

## CARTAS AL DIRECTOR

### Reflexiones sobre calidad asistencial hoy en día

Sr. Director:

Estos días en el centro de salud se estaban presentando los objetivos del año. Entre ellos estaba el cumplimiento de indicadores de calidad de algunos de los procesos asistenciales que se han realizando en este último tiempo. Como profesional me alegro de esta apuesta por la calidad asistencial por parte de la Administración Sanitaria Andaluza de una manera más clara, y explícita de lo que hasta ahora se ha ido realizando. De hecho ahora, tras varios años trabajando en calidad, da mucha alegría que no sólo sean algunos profesionales, y algunos centros los que se preocupen y trabajen en ello, sino de todos. Por ello ha servido para hacer una serie de reflexiones al respecto.

¿Hay una sola visión de la calidad? Evidentemente no. A menudo se olvida que la calidad asistencial tiene distintos significados según quien la promueva, con distintos dimensiones y es cambiante según las necesidades de los implicados. Por ello no hemos de olvidar que la calidad no es algo estático a alcanzar, el cumplimiento de unos indicadores de calidad, sin algo dinámico. Es bueno y necesario que se hayan definido los aspectos esenciales a cumplir, criterios de calidad, y que se hagan esfuerzos para su cumplimiento. Pero también es necesario que se tengan en cuenta estas otras distintas opiniones, esas nuevas expectativas, deseos de todos los actores implicados en el acto sanitario. De hecho en la otras visiones sobre la calidad de ese tipo de profesionales que no colaboran, que son críticos, de otros niveles asistenciales, de profesionales no sanitarios, de lo que realmente piden los usuarios, los pacientes difíciles, etc. Y esto lo conseguiremos en la medida en que los profesionales, usuarios o gestores no nos veamos como enemigos sino como distintos. Es evidente que una persona o grupo solo no puede conseguir la calidad, pero también que sin la participación de cada uno y de todos tampoco. En la medida que colaboraremos, evitaremos dificultades y trabajaremos por el bien común. Pero también veo que existe el riesgo de que unos a otros nos manipulemos e instrumentalizemos la calidad como algo arrojado para conseguir mis fines (esto yo lo hago bien, yo cumplo mis indicadores, yo me quejo pero tu no me escuchas...).

Me parece que un sistema sanitario maduro es aquel no sólo que tiene la capacidad de socializar a todos sus miembros, sino también de acoger las distintas opiniones de cada persona, de cada profesional e integrarlas como son riquezas. Por ello en este momento tan especial me

parece que los administradores han de formular claras actividades de mejora específicas a las necesidades concretas de los profesionales y usuarios, proponer y realizar cambios apoyados con elementos externos para que se realicen. Y esto de forma dinámica y continuada, proponiendo foros concretos de debate de los procesos en cada centro, cada distrito sanitario, etc. Nuestros directores tienen en su mano la capacidad de dinamizar este proceso mediante una implicación proactiva, es decir adelantándose a los acontecimientos que van a producirse, no solo esperando que va a pasar.

En cuanto a los profesionales se nos olvida a veces que la calidad asistencial está realizada por personas y se dirige a personas, o en terminología actual a clientes. En cada acto médico hay un intercambio de necesidades entre dos personas distintas que tienen distintas expectativas y buscan distintas soluciones a sus problemas. Así por ejemplo en demanda ante un cuadro febril el paciente viene a que se le quiten los síntomas y se de la baja laboral. El médico, quizá pretende descartar focalidad y poner tratamiento adecuado. En la medida que cada persona resuelva sus necesidades y sus expectativas en cada acto de relación con los demás ese acto será satisfactorio, de calidad para él como cliente y para mi como profesional. Por ello en la medida en que nos damos a los demás como profesionales somos mejores profesionales, hacemos las cosas mejor, se disminuye mi trabajo, se minimizan los costes, gano tiempo, evito errores, etc. Y esto es una cuestión de actitud de cada persona, de ver que la calidad depende de mí. Esto se consigue en tanto en cuanto cada persona libremente ceda su legítimo deseo de conseguir primero satisfacer sus expectativas y sus necesidades para satisfacer la de los demás. Y luego viene otro paciente y hay que repetir de nuevo, y volver a empezar pues la calidad se hace en cada instante, en cada momento, con todas las personas, todas las actividades.

