

LAS ESTRATEGIAS PARA LA CALIDAD Y EFICIENCIA EN SALUD

José María Paganini MD, Dr. PH *

*José María Paganini, MD. Dr. PH. Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata Argentina.

1. Introducción y marco conceptual

El logro de la calidad de la atención es un imperativo prioritario en la gestión de salud actual.

Para nuestro propósito definimos calidad de la atención como sinónimo de resultado. A su vez, definimos resultado al “cambio positivo en la historia natural de una enfermedad, riesgo, condición de salud atribuible a la acción de las ciencias de la salud a través de los sistemas y servicios de salud”.

Aceptamos además que el resultado se mide también a través de la satisfacción del usuario y de la población.

Dentro de este esquema el análisis de las estructuras y los procesos de los sistemas y servicios son de gran importancia ya que permiten conocer de qué forma y con qué eficiencia se logran los resultados de la atención.

La literatura internacional ya ha dado cuenta suficiente de los problemas actuales en la prestación de salud. Nos basta mencionar en este sentido los últimos datos reportados en ISQUA¹. En ellos se identifican estudios que reportan problemas de calidad en casi el 15 % de los egresos generales y alrededor de un 20 % en los egresos de unidades de tratamiento intensivo.

Si bien esta situación ha sido analizada en general en países con mayor desarrollo es válido suponer que existe por lo menos la misma magnitud del problema en el resto de los países cualquiera sea su desarrollo.

Dentro de este marco las justificaciones de las inversiones para la mejoría de la calidad surgen tanto del campo prestacional para responder adecuadamente a las necesidades del usuario o del económico social para controlar el inadecuado uso de recursos y de tecnología.

Si bien estas justificaciones son ya más que suficientes para otorgarles una prioridad a esta actividad nos interesa además agregar otra justificación relacionada con la equidad en salud².

En este sentido, la distinta calidad de atención recibida por la población en relación a su condición económica, social, educacional, cultural y de forma de financiación, es totalmente inaceptable constituyéndose esta desigualdad en uno de los problemas máximos a afrontar en la atención de la salud actual.

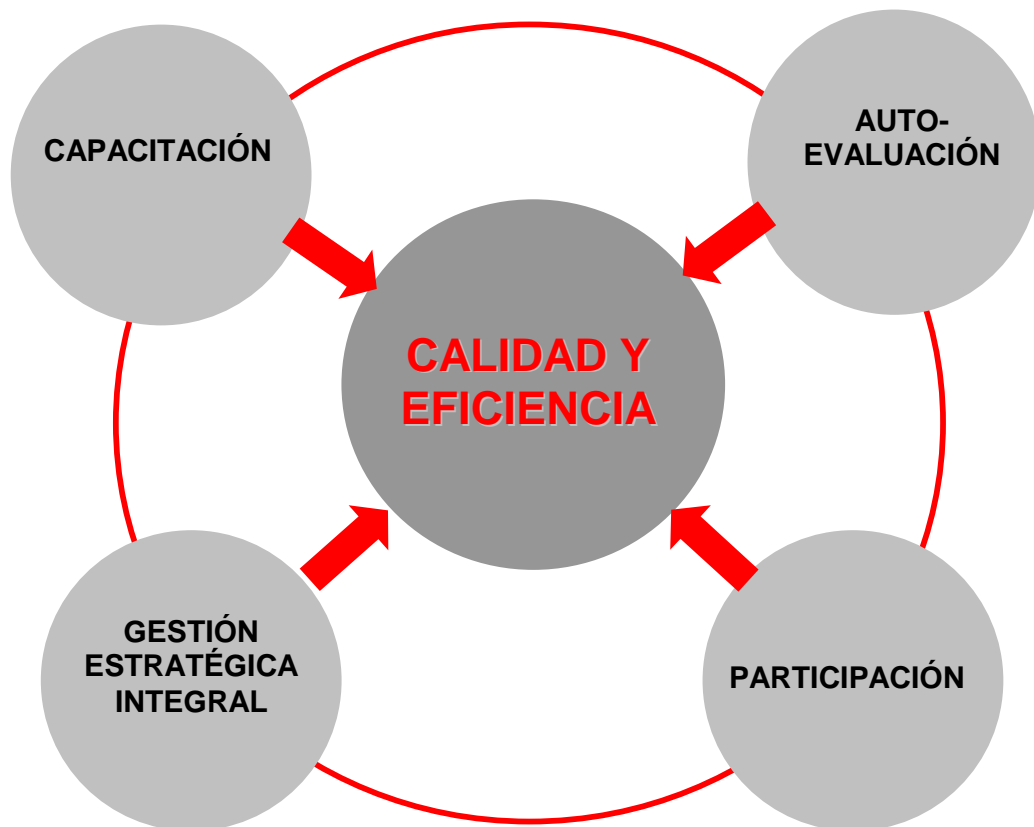
Todo esfuerzo para lograr una mayor calidad tiene, por lo tanto, justificaciones prestacionales, económico sociales y de la ética social y comunitaria.

