

Diálogo con el Dr. Vicente Ortún Rubio

“Calidad en salud es efectividad”

Director del Centro de Investigaciones en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra y codirector de su Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, el especialista habla sobre Calidad en salud, las experiencias en el mundo y los últimos avances en la materia.

-¿Qué es lo último en materia de calidad en atención de salud?

—Los países que son líderes en temas de calidad casi siempre son líderes en otras cosas. Hay tres experiencias importantes: la de Australia, la del Reino Unido y la de Estados Unidos. La más relevante diría que es la del Reino Unido; una serie de parámetros, algunos de estructura, otros de proceso, que pueden ser copiables siempre que —y esto es una condición muy fuerte— exista un mínimo apoyo informático para las historias clínicas. Siempre que haya además una cierta cultura de publicar los datos, tanto económicos como de calidad, que sean trans-

parentes, que se encuentren colgados en la web, que salgan en los periódicos. La experiencia más interesante para mí es la del Reino Unido. La idea es muy simple: si se incentiva calidad, se tendrá calidad. Y calidad entendida en términos de efectividad. Porque, por ejemplo, las aseguradoras norteamericanas, sus planes de seguro; publicaban hace tiempo unos indicadores que son un poco caricatura. Preguntaban: “Cuando usted llamó, ¿la voz fue amable? ¿Lo atendieron rápido, está contento?”. Están muy enfocados en una situación personal. El problema de la sanidad es que se puede dejar a una persona muy contenta con una intervención que no necesita. El problema de la calidad es no quedarse sólo con la dimen-

sión subjetiva, que es importante, sino tener indicadores efectivos: que la intervención estaba indicada, que el procedimiento fue correcto, que el resultado ha sido efectivo, que se han paliado los síntomas, que el paciente está bien. Es como siempre: corremos el riesgo de medir lo fácil, que es la parte subjetiva en cualquier lugar. Pero lo que realmente es importante es medir efectividad objetiva: esto para qué sirvió. Y es en este punto donde es más difícil avanzar. Desde el punto de vista de la política, casi todos los países tienen encuestas poblacionales globales sobre satisfacción de los ciudadanos con respecto a políticas públicas que incluyen al sistema de salud. Pero es un plan muy cínico porque, en general, desde lo político lo que importa es que las encuestas de satisfacción den bien en sus resultados. Que la efectividad objetiva sea mejor o peor no importa a nadie. La gran mayoría de las personas no sabrá si su atención ha sido controlada, si realmente le han hecho el protocolo que toca, etc. Estas cosas la gente realmente no las sabe, solo nota si es simpático quien lo encuesta y unas pocas cosas más.

-¿Y cuáles son las características del sistema inglés al que se refirió?

—Se ha aplicado sólo a médicos de familia. Allí los médicos familiares son profesionales independientes que trabajan en grupos y que tienen un contrato con el Gobierno. Habitualmente han recibido una parte de sus remuneraciones por salario, otra por cápita y otra por acto. La novedad es que se definieron 146 indicadores y en función de su grado de cum-

En cada fase de un proceso existen indicadores de calidad en salud y se pueden traducir en una menor tasa de incidencia y letalidad.



plimiento se comenzó a retribuir dinero. Y el grado de cumplimiento ha sido mucho más alto de lo esperado. Pero se vio que los médicos podían influir en los denominadores. Sobre un máximo de 100%, con lo hecho como numerador y lo que tendría que haberse hecho como denominador; el médico podía influir en los resultados eliminando casos. Ahora están revisando esta cuestión, pero el sistema en sí es muy bueno.

–Pero esto hace que esos resultados sean bastante relativos...

–Hay una cierta capacidad de influir en el denominador. Pero han cubierto en promedio 97% del máximo, es un éxito. Al Gobierno eso le ha supuesto 40.000 dólares por médico sobre salarios que habían subido ya bastante. En el Reino Unido todo el aumento presupuestario se ha ido en sueldos.

–¿Ese modelo sería aplicable a otros países?