Finalmente alguna reflexión sobre los procesos. Estos, aunque mejorables, han sido el fruto del esfuerzo intelectual y financiero de múltiples profesionales y por ello merecen el voto de confianza y los ardores necesarios por nuestra parte para su aplicación en nuestras consultas. Con la metodología actual de los procesos y de las evaluaciones aplicadas en los distritos parece que "alcanzar la calidad" es medir, y superar adecuadamente los estándares, o niveles buenos propuestos. No obstante, la calidad también se hace escuchando y apoyando cada uno a quien tiene al lado, reflexionando sobre las actuaciones que hacemos y corrigiéndolas para mejorarlas; se hace mejorando aquello que creemos que podemos mejorar en

nuestros pacientes y en todas nuestras actividades. Así es como se mejora día a día. Así estamos en disposición de podemos dar calidad y poner los medios para dar y recibir calidad.

Hagamos que este proyecto tan novedoso no muera por falta de atención. Parafraseando al vizconde de Segur, escritor francés del siglo XIX *“la calidad es como la luna: si no crece mengua”*. Ahora depende de ti lector, ¿y tú qué haces?

Vicente Villatoro Jiménez.  
Centro de Salud San Andrés-Torcal (Málaga)

## Abuelas Esclavas: ¿A qué lo atribuye?

Sr. Director:

El término «abuela esclava» se viene divulgando desde hace menos de un año (Investig Clin 2001; 4:407-410, y Grupo Editorial Universitario: Granada, octubre 2001) para llamar la atención de la Sociedad, y el estamento sanitario, sobre un fenómeno común, conocido pero inexplicablemente «ignorado» hasta entonces, que puede poner en peligro la salud, e incluso la vida, de cierto tipo de mujeres con sobrecargas familiares excesivas, voluntariamente asumidas con agrado durante muchos años.

Como autor del trabajo he recibido críticas, e incluso protestas, de algunas abuelas y sus familiares, que creen sinceramente que las abuelas esclavas no existen, y opinan que el calificativo es ofensivo. La actitud de algunos médicos y otros profesionales relacionados con la salud no ha sido menos incisiva que la de ciertos familiares que se sienten ofendidos en su intimidad. Un prestigioso profesional se sorprendió la primera vez que le nombraron el término «Síndrome de la Abuela Esclava». Inmediatamente respondió, sin titubeos: - ¿Abuelas esclavas?. Eso no existe. Debe ser la ocurrencia de algún chiflado médico de provincias.

Participé en un coloquio, en una emisora levantina, en el que, como contrapartida a mis comentarios, se presentó un estudio estadístico fantástico, que demostraba el excelente cariño que los nietos tienen a sus abuelos. Las preguntas se les hacían a los nietos, estudiantes universitarios. Todos amaban grandemente a sus «viejos». Claro que, ahora que lo pensaban, llevaban años que no habían podido ir a visitarlos y expresarles su gran afecto y agradecimiento por lo bien que, con ellos, se habían portado los abuelos. «Decidido: a ver si este año, después de los exámenes, me alargo un día y les llevo un regalo». Conclusión del estudio: los abuelos están en la gloria; sus nietos les aman, con un alto grado de significación estadística.

Con motivo de un reportaje en un periódico de San Sebastián un médico donostiarra, con amplia experiencia en atender a mujeres mayores, declara que en Euskal Herria no se dan casos de abuelas esclavas, aunque, en contextos lejanos, como los Estados Unidos, donde son muy raritos. Allí los abuelos contratan seguros particulares para cubrirse de las posibles demandas que les pudieran poner sus propios hijos, si les ocurriese algo a los nietos mientras permanecen en casa de los abuelos y a su cargo.