Los distintos sistemas, enfoques, métodos y técnicas para evaluar la calidad de la atención ya han sido mencionados³ agrupados, ya sea en base al paradigma biomédico de evaluación de procesos diagnósticos y de tratamiento, o en base a la evaluación de los resultados, o los que analizan la eficiencia o calidad económica, o los centrados en la organización y la gestión; los de acreditación y certificación, y finalmente los centrados en el análisis de la satisfacción del usuario (nosotros incluimos aquí el análisis de la satisfacción de la población y de los prestadores).

Análisis de este tipo, o los que está realizando la ISQUA en coordinación con WHO⁴ son de gran utilidad, ya que a partir de allí se podrá avanzar acordando el esquema taxonómico a utilizar.

Dentro de este marco conceptual es necesario también analizar las estrategias para el logro de la calidad.

Las investigaciones realizadas en ese sentido en donde se relacionan los procesos orientados hacia la calidad y los resultados obtenidos identifican cuatro estrategias fundamentales con relación directa a cambios positivos hacia la calidad⁵. Las mismas se refieren a la capacitación, la autoevaluación, la participación y la gestión estratégica integral.



Las experiencias en ejecución que se describen a continuación tienen como objetivo aplicar las cuatro estrategias antes mencionadas como un esfuerzo integrador y sistémico para el desarrollo de la calidad y eficiencia en los sistemas y servicios de salud.

2. Las experiencias en ejecución

Teniendo en cuenta el marco conceptual antes descrito se describen a continuación dos experiencias ya en ejecución las que utilizan las estrategias de la autoevaluación, de capacitación en servicio y de participación.

Por un lado, el PROGRAMA G-CAM de GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA⁶ con sus tres componentes de capacitación, de asesoría permanente a través de una red de información para la calidad (RICA), y de investigación, y por otro, la estrategia denominada de AUTOEVALUACIÓN PARTICIPATIVA ESTRUCTURADA (APEC)⁷.

Ambas experiencias se desarrollan a partir de las siguientes premisas:

- a) el reconocimiento de la necesidad de mejorar la calidad de la atención médica en todos los niveles de complejidad de la misma, desde la atención ambulatoria a la de mayor complejidad de internación tanto en el sector público como privado.
- b) el de una visión sistémica de la calidad en donde se incorporan de manera integral tanto a las características estructurales y de organización como a los procesos y los resultados obtenidos, incorporando de esta manera a todos los enfoques, métodos y técnicas disponibles.
- c) el convencimiento de que si bien el estado y los financiadores son actores con responsabilidad y derecho a evaluar la calidad; el avance genuino y permanente se logrará con la activa participación de los prestadores, los usuarios y la población.
- d) la utilización de la capacitación en servicio y la investigación operativa como estrategias fundamentales para la introducción de cambios para la calidad. Institucional.
- e) una concepción de gerencia estratégica en el desarrollo de las instituciones de salud en donde el cambio hacia la calidad debe ser participativo, paulatino e incremental.
- f) el reconocimiento de que los estándares de comparación para evaluar la calidad deben tener una producción y evolución paulatina a partir de la realidad sanitaria de cada país y región hasta llegar a lograr a alcanzar los niveles de calidad óptimos reconocidos.

3. Las instituciones involucradas

Las instituciones involucradas en estas experiencias identifican el carácter multi-institucional y representativo de la misma.

En ellas participan las siguientes instituciones.

*** A nivel internacional:**

- La Federación Latinoamericana de Hospitales, (FLH).