–A la Argentina y a muchos países. En América latina, ¿hacia dónde se mira

más? ¿Hacia los Estados Unidos o hacia Europa? Hay bastantes países que miran mucho hacia Estados Unidos, como Colombia o México. Pero el sistema sanitario norteamericano es raro, es un caso aparte que tiene algunas instituciones de cobertura financiadas por el Estado o bien planes de seguros. Yo creo que hay más que imitar y que aprender de Europa que de Estados Unidos, que aunque tiene una muy buena medicina no tiene un buen sistema sanitario.

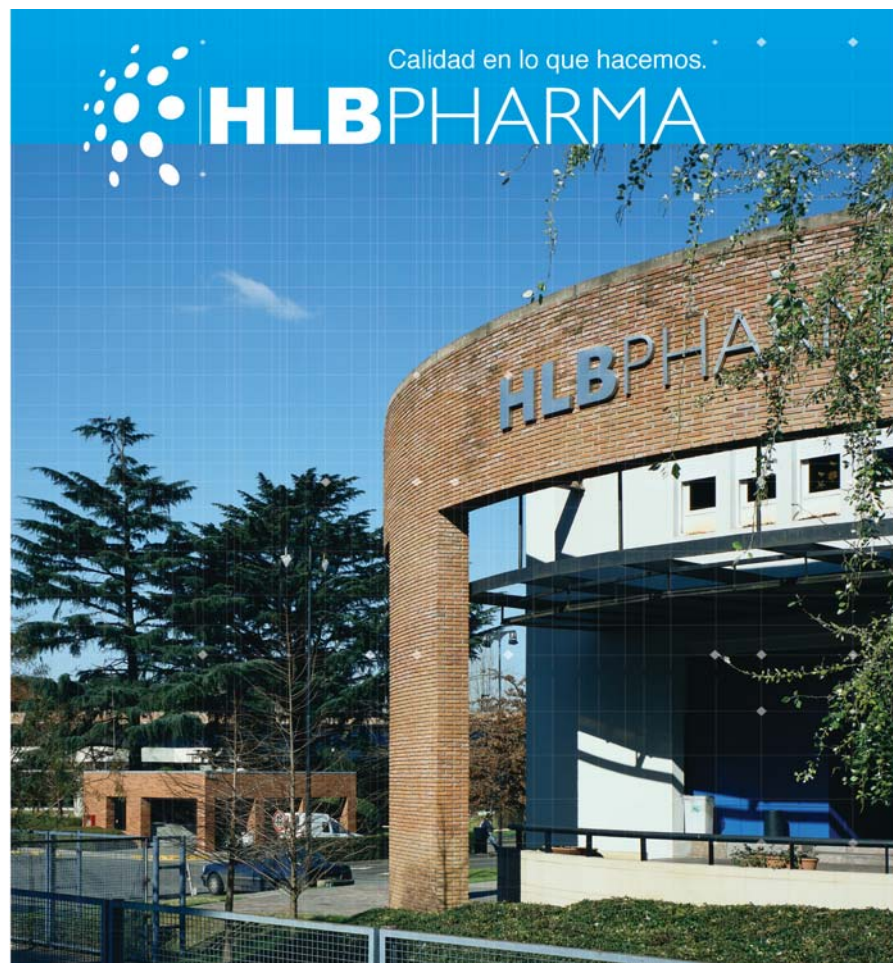
–Y en él muchos actores son del sector privado...

–Pero resulta que lo que se gasta públicamente en su financiamiento es mucho: 54 %, más las desgravaciones fiscales que tienen los gastos de seguros privados. Es mucho dinero. Pero con buena medicina, buenos médicos y buenos hospitales se puede tener un mal sistema. Por ejemplo, en enfermedades crónicas más que la calidad del especialista importa el grado de coordinación que hay entre todos los niveles asistenciales. Es más un tema de or-

ganización, de funcionamiento; y puede funcionar mejor. No hay ningún sistema sanitario que sea el mejor en todo pero el que más influencia ha tenido en el mundo ha sido el del Reino Unido.

–¿A qué se debe esto?

