



**MEJORA DE LA CALIDAD
EN LA SALUD EN URUGUAY**

**PROYECTO
“LIBRO BLANCO”**

ÍNDICE

CAPÍTULO

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 3 |
| 1. Calidad de la Salud en la Población | 5 |
| 1.1 El contexto global de la salud | 5 |
| 1.2 Cambios en el concepto de determinantes de la salud | 6 |
| 1.3 Las causas del problema | 6 |
| 1.4 La salud en el Uruguay: el Sistema Integrado Nacional | 7 |
| 2. La calidad asistencial en las organizaciones de salud | 9 |
| 2.1 El rol de la calidad | 9 |
| 2.2 Ineficiencia y costos de la no calidad | 11 |
| 2.3 Error en medicina / Seguridad del paciente | 12 |
| 3. Calidad en las organizaciones de salud en Uruguay | 13 |
| 3.1 A nivel público | 13 |
| 3.2 Antecedentes a nivel privado | 15 |
| 3.3 Una aproximación a la realidad | 15 |
| 4. Herramientas para la mejora, la certificación, la acreditación | 15 |
| 4.1 Modelos de mejora continua | 16 |
| 4.2 Modelos de mejora y certificación | 16 |
| 4.3 Acreditación de las organizaciones | 17 |
| 5. El futuro | 19 |
| 5.1 Calidad de la salud de la población | 19 |
| 5.2 Calidad asistencial | 19 |
| 5.3 Sustentabilidad del sistema | 21 |
| 6. Propuestas para la acción | 22 |
| 6.1 Promoción de la calidad de la salud de la población | 22 |
| 6.2 Mejora de la calidad en las organizaciones de salud | 22 |
| 6.3 Difusión y consenso de las propuestas | 23 |

INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho natural y primario, patrimonio y responsabilidad de todos los ciudadanos del país.

Nuestra Constitución establece en su artículo 44 un sólido respaldo a este derecho y responsabilidad: “El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes¹.” En función de las limitantes que define, es que legisladores de todos los sectores ven con buena disposición una modificación que incluya, sin dar lugar a ninguna duda, el carácter de equidad y universalidad que tiene la asistencia.

Es desde este consenso básico, que nuestro foco está puesto en la mejora de la calidad de la salud en nuestro país.

Para analizar el tema hay que precisar y considerar dos aspectos diferentes, aunque interrelacionados, que requieren propuestas y soluciones también diferentes:

1. Con el individuo sano, momento en que el mantenimiento del estado de **salud**, es responsabilidad personal y de la sociedad. En esta instancia, introducir acciones para mejorar la calidad de vida, no es compromiso exclusivo de las organizaciones prestadoras de servicios sanitarios, sino que deben participar también actores de otros ámbitos;
2. Cuando el individuo enferma, instancia donde el cuidado y tratamiento es responsabilidad de los servicios de salud, a quienes hay que exigirles **calidad asistencial**, a través de la mejora de sus prestaciones.

En las últimas décadas aparece con claridad que el impacto en la salud humana de factores relacionados con la biología, el medio ambiente y el estilo de vida, tiene una jerarquía muy superior al de la pura asistencia a la enfermedad. Por otra parte los usuarios de los servicios de salud expresan descontento respecto a las prestaciones que reciben, y estas prestaciones, que significan una ingente aplicación de nuevas tecnologías y terapéuticas, han constituido un incremento del gasto sin mejora sustancial de los resultados.

¹ Cassinelli Muñoz, Horacio. El derecho de la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado, pág 464. OPS.

Desde la OMS, a partir de la Conferencia de Alma Ata, y en nuestro país a partir de la legislación entorno a un SNIS orientado al cambio del modelo asistencial, se orientan a revertir esta situación, aplicando políticas intersectoriales y multidisciplinarias, y exigiendo eficiencia y calidad a las prestaciones asistenciales.