El desconocimiento de casos de abuelas esclavas por muchos médicos se explica por el curioso binomio que se da en estos casos: la abuela niega el estrés familiar excesivo (que no sabe o no quiere expresar ni aceptar) y las hijas / hijos lo ignoran (creen que la abuela sigue tan fuerte como siempre). Siendo así, ¿es chifladura de médico provinciano concluir un juicio clínico diagnóstico distinto a la nihilidad?

Desde los tiempos de Hipócrates a los estudiantes de Medicina se nos enseña a comenzar las historias clínicas preguntando al paciente: ¿Qué le pasa? ¿Desde cuando? ¿A qué lo atribuye?

Existe consenso universal sobre la utilidad de este inicio de interrogatorio, en la mayoría de los supuestos clínicos. Sin embargo creo que, aunque parezcan obvios, existen matices que, si no se explicitan convenientemente desde un principio, en el futuro pueden conducir a errores groseros innecesarios.

Sé que nuestra candidez de médicos bonachones no llega al extremo de creer a pie juntillas las respuestas de un presunto drogadicto, con señales de agujas sobre las venas de sus brazos, que niega sus inclinaciones, un broncópata con dedos marrones tostados, que afirma haber dejado el tabaco, o un jubilado por espondilopatía, con dedos encallecidos recientes y uñas llenas de tierra, que perjura no agacharse ni para recoger los cuatro tomates que crecen salvajes en su huerto. Sin embargo, en otros supuestos, los médicos, y otros profesionales de la salud, no solemos ser tan rigurosos.

Nuestra tradicional caballerosidad (o la equivalente virtud de las colegas femeninas) nos impide poner en tela de juicio las respuestas de las señoras respetables que acuden a nuestras consultas. Vaya por delante esta rotunda afirmación: yo tampoco creo que ninguna de ellas sea capaz de mentir ni un ápice. Faltaría más, por mi honor. Pero, sin embargo, quizás usted comparta conmigo que no es mentir dejar de decir toda la verdad.

Con frecuencia atiendo señoras que no admiten, al menos al principio del interrogatorio, sobretodo si les acompañan sus hijas, que, en silencio, llevan meses o años sufriendo un excesivo estrés familiar, inadecuado para su edad y estado psicofísico, que es el factor subyacente

fundamental que no las deja curar apropiadamente de sus afecciones.

Estas señoras sufren el «Síndrome de la Abuela Esclava». Sus hijos no se dan cuenta de que la abuela necesita ser liberada de tanta carga como mantiene todavía. Ellas no saben, y con frecuencia no quieren, pedir auxilio con la suficiente expresividad. Peor aún, se auto inculpan, creyéndose responsables de no poder ahora atender a su familia como siempre lo han hecho.

¿Y nosotros, los médicos, qué hacemos? Si la respetabilísima abuela niega que esté sobrecargada, y los no menos respetables hijos nos aseguran que la abuela puede tirar de la carga actual, y de mucho más si ella quisiera, porque es una mujer fortísima, nosotros, naturalmente, no vamos a poner en tela de juicio sus afirmaciones.

Si en vez de a una tranquila señora ama de casa atendiésemos a un atareado caballero ejecutivo, con síntomas o enfermedades alarmantes semejantes, y él nos perjurase que los múltiples impagos, embargos, pleitos y denuncias a los que a diario se enfrenta, no le suponen ningún estrés, porque ya está acostumbrado a ellos, ¿no pondríamos en duda su palabra?. Yo, personalmente, con ese señor ejecutivo superactivo, no sería tan caballeresco como con la dama del supuesto anterior. Pondría en tela de juicio su afirmación. Pensaría que, aunque él no lo reconozca, el estrés profesional le está minando la salud. Procuraría mitigar ese estrés. Con frecuencia llegaría a aconsejarle el cambio de trabajo o incluso a darle la baja laboral.

¿Usted no haría lo mismo? ¿Usted daría su consentimiento a seguir ese tipo de vida en el supuesto de enfermedad o síntomas graves en el ejecutivo?

Es que el trabajo de los ejecutivos se las trae.