*** A nivel nacional:**

- La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata.
- La Confederación de Clínicas y Sanatorios de la República Argentina.
- La Fundación Docencia e Investigación para la salud.

*** A nivel de la Provincia de Buenos Aires:**

Las asociaciones que nuclean a los establecimientos privados de la Provincia de Buenos Aires:

- La Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y Otros Establecimientos Privados de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA).
- La Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA).
- La Federación Médica del Conurbano Bonaerense (FEMECON).
- La Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Buenos Aires Federadas (ACLIFE).
- La Agrupación Médica Platense (AMP).
- La Asociación de Hospitales, Clínicas y Establecimientos de Alta Complejidad Privados de la Provincia de Buenos Aires, Región La Plata (ACLIBA I).
- La Federación Bioquímica de la Provincia de Buenos Aires (FABA).

Estas instituciones han constituido la CIDCAM, un organismo interinstitucional destinado a promover la calidad de atención⁸.

Esta institución cuenta con el aval de:

- El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el organismo financiero de salud de la Provincia de Buenos Aires (IOMA) y
- la asesoría científica de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP a través del centro especializado Interdisciplinario Universitario para la Salud (INUS).

4. Las experiencias de las instituciones

Las instituciones que participan de estas actividades tienen importantes antecedentes en el campo de la evaluación de la calidad de la atención médica y la acreditación de establecimientos.

- La FLH y la CONFELISA han trabajado desde 1990 junto con la OPS/OMS en la definición del Manual Latinoamericano y del Caribe de Acreditación de Establecimientos de Salud. Esta actividad permitió el inicio de procesos de acreditación en la mayoría de los países de la región⁹.
- En el período 1989-1992 se constituyó un organismo de acreditación denominado CONCAM a través de la CONFELISA.
- La Fundación Docencia e Investigación para la salud desarrolla desde 1993 programas de capacitación para la mejoría de la calidad.
- La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata ha ejercido desde 1995 un liderazgo de gran valor en la convocatoria a otras instituciones para llegar a constituir la Comisión Interinstitucional para la Calidad de la Atención Médica, (CIDCAM), la que ha logrado avanzar en estos últimos seis años en importantes documentos y acuerdos de trabajo para la calidad, tales como la “Guía para el inicio de un proceso de acreditación de establecimientos de atención médica para la mejoría de calidad”.
- El Centro INUS dentro de sus actividades de capacitación, asesoría e investigación en salud, ha ejecutado programas de evaluación de la calidad de clínicas y establecimientos hospitalarios¹⁰ con metodologías innovadoras aplicando estándares mínimos de calidad.

5. Los programas en ejecución

El compromiso explicitado hacia la calidad y la amplia e intensa experiencia de las instituciones antes mencionadas se ha concretado en los programas en ejecución que se describen.

5.1. Programa G- CAM

Este programa está compuesto por tres componentes¹¹.

- a) capacitación para la calidad
- b) asesoría permanente y red de informatización para la calidad (RICA)
- c) investigación

a) *Capacitación para la calidad:*

Este componente se lo considera de importancia estratégica prioritaria ya que a través de la capacitación se pretende iniciar procesos de asesoría hacia un refuerzo de la gestión para la calidad. El objetivo está centrado en el establecimiento y no en la participación individual. En base a este criterio se pretende capacitar para cada establecimiento, una masa crítica de personal que permita la introducción y el desarrollo gradual de cambios necesarios adaptándose a la realidad local.

Este componente se inicia con un Primer Curso Introductorio de Capacitación en Gestión Integral para la Calidad, (GIC). Dentro de este proceso se espera asesorar a los establecimientos para iniciar procesos de diagnóstico institucional; la definición de un plan de gestión para la calidad y un sistema de información y monitoreo.

Esta actividad de capacitación está orientada a motivar el desarrollo integral del establecimiento para la calidad a través de asesoría en base a los problemas prioritarios identificados.

Los temas que se desarrollan en el programa son:

- 1) *Introducción a la GIC.*
El concepto de calidad y eficiencia. El costo de la no-calidad. La auto-evaluación. Los indicadores de diagnóstico.
- 2) *El diagnóstico institucional.*
Comunicaciones. Informática e Internet. El Plan Estratégico para la calidad.
- 3) *Análisis del proceso de conducción institucional.*
Identificación de responsabilidades. Organigramas. Propuestas de cambio. La historia clínica. El sistema de información. Análisis de la información existente. Usos y limitaciones.