A iniciativa del Instituto Nacional de Calidad (INACAL) se constituyó un grupo de trabajo conformado con funcionarios de esa institución y actores con formación teórica y experiencia en la implementación de sistemas de calidad en la salud en nuestro país. Este grupo se propuso realizar un análisis del área de la salud, de los antecedentes de la gestión de calidad en la misma, así como de proponer futuras líneas de acción.

El INACAL, persona jurídica de derecho público no estatal, tiene como finalidad orientar y coordinar el sistema nacional de calidad; creado por la Ley 17930 de 19 de diciembre de 2005 y reglamentado por el Decreto 17/008.

El Instituto persigue los siguientes fines:

- Propender a la formación y capacitación de recursos humanos en la calidad de la gestión empresarial;
- Promover la mejora de gestión de las organizaciones públicas (de los Gobiernos Nacional y Departamentales) y privadas;
- Disponer de una amplia cartera de opciones de modelos de mejora continua para adaptarse al entorno de los distintos usuarios;
- Planificar las actividades orientadas a la educación en calidad a todos los actores de la sociedad;
- Otorgar un mayor espectro de reconocimiento a los esfuerzos de mejora de la calidad que estimule a mayor número de empresas e instituciones a emprenderlos.

El presente documento pretende brindar una mirada globalizadora del contexto actual del sector salud, revisar las herramientas de calidad disponibles, aportar algunos temas visualizados a futuro, y establecer propuestas concretas para dinamizar la acción por la mejora continua. Este documento fue enviado a calificados interlocutores (profesionales de la salud, educadores, periodistas, legisladores, organizaciones públicas y privadas vinculadas a la calidad y a la salud, etc.), y presentado ante ellos en una reunión especialmente citada a esos efectos, en la que se solicitó retroalimentar el texto para enriquecerlo desde estos diversos ángulos. El documento que sigue es producto de ese trabajo interactivo, y se constituye en una referencia para el despliegue que el INACAL promoverá en los más diversos ámbitos.

1 - LA CALIDAD EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN

1.1. – EL CONTEXTO GLOBAL DE LA SALUD

Desde su origen en la antigua Roma, el modelo centrado en el hospital ha predominado en los sistemas sanitarios a pesar de los profundos cambios demográficos y del perfil epidemiológico. El aumento de la expectativa de vida ha llevado a que en la sociedad actual la carga global de enfermedad esté determinada por afecciones crónicas como hipertensión arterial, cerebro vasculares, cardiopatía isquémica, diabetes, asma, depresión y afecciones osteoarticulares. El modelo del hospital, resulta inapropiado para la prevención y cuidado de estas afecciones, pues siendo efectivo en el manejo de sus complicaciones no lo es para evitar las mismas. Esto determina insatisfacción de pacientes y profesionales sanitarios, así como un creciente consumo de recursos a pesar de lo cual se observan resultados progresivamente peores.²

Habitualmente la asistencia se realiza por médicos sin las competencias necesarias para el manejo de las afecciones crónicas, los que en muchos casos asocian a esa falencia el empleo acrítico de costosa tecnología, lo que conduce a una situación muy compleja. El ejemplo más claro de esto último es lo que sucede en EE.UU., quien liderando la investigación médica a escala mundial, teniendo muchos de los centros de salud más prestigiosos del orbe y siendo el país que más recursos destina a la salud en el mundo, tiene más de 40.000.000 de sus habitantes sin cobertura sanitaria.³ Su forma de práctica, con uso intensivo de recursos en algunos pacientes (lo que no se traduce en mejores resultados sanitarios) y falta de cobertura en otros, lleva a que la performance global de su sistema de salud se ubique en el puesto N° 37 a nivel mundial.⁴

En Uruguay las dificultades del modelo se caracterizan (aún después de iniciada la reforma sanitaria) por predominio de las acciones curativas respecto de las estrategias preventivas, despersonalización y fragmentación de la atención basada en múltiples especialistas, así como por un aumento de las intervenciones (algunas de ellas como la cesárea “normalizada” como lo estándar). Esto se traduce en ineficacia, ineficiencia e importantes costos de no calidad, es decir de dinero que se vuelca al área de la salud y que no se

² World Health Organization. The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/en/>. Accedido el 12/03/2011

³ Commonwealth Found. A High Performance Health System for the United States: An Ambitious Agenda for the Next President. Disponible en: <http://www.commonwealthfund.org>, accedido el 12/10/2010

⁴ Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 1: the content, quality, and accessibility of care. *Ann Intern Med.* 2003;138:273-87

traduce en mejor cuidado de la población. Esto explica porque en el Reporte de la Salud Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Uruguay ocupó el puesto N° 33 en gasto en salud a nivel mundial, pero cayó al lugar N° 65 en la performance del sistema sanitario.