El de los ejecutivos, claro. Meditemos en los trabajos. ¿Existe algún ejecutivo que se tome su trabajo como cuestión tan importante, íntima, propia, personal y trascendental, como se toman las abuelas el suyo? ¿Le dedica más horas y entrega?

Hay abuelas y abuelas. El tipo de abuela al que me refiero se ha entregado en cuerpo y alma, en exclusiva, voluntariamente y con agrado, durante muchísimos años, a su profesión de ama de casa y madre. Su trabajo es más que un trabajo. Es su vida, su razón de existir. Si los hijos no la liberan adecuadamente de las cargas inapropiadas, ella es incapaz de rebelarse o renunciar. Prefiere morir con las cacerolas puestas.

Simplificando. Creo firmemente que debería enfatizarse en las aulas, en beneficio del rigor científico y la eficacia de la historia clínica, que las tres **cuestiones** hipocráticas no son tres **preguntas al paciente** sino tres **interrogantes que se debe plantear el médico**.

Por supuesto que esas interrogantes las dirigiremos inicialmente al paciente. Debemos escuchar con interés sus respuestas, pero -atentos- sin cándida credulidad. Lo que el paciente nos responda es importante, pero lo es más aún la verdad. Nuestro deber es aliviar o curar al paciente, aunque, por el motivo que sea, él no sepa o no quiera decirnos toda la verdad. **Bueno es preguntar, pero lo importante es averiguarlo: ¿esa señora, realmente, a qué lo atribuye?**

## Bibliografía

Guijarro Morales A. El Síndrome de la Abuela Esclava (Pandemia del Siglo XXI). *Investig Clin* 2001; 4: 407-410.

*Dr. Antonio Guijarro Morales.*

*Jefe Clínico de Cardiología.*

*Hospital Clínico Universitario San Cecilio (Granada)*

## Los procesos asistenciales, evolución natural

Sr. Director:

En estos últimos meses estamos asistiendo, bien como diseñadores o participantes de grupos de elaboración de procesos, o como espectadores de esta "nueva modalidad" organizativa que se le ha dado en llamar Procesos Asistenciales.

Para todos, iniciados o no, conviene recordar que se les define como: "Conjunto de actividades destinadas a generar valor añadido sobre las entradas para conseguir un resultado que satisfaga plenamente al cliente". Esto lleva aparejado una sucesión lógica de actividades desarrolladas por personas de los distintos niveles asistenciales (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas, actividades terapéuticas...). No son por tanto programas ni protocolos, aunque por supuesto puede incluirlos.

El diseño y elaboración de los distintos procesos asistenciales han venido determinados por una serie de características que conviene señalar:

- Han sido diseñados por Médicos de Familia, Médicos Especialistas, según las áreas y en muchos casos han contado con la participación de personal de Enfermería, todos ellos con actividad asistencial directa.
- Los criterios clínicos en ellos referenciados se sustentan en los distintos niveles de evidencia clínica.
- Se fijan criterios y estándares de calidad para facilitar su evaluación.
- Bastantes actuaciones en ellos recogidos se vienen realizando, lo que se trata es de ordenar y medir actuaciones y resultados.

Es por tanto la implantación y desarrollo en el complejo entramado del sistema asistencial el handicap con los que esta iniciativa va a encontrarse, bien por que se piense que es irrealizable o por la inercia de propio sistema el que lo impida.

Se achaca también que toda la arquitectura que constituyen los distintos procesos no es más que un manual de "normas y procedimientos" de aquellos que conformaban los programas del inicio del desarrollo de la Atención Primaria.

El carácter innovador también se ve devaluado en su aspecto organizativo, ya que responde ni más ni menos que al esquema de redes matriciales y que la gestión de los procesos no es ni más ni menos que el ciclo administrativo (planificación, organización, dirección y evaluación) desempolvado, elementos muy conocidos por los que ya peinamos algunas canas en este oficio de la Atención Primaria.