– Son ellos los que en el año 46 sacan el National House Service de la manga, justo al acabar la Segunda Guerra Mundial, y yo diría su literatura es la que se sigue. Sus revistas clínicas, por ejemplo, el British Medical Journal, el Lancet, son las revistas que más contemplan también temas de política, de organización; más que las revistas clínicas de otros países. En calidad, miraría bastante al Reino Unido. Si miramos organizaciones, la Compañía Kaiser de EE.UU. tiene calidad excelente y lleva mucho tiempo teniendo una calidad modelo. Pero es como una organización integrada de salud, todos se sienten dueños. Una parte de los médicos son propietarios, otra cobra por cápita, tiene algo de cooperativa, funciona realmente muy bien y –curioso siendo un



La vida es el bien humano máspreciado. Y la salud, la condición necesaria para disfrutarla en plenitud.

A partir de esta concepción, nos propusimos dar origen a una empresa cuyo nivel de excelencia estuviera en consonancia con la enorme responsabilidad de trabajar por la salud para una vida mejor.

Av. Int. Tomkinson 2054 (B1642EMU)
San Isidro - Pcia. de Buenos Aires
Tel.: 4732-8300 / 0800-345-0452
www.hlbpharma.com

país caro— con mucho menos dinero que otras organizaciones.

—¿Cuál sería la mejor calidad en salud en América latina?

— Hace años estaba bastante bien Costa Rica por razones muy sencillas: primero, en la posguerra se benefició con el crecimiento de las exportaciones. Segundo, desde 1949 suprimió el ejército y una parte del gasto público se volcó a un seguro social con mucha cobertura, al sistema educativo, a ese tipo de cosas. Pero no me atrevería a decir nada sin estudiarlo, aunque si tuviera que decir algo veamos resultados, las cosas más obvias: cómo son las esperanzas de vida. La esperanza de vida al nacer, aunque dependa de muchas cuestiones que no son del sistema sanitario, sirve para tener una primera aproximación. Entonces, seguro que en América latina los países muy desiguales quedan castigados con malos indicadores de salud. Hilando más fino, después de los índices de esperanza de vida y mortalidad miraría las tasas de

mortalidad por aquellas condiciones más sensibles a la intervención del sistema sanitario.

—¿La experiencia de pago por calidad en el tratamiento no funcionó?

—Lo que no funciona es creer ciegamente en nada. Por ejemplo, ¿qué es calidad en diabetes? Tener la hemoglobina controlada. La calidad no es la actividad, los estudios que se hagan, no es gente que esté muy bien organizada; lo que importa es el resultado final. Si se quieren evitar ceguerras y amputaciones se ha de controlar bien a los pacientes diabéticos. Eso es calidad. Y, concretamente, hay parámetros que se toman habitualmente para medirla. Y cuando paguemos por visita a los pacientes diabéticos a lo mejor se puede ajustar por el grado de control de la diabetes que tenga. Como consuelo, todo esto está muy poco desarrollado en todo sentido en el mundo.

—¿Ve a futuro el pago por calidad como una posibilidad?

—Sí, claro. Es muy novedoso, pero las ex-

periencias en Reino Unido, en los Estados Unidos, son alentadoras. Hablamos de calidad efectiva. ¿Qué es calidad en un infarto? Primero, que llegue vivo al hospital, luego que llegue vivo al alta y después que siga vivo al año. Eso depende de cuánto tiempo tardan en darle la trombolisis cuando está indicada. Y cuando le dan de alta, ¿sale con el programa de medicación que debe tomar? Se sabe muy bien de qué factores depende que más gente llegue viva, y calidad es tomar control de cada uno de ellos; tanto desde la calidad como de la supervivencia. Además de tratar el infarto, conseguir que haya menos en la población: combatir el tabaquismo, la hipertensión, el sedentarismo, la obesidad; controlar las prevalencias y su evolución. Son indicadores de calidad en salud y, en muchos casos, materia de prevención primaria. En cada fase de un proceso existen indicadores de calidad en salud y se pueden traducir en una menor tasa de incidencia y letalidad.

Servicios de Salud Mental

RED
NACIONAL DE SALUD MENTAL

Las 24 hs., los 365 días del año.
0800-8882600

Juncal 2336 - (1125)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
TEL / FAX. 4824-8700

info@sesamsaludmental.com
www.sesamsaludmental.com