1.2. – CAMBIOS EN EL CONCEPTO DE DETERMINANTES DE LA SALUD

El estado de salud de una población no depende exclusivamente de sus factores biológicos (edad, raza, carga genética) y de los servicios de salud (su calidad, acceso, oportunidad y tecnología), sino que a ello se suman factores ambientales (el entorno, aspectos sociales, económicos, culturales, físicos) y los derivados del estilo de vida (actividad, alimentos, recreación, forma de pensar).⁵ El estilo de vida predominante en nuestra sociedad, favorecido por las condiciones ambientales existentes, está caracterizado por el sedentarismo y la alimentación inapropiada⁶, los que conducen a la elevada tasa de obesidad existente en nuestra población (la que muestra tendencia ascendente)⁷ y favorece el desarrollo de la mayoría de las enfermedades crónicas. Esto hace que los cambios necesarios a la situación sanitaria actual superen largamente a lo que es posible realizar desde el sistema sanitario y por los equipos de salud que actúan en él, lo cual hace que el desafío planteado sea aún mayor.

La atención de la salud se halla enfrentada hoy al desafío de la sustentabilidad. El envejecimiento de la población, el desarrollo tecnológico incesante, la mayor información y exigencia por parte de la sociedad, la medicalización de la vida y la inadecuación de los actuales sistemas sanitarios, colocan la sustentabilidad de la salud en una delicada posición⁸⁻⁹.

1.3. – LAS CAUSAS DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población, con una esperanza de vida al nacer de 75,9 años en nuestro país (72,3 en hombres y 79,6 en mujeres), determina un aumento de la carga global de enfermedad¹⁰. A esto se suma que el desarrollo tecnológico ha determinado un marcado

⁵ Lalonde, Marc. A new perspective on the health of Canadians. Disponible en http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf, accedido el 12/10/2010

⁶ Ministerio de Salud Pública. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Disponible en http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_2894_1.html. Accedido el 12/10/2010

⁷ Sandoya E, Schwedt E, Moreira V, Schettini C, Bianchi M, Senra H. Obesidad en adultos: prevalencia y evolución. Rev Urug Cardiol 2007;22:130-48.

⁸ Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria 2003;5:47-53

⁹ Ibern P, Planas I. Todos queremos más pero ¿de qué? Gestión Clínica y Sanitaria 2005;7:127-130

¹⁰ Disponible en: http://www.ine.gub.uy/banco%20de%20datos/soc_indic_socdemo/Indicadores.xls. Accedido el 12/03/2011

incremento de los costos de la salud, pues las nuevas tecnologías, además de ser más costosas que las anteriores, generalmente no sustituyen a estas, sino que se agregan a las ya existentes.

El mayor conocimiento por los pacientes acerca de temas de la salud permite que estos tomen parte activa en las decisiones acerca de su cuidado, lo que es deseable y beneficioso. Al mismo tiempo, si bien existe un conocimiento amplio entre la población acerca de que una alimentación apropiada, asociada a actividad física y a evitar el humo de tabaco reducen el riesgo de las afecciones crónicas, existe poca predisposición a adoptar este estilo de vida, el que en muchos casos puede verse limitado por las condiciones ambientales existentes.

Por otra parte vivimos una medicalización de la vida, la que ha transformado en supuestos problemas médicos a fenómenos propios de la vejez o de situaciones fisiológicas, alimentando falsas expectativas por quienes ofrecen la juventud o la salud eterna; **Error! Marcador no definido..** Esto ha conducido a la creencia hoy extendida de que si se dispone de la tecnología adecuada todo se puede en medicina, lo que combinado con el mayor acceso a la información, muchas veces genera situaciones que terminan minando la credibilidad de los médicos y la medicina.