- 4) *Las áreas críticas para la calidad.*
Las normas de atención. Guías clínicas y algoritmos. Medicina basada en la evidencia. El control de infecciones. Bioseguridad.
- 5) *Las áreas críticas para la calidad.*
La admisión. La mesa de entradas. La atención de emergencia. Las redes de atención médica.
- 6) *Las áreas críticas para la calidad.*
La sala de terapia intensiva y quirófanos. Autoevaluación. Metodología y aplicación.
- 7) *La internación y la consulta externa.*
El desarrollo de la enfermería. Los servicios centrales (cocina, lavandería, limpieza). Autoevaluación. Metodología y aplicación.
- 8) *Los servicios de diagnóstico tratamiento.*
Los laboratorios. Banco de Sangre. Diagnóstico por imágenes. Autoevaluación. Metodología y aplicación.
- 9) *La planta física del establecimiento.*
El mantenimiento edilicio y de la tecnología. Autoevaluación. Metodología y aplicación.
- 10) Resumen de la situación institucional y definición de un plan estratégico.

b) *Asesoría y red de Información para la Calidad (RICA)*

Cada establecimiento que participe en este programa será apoyado para la creación y el desarrollo de un sistema de información para la calidad y la eficiencia que facilite su gestión e integre al establecimiento en una base de datos conjunta.

El funcionamiento a pleno de la RICA permitirá definir los estándares empíricos de calidad y eficiencia y comparar los mismos a través de un sistema confidencial de evaluación.

c) *Investigación y desarrollo de estándares para la Calidad (IDEC)*

Como una primera etapa se está realizando el análisis de la base de datos ya existente sobre la estructura prestacional privada del país.

Complementariamente se avanzará en la identificación de procesos y resultados alcanzados tomando los registros de las prestaciones.

En la medida del avance de la base de datos de la RICA se desarrollarán diseños evaluativos y comparativos de calidad, rendimiento y costos.

5.2. Programa de “Autoevaluación Participativa Estructurada para a Calidad” (APEC) ¹²

Este programa esta en plena ejecución a través de la CIDCAM. Cuenta con la asesoría y apoyo del Centro INUS de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP y el aval de Ministerio de Salud y del IOMA.

Se parte de la premisa de la necesidad de los establecimientos de atención de la salud de mejorar su calidad de atención a través de un cambio sustancial de su forma de gestión teniendo como estrategia fundamental la calidad de la atención. Para ello se propone a los establecimientos realizar en forma estructurada procesos de cambio gerencial hacia la calidad basada en actividades participativas de autoevaluación.