Bien es verdad que nos les falta parte de razón, pero hay que reconocer que:

- a) En no todos los centros de salud se desarrollaron manuales de normas, por otra parte no han sido medibles las actuaciones, no evaluables y por tanto no modificables con criterios.
- b) Muchos de estos manuales de normas que recogían las actividades programadas eran distintos según los criterios del centro de salud o del único responsable que los elaboraba, a veces con dudosa evidencia clínica.
- c) A excepción del programa de la mujer (Embarazo y Planificación familiar) las actuaciones han sido referidas al ámbito de la A. Primaria, de espaldas, por razones más que conocidas, al Hospital, y este ejecutando las propias de modo similar .
- d) La relación con el Hospital, excepto experiencias interesantes y limitadas, se desarrolla a través del P-111, que sirve como documento de derivación e informe (casi siempre unidireccional) pero no de coordinación.

Frente a estos planteamientos el desarrollo de los procesos tiene una serie de aportaciones que quiero destacar:

- a) Facilita la relación interniveles, algo tan reivindicado desde la Medicina de Familia (acordaros de la llamada a la "ilegalización del P-10 ") colocándonos en situación de igualdad con el Hospital, cambiando el centro hacia la atención del paciente /usuario.
- b) Puede facilitar y facilita el acceso a pruebas diagnósticas (endoscopias. Ecografía, TAC...), algo tan reivindicado desde antaño.
- c) Las actuaciones se basan en guías de practica clínica, en afirmaciones con ...
- d) ... la mejor evidencia disponible, trata por tanto de mi-

nimizar la variabilidad de la práctica, tan extendido en nuestro nivel.

Se puede afirmar que al Gestión por Procesos supone un cambio cultural de las organizaciones, en los que se precisa un alto nivel de implicación de directivos y profesionales, en donde la Formación de los profesionales es básica para el desarrollo de la gestión por procesos, donde la dotación de Recursos se hace imprescindible ( humanos, tecnológicos, tiempo..10' ) y la Informatización es absolutamente necesaria, si bien esta dotación tecnológica está extendida en A. Primaria no ocurre lo mismo en la A. Especializada, es por lo que conviene recordar a nuestros gestores que el desarrollo paulatino requiere no solo cambios organizacionales sino también recursos financieros.

Finalmente quiero hacer memoria de los precedentes en cuanto a cambios organizacionales y culturales llevados a cabo en los decenios previos dentro la organización sanitaria, el primero al que me refiero supuso la jerarquización de los especialistas en servicios hospitalarios, allá por los años 70, posteriormente entre las décadas de los 80 y 90 la reestructuración de los servicios de atención primaria, ambos se caracterizan por afectar exclusiva e independientemente a uno de los niveles asistenciales, si observamos estos hechos con perspectiva y calificados globalmente puede afirmarse que se produjeron avances muy positivos en todos los ámbitos ya sean asistenciales, científico-técnicos, profesionales...etc. Los retos actuales suponen incluir en los beneficiarios de los avances a los ciudadanos, además de suponer la modificación de hábitos, actitudes y metodología en ambos niveles simultáneamente para transformarse en un continuo.

Las oportunidades pesan más que las amenazas.

*Moreno Corredor A.  
Médico de Familia.  
Director del Centro de Salud el Valle. Jaén*

---

## **Novedades en Vigilancia Epidemiológica**

Sr. Director:

La Vigilancia Epidemiológica experimentó un notable avance en Andalucía tras la constitución del Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVEA) por el Decreto 66/1996 de que fue efectivo el 1 de enero de 1.997. Se han experimentado avances en la mejor cobertura y rapidez en la disponibilidad de información del sistema básico de vigilancia (Enfermedades de Declaración Obligatoria, EDO), detección e intervención rápida ante

alertas epidemiológicas, difusión de la información, e integración de distintas fuentes de información (EDO, altas hospitalarias, información microbiológica, centinelas de gripe etc).

De especial interés consideramos que ha sido el esfuerzo realizado para la publicación del «SVEA. Informe Semanal» cuya edición electrónica pueden recibir los profesionales sanitarios que lo soliciten, a las 15.00 horas de todos los viernes mediante una lista de distribución en Internet.