Un problema de particular relevancia en el estado actual de la salud mundial, refiere a la estructura y organización de los sistemas de salud, según ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS); **Error! Marcador no definido..** Si a ello unimos un trato despersonalizado, una asistencia brindada por múltiples especialistas y la ausencia de un médico de cabecera, es fácil entender el descontento e insatisfacción existente en los pacientes y en el personal sanitario.

1.4.- ESTADO DE LA SALUD EN URUGUAY: EL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO

Diversos países han implementado reformas estructurales en sus sistemas sanitarios destinadas a acompasar sus respuestas a las necesidades de la sociedad actual. Nuestro país ha encarado este desafío mediante el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el que introduce cambios relevantes en la gestión de las instituciones sanitarias y coloca como elemento central al médico del primer nivel de atención.

El SNIS plantea un modelo asistencial basado en el vínculo longitudinal del usuario con el equipo de salud del primer nivel de atención, aspirando a revertir el modelo asistencial predominante, caracterizado por una relación distante, basada en múltiples especialistas, y centrada alrededor de la paraclínica y la tecnología. El modelo **en sustitución** lleva a que el

paciente se sienta inseguro y trate de reasegurarse buscando múltiples opiniones, exigiendo estudios y transitando un camino que lleva a insatisfacción, error médico, aumento de costos y peor resultado.

Una de las acciones en implementación consiste en que cada usuario tenga un médico de referencia el que inmerso en la comunidad, conociendo a cabalidad a quienes se hallan bajo su cuidado, podrá abordar todos los problemas que surjan, resolviendo a ese nivel el 80% de las situaciones que se le presentan. Además este médico y su equipo deberían ser centralizadores de la atención del paciente en su periplo por el SNIS, facilitándole el acceso a otros servicios actuando como defensores del mismo.

Asimismo el SNIS ha introducido una modalidad de pago que implica un componente cápita por cada afiliado, y un componente meta, el que se obtiene si la institución sanitaria cumplió con los compromisos de gestión asumidos.¹¹

La existencia de requerimientos mediante contrato de gestión y la evaluación de su cumplimiento constituyen una base sobre la cual, si los requisitos se enfocan en las necesidades de los usuarios, se exigen procesos y procedimientos definidos para su cumplimiento, y se evalúan los resultados, son el punto de partida de un proceso de mejora que probablemente desembocará en un sistema de acreditación institucional.

¹¹ Decreto de Contrato de Gestión. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/ucjunasa_2207_1.html. Accedido el 21/03/2011

2 - LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

2.1.- ROL DE LA CALIDAD

A mediados del siglo XX existía más demanda de productos que oferta de los mismos, por tanto los consumidores debían conformarse con lo que se les ofrecía. Las empresas instalaban sistemas para no tener pérdidas derivadas de la producción de productos defectuosos. Esto llevó al desarrollo de sistemas que trataran de asegurar la calidad de los productos terminados. Avanzado el siglo comenzó la producción en gran escala con fuerte competencia entre los fabricantes, los que comenzaron a poner énfasis en los procesos de producción, surgiendo así la gestión de la calidad. Es así que la calidad se vuelve algo natural y se desarrolla el concepto de orientación al cliente, pasándose de una situación en la que éste debía adaptarse a lo que se le ofrecía, a una en la que se comienzan a producir bienes y servicios acordes a sus necesidades y expectativas.

