bibliografía

1. Jadad A. What will it take to bring the Internet into the consulting room? We cannot remain oblivious to our patients' expectations. *J Gen Intern Med.* 2005;20:787-8.
2. Longo DR. Understanding health information, communication, and information seeking of patients and consumers: a comprehensive and integrated model. *Health Expectations.* 2005;8:189-94.
3. Llinas G, Mira JJ, Pérez-Jover V, Tomás O. En qué se fijan los internautas para seleccionar paginas web sanitarias. *Rev Calidad Asistencial.* 2005;20:385-90.
4. Bulik RJ. Perspectives on the patient-provider relationship in primary-care telemedicine. *Telemedicine Journal and e-Health.* 2004;10:466-8.
5. Jadad A, Rizo C, Enkin M. I am a good patient believe it or not. *BMJ.* 2004;326:1293-4.