Aunque la estructura y principios básicos del SVEA siguen vigentes, se han producido cambios tanto en el marco nacional como internacional y especialmente europeo, que han recomendado introducir modificaciones en el sistema básico de vigilancia (la declaración de EDO). Estos cambios se refieren a las enfermedades incluidas en vigilancia, los plazos máximos en los que se debe realizar la declaración de casos y el nuevo carácter urgente que se da a la declaración de algunas enfermedades. Estas modificaciones están recogidas en la Orden de 17 de junio de 2002 por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Andalucía (Disponible en <http://www.csalud.junta-andalucia.es>).

Después de publicarse la anterior Orden sobre vigilancia epidemiológica se ha producido un desarrollo normativo importante de la vigilancia epidemiológica en la Unión Europea: se ha creado la Red Europea de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles que incluye la Red Europea de Alerta Precoz, de los que formamos parte a través del Centro Nacional de Epidemiología.

Este impulso en la vigilancia epidemiológica en Europa se ha visto acrecentado por los acontecimientos del 11 de septiembre que han condicionado la decisión de tener operativo para el año 2005 un centro europeo de vigilancia y control de las enfermedades transmisibles. Todas estas medidas supondrán un esfuerzo adicional a las redes de vigilancia nacionales y regionales.

Por otra parte se ha publicado la relación de enfermedades que deberán incluirse en la vigilancia a nivel europeo y se han establecido unas definiciones comunes de caso a efectos de vigilancia par toda la Unión Europea, la mayoría de las cuales ya estaban contempladas en el SVEA. En la ampliación de las enfermedades a vigilar se han incluido las derivadas de la norma europea y otras enfermedades emergentes:

Aspergilosis, Anisakiasis, Campilobacteriosis, Criptosporidiasis, Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH), Infección por Escherichia Coli O157 y Tularemia.

De acuerdo con los requisitos de la Red Europea de Alerta Precoz, y las tendencias a la vigilancia de síndromes o situaciones como complemento a la vigilancia de enfermedades definidas, se introduce la declaración de:

«Enfermedad transmisible emergente o reemergente, o agente infeccioso nuevo en el territorio de Andalucía, cuya ocurrencia pueda requerir una intervención urgente de los servicios de salud pública».

La normativa hasta ahora vigente establecía que la declaración de casos de EDO ordinaria debería realizarse preferentemente el mismo día de la sospecha diagnóstica, y como máximo antes de finalizar la semana epidemiológica. Al establecerse por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica la declaración de las EETH en un plazo máximo de 48 horas, con la finalidad de no establecer una nueva categoría en los plazos de declaración, se ha optado por establecer este plazo máximo para todas las EDO de declaración ordinaria.

Esta disminución de los plazos tiene la finalidad de poder identificar e intervenir lo antes posible ante cambios en la situación epidemiológica. Para cumplir estos plazos es preciso que se generalice la declaración electrónica de EDO según la opción que para ello se dispone en el TASS. Se está desarrollando una aplicación informática que permitirá que cada noche se incorporen a las bases de datos del SVEA las declaraciones electrónicas realizadas en cada consulta durante el día anterior; de esta forma la declaración se realizará en un plazo menor a 24 horas.

Durante unos meses es necesario enviar al Distrito Sanitario el impreso que genera dicha aplicación; posteriormente se informará cuando ya no sea necesario que se haga el envío en papel al estar en pleno funcionamiento la nueva aplicación que captura la declaración electrónica (previsto para finales del 2002).

En cuanto a la declaración urgente no hay modificaciones: esta se realizará de una forma inmediata al Distrito Sanitario en el horario laboral habitual y fuera del mismo (día o noche) al teléfono habilitado por la EPES en cada provincia para recibir la declaración de alertas epidemiológicas. Hay modificaciones para algunas enfermedades que pasan a ser de declaración urgente: el sarampión de cara a su eliminación (ya que requiere un diagnóstico y acción inmediata) y otras enfermedades cuando se sospeche sean de transmisión alimentaria (Hepatitis A, Brucelosis y Fiebre Tifoidea).

Javier García León  
Epidemiólogo  
D.G. Salud Pública y Participación  
Consejería de Salud.