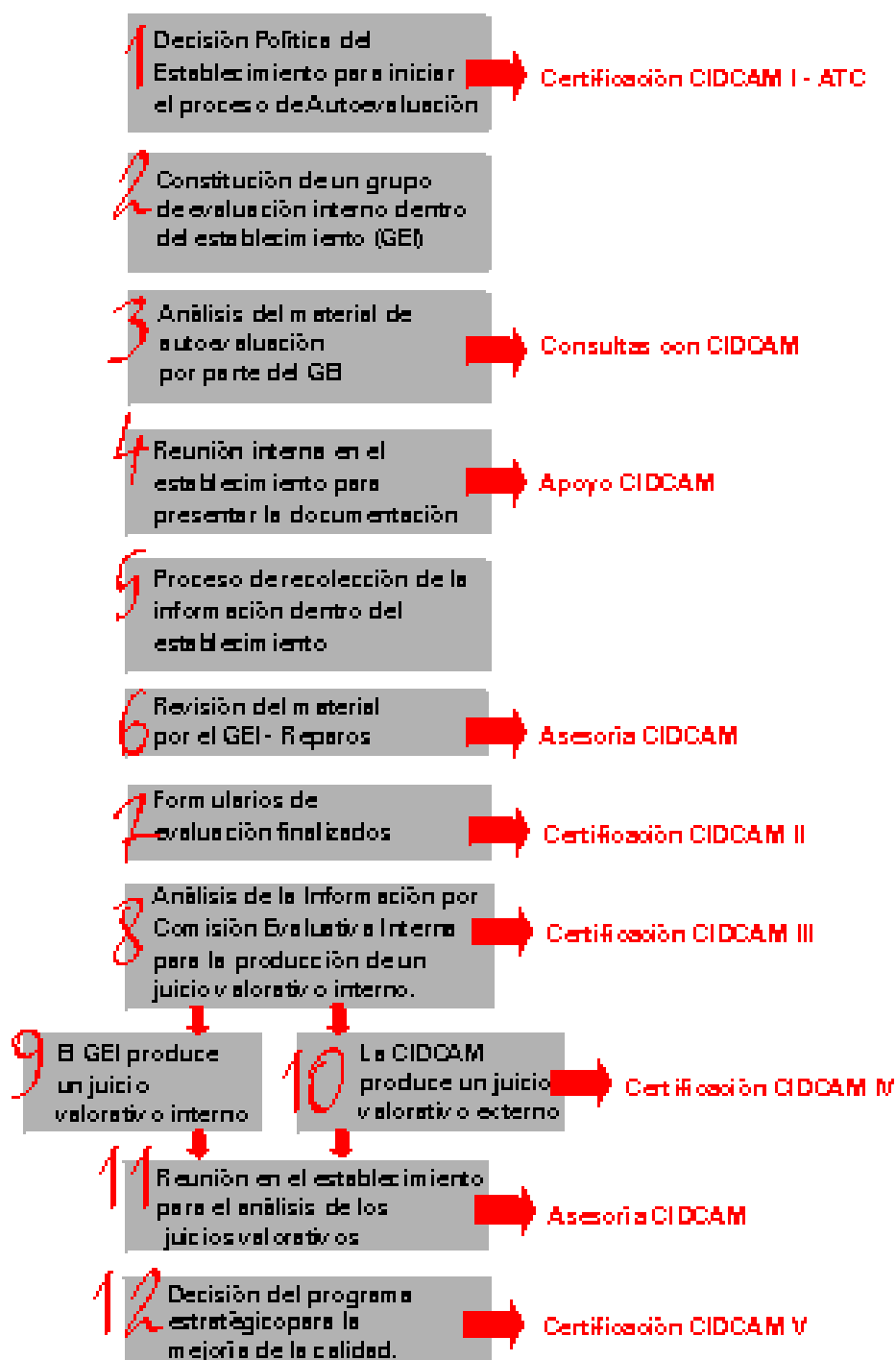
Para tal fin se definió una “Guía de Autoevaluación de Establecimientos de Salud”, complementada con un “Manual Instructivo y de Definiciones Operacionales” y unas “Bases para el Análisis de la Autoevaluación”.

A este proyecto se lo denomina de “Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad”, (APEC), ya que esas son las características fundamentales del mismo.

Por un lado, se propone la participación activa de todo el personal del establecimiento bajo el liderazgo del cuerpo directivo del mismo. Dentro de esta participación se contemplará, además, la opinión de los usuarios.

Por otro lado, se propone una estructuración de este proceso a través de la definición de doce pasos los que se desarrollan con la cooperación de la CIDCAM.

Estos pasos están descriptos en el esquema siguiente.



Como se puede apreciar en este esquema se han definido además, cinco momentos o etapas específicas identificadas como:

- a) el inicio del proceso de autoevaluación.
- b) la finalización del llenado de los formularios.

- c) la elaboración de un juicio valorativo interno.
- d) el análisis interno de los juicios valorativos del hospital y de la CIDCAM.
- e) la definición de un Programa Estratégico para la Calidad (PEC).

La cumplimentación de cada una de estas etapas es certificada por la CIDCAM como una forma de acreditar el avance de esta actividad.

A través de esta estrategia se define en forma estructurada y ordenada el apoyo y la certificación de los avances de cada establecimiento en sus procesos de autoevaluación.

Uno de los aspectos más interesantes de esta estrategia consiste en la necesidad de que cada establecimiento, luego de realizar una recopilación de sus características estructurales, de proceso y resultados, produzca un documento denominado "Juicio Valorativo Interno".

Se pretende de esta manera un sinceramiento interno del equipo de conducción del establecimiento de los problemas y limitaciones, así como de las posibilidades de mejorar.

Este documento se comunica y analiza dentro del establecimiento con la finalidad de lograr una participación de todo el personal en las soluciones a ejecutar.

Este análisis se complementa además, con una comparación entre el juicio interno y el elaborado por la CIDCAM.

Finalmente, la estrategia propone definir un "Programa Estratégico para la Calidad", (PEC). El mismo será el documento de trabajo anual de cada establecimiento para avanzar hacia la calidad.

El PEC constituye el resultado buscado de los procesos de autoevaluación.

La CIDCAM aspira a que cada establecimiento incorporado en esta estrategia, llegue a tener un diagnóstico elaborado en forma participativa y un programa en donde se definan los objetivos y las decisiones y actividades para evaluar y mejorar la calidad.

Otra característica de esta propuesta consiste en la firma de un "Acuerdo de Trabajo para la Calidad", (ATC) entre el establecimiento y la CIDCAM.

Esta estrategia le otorga al proceso una seriedad y compromiso de ambas partes de trabajo conjunto hacia la calidad.

Es posible además, que el diagnóstico de los problemas, así como la búsqueda de soluciones, identifique la necesidad de el desarrollo de actividades de capacitación.

En ese sentido al programa APEC se relaciona con el programa G-CAM, liderado por la Fundación Docencia en Investigación para la salud y la CONFECILISA.

El programa G-CAM, ya en desarrollo, define en su componente de capacitación actividades de apoyo y asesoría para la calidad que se describen.

6. Un enfoque integral para la Calidad

Los dos programas antes descriptos se caracterizan por tener antecedentes comunes y líneas de acción complementarias.

Ambos se nutren de la amplia experiencia sobre calidad en salud a nivel internacional y nacional de las instituciones responsables.

La presencia activa de la Facultad de Ciencias Médicas y de un Centro especializado en la formación de posgrado y en la investigación le otorga una característica especial.

La estrategia de ambos está basada en la participación, la capacitación y el desarrollo paulatino para una gestión integral para la calidad.

El programa APEC centrado en la autoevaluación será apoyado por las actividades de capacitación en desarrollo por el G-CAM.

A su vez, este último programa recibirá apoyo de la experiencia y metodología en desarrollo de la autoevaluación.

Finalmente, la asesoría y la investigación en apoyo a las actividades internas de cambio y en la definición de estándares empíricos de calidad y eficiencia, complementan el enfoque integral de estas experiencias.

La participación activa de numerosos establecimientos y el compromiso de apoyo recibido del sector oficial nacional y provincial fortalecen nuestro optimismo sobre la estrategia utilizada.

Referencias

-
- ¹ ISQUA. Vol.12. N° 5 October 2000.
- ² Paganini José M. La Salud y la Equidad. Centro INUS. UNLP. Facultad de Ciencias Médicas. La Plata, Argentina. Publicación Científica N°1 . 2001.
- ³ Grupo CERFE . Documento de Trabajo. Taller Internacional . Promover la Calidad en un Mundo Unificado. Cuneo 10-12 de Mayo 2001.
- ⁴ ISQUA/WHO. Charles Shaw ed. Report 1 and 2. 2001.
- ⁵ Paganini, J. M. Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria, Serie HSS/SILOS-30. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1993.
- ⁶ Programa G-CAM. Fundación Docencia en Investigación para la Salud. Venezuela 1262. Buenos Aires, Argentina. 2000
- ⁷ CIDCAM. Programa de Autoevaluación de Establecimientos de Salud para la Calidad. Fac. de Cs. Medicas. UNLP. Centro INUS. La Plata. Argentina 2000.
- ⁸ CIDCAM . Comisión Interinstitucional para el desarrollo de la Calidad de Atención Medica. UNLP. Argentina. 1999.
- ⁹ OPS/OMS . Federación Latinoamericana de Hospitales. Manual Latinoamericano y del Caribe de Acreditación de Establecimientos de Salud. 1990.
- ¹⁰ Condiciones mínimas de Calidad en Establecimientos de Salud. Centro INUS. UNLP. Facultad de Ciencias Médicas. La Plata Argentina. 1999.
- ¹¹ Programa G-CAM. Op. cit.
- ¹² CIDCAM. Op. cit.