Hoy se acepta que un producto o servicio es de calidad cuando cumple con lo esperado por el cliente, por tanto la calidad de la asistencia médica es definida por este, cuya opinión y participación tiene cada vez más importancia.¹²

Hoy se pretende recibir servicios y productos de calidad y pagar menos por ellos; para brindarlos muchas organizaciones implantaron procesos de calidad que le permiten cumplir con esas demandas de forma sostenible. Para ello han introducido la gestión basada en procesos, con enfoque al cliente, planificación estratégica, capacitación permanente, monitorización de la gestión mediante indicadores, el aseguramiento de la calidad y la mejora continua como pilares para su éxito. Se introduce entonces el concepto de gestión de Calidad Total, basada en la participación de todos los integrantes de la organización, centrada en la calidad y apunta al éxito en el largo plazo a través de la satisfacción del cliente.¹³

Debe entenderse que la calidad en los servicios tiene características que son diferentes a las observadas en la producción de bienes, las que se presentan en la tabla 1.¹⁴

¹² Donabedian A. The quality of medical care: how can it be assessed? JAMA 1988;260:1743-8

¹³ Borthagaray G, Parolín H, torija R, Sandoya E. Modelo para el estudio de costos de no calidad. IEEM: Revista de Antiguos Alumnos, 2001,4:90-95

¹⁴ Di Mauro JR. Una propuesta de cómo gestionar la calidad en la UCI. Monografía de Medicina Intensiva. Febrero 2000

| Característica | Bienes | Servicios |
|--------------------------|----------------------|---------------------------------|
| Tangibilidad | Si | No |
| Producción y consumo | Diferido | Simultáneo |
| Contacto humano | Nulo - Escaso | Intenso |
| Almacenamiento | Habitual | No posible |
| Inspección previa | Normal | No posible |
| Entrega | Luego de fabricado | En el momento de la fabricación |
| Producción | Sin cliente presente | Con cliente presente |
| Expectativas del cliente | Definidas | Diversas |

Avedis Donabedian replanteó la filosofía de calidad en el área de la salud a mediados de los años 60. Con ello transformó la concepción tradicional, estableciendo que la prestación sanitaria implica sistemas complejos los que son guiados por principios generales. Los conceptos que propusiera como elementos centrales de estos sistemas, su estructura, procesos y resultados, constituyeron a partir de entonces el paradigma dominante en la evaluación de la calidad en la salud. **¡Error! Marcador no definido.**

La calidad en la salud no solamente implica la eficacia científico-técnica obligatoria, sino que los clientes además aspiran a instalaciones adecuadas, acceso rápido a las consultas, cortesía, información clara, higiene y confiabilidad cada vez que el servicio sea requerido.¹⁵

Podría decirse entonces que la calidad en la salud debe contemplar tres componentes esenciales:

- El aspecto técnico-científico, derivado de aplicación de la ciencia y los recursos sanitarios de forma eficiente en cuyo punto de vista hacen hincapié los profesionales.
- El aspecto interpersonal o de relacionamiento humano, que debe considerar las expectativas y aspiraciones de cada individuo, incluido el entorno, dado por los elementos que permitan una prestación más confortable, en cuyo enfoque hacen hincapié los usuarios.
- El aspecto económico, que predomina en el enfoque de los administradores.

En nuestro país, si bien estos conceptos de calidad en la salud han sido introducidos tiempo atrás y algunas organizaciones pioneras han llevado adelante los mismos, esto no se ha generalizado. Hoy existen muchas instituciones donde se concibe a quienes reciben el servicio como *usuarios, pacientes o beneficiarios*, debiendo estos aceptar pasivamente unas

¹⁵ Suñol, R. El papel de la calidad asistencial en una política ética de contención de costes. En *ética y costes en Medicina Intensiva*. Barcelona, España, Àlvar Net Castel, editor, Springer-Verlag Ibérica, 1996: 140-151.

prestaciones orientadas a la comodidad y/o rutina establecida en las instituciones sin considerar sus necesidades ni expectativas.

La calidad en la salud no solamente implica la eficacia científico-técnica obligatoria, sino, además, atender lo que los clientes aspiran: atención personalizada, instalaciones adecuadas, acceso rápido a las consultas, cortesía, información clara y precisa, higiene y confiabilidad cada vez que el servicio sea requerido.

Desde el punto de vista de la OMS (Organización Mundial de la Salud) la calidad en los servicios de salud se define por “asegurar el conjunto de diagnósticos y terapéuticas más adecuadas para conseguir una atención sanitaria óptima; lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y alcanzar la máxima satisfacción del paciente/cliente con el proceso mediante el uso eficiente de los recursos”.

2.2. - INEFICIENCIA Y COSTOS DE NO CALIDAD

Nuestra época y nuestro país se caracteriza por un desajuste entre las necesidades sanitarias de la población y los servicios provistos desde los sistemas de salud, determinando insatisfacción y generando costos de no calidad.

La no calidad consiste en la producción de productos o servicios que no cumplen con los requisitos de los clientes, o que cumplen con los mismos de forma ineficiente. El costo de no calidad es la suma de recursos desperdiciados a causa de la ineficiencia en la planificación y en la ejecución de los procedimientos.

Un estudio Israelí estimó que el costo de no calidad implicó el 34% del total invertido en la salud en un año. El principal rubro de los dineros desperdiciados estuvo relacionado a las internaciones, con 20% de los 4.500.000 días de hospitalización anuales debidos a internaciones innecesarias, habitualmente por prolongación de las mismas. Otro ítem donde se malgastó dinero fue en la solicitud de exámenes innecesarios (20% del total de los solicitados) así como en los tratamientos adicionales que derivaron de esos estudios. A estos costos agregan los costos derivados de la iatrogenia y de la mala promoción de salud. Un estudio en nuestro medio (Dr. Eduardo Alves, comunicación personal) mostró que un elevado porcentaje de los estudios de laboratorio realizados a pacientes internados fueron innecesarios y que muchos de ellos fueron repetidos en más de una oportunidad sin que ello aportara beneficio clínico alguno.

Existe abundante evidencia de que una gestión sanitaria basada en la mejora continua reduce los costos de no calidad.^{16,17} La persistencia del modelo curativo, y su complejidad amplifica los riesgos de mayores pero no mejores intervenciones.

¹⁶ Heartland Health. Malcom Baldrige Health Award recipient 2009. Disponible en: http://www.nist.gov/baldrige/publications/upload/Heartland_Health_Profile.pdf. Accedido el 20/3/2011

Esto se traduce en ineficiencia e importantes costos de no calidad, es decir de dinero que se vuelca al área de la salud y que no se traduce en mejor cuidado de la población.

2.3.- ERROR EN MEDICINA / SEGURIDAD DEL PACIENTE

En 2001 el Instituto de Medicina de los EE.UU. publicó un reporte que puso de manifiesto la magnitud del problema del error de los profesionales de la salud.¹⁷ En ese país, entre 3 y 4% de las hospitalizaciones presentaron eventos adversos, y entre 7 y 14% de los pacientes que experimentaron dichos eventos fallecieron como consecuencia de los mismos, lo que implica que cada año se producen entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de error en medicina. Esto hace que anualmente mueran más personas por error generado dentro del sistema asistencial, que por accidentes de tránsito (43.458), cáncer de mama (42.297), o SIDA (16.516).

El costo total de los eventos adversos ocurridos, derivados de la pérdida de ingresos, la discapacidad resultante y los costos de salud, se estima entre 17 y 29.000.000.000 de dólares anuales, de los cuales los costos sanitarios representan más de la mitad. Ese informe establece que mediante estrategias de gestión adecuadas más de la mitad de los eventos que resultaron en errores en el proceso de prestación sanitaria podrían haberse evitado.

Actualmente hay organizaciones en EE.UU.,¹⁹ el Reino Unido²⁰ y Australia,²¹ entre otros, destinadas a promover la seguridad del paciente, introduciendo diversos procedimientos basados en principios de calidad y mejora continua para de esa forma de minimizar el error sistémico. La OMS, a través de la Alianza por la Seguridad del Paciente lidera desde el 2004, los ingentes esfuerzos para superar esta epidemia.

¹⁷ North Mississippi Medical Center. Malcom Baldrige Health Award recipient 200. Disponible en: http://www.nist.gov/baldrige/publications/upload/NMMC_Profile.pdf. Accedido el 20/3/2011

¹⁸ To Err Is Human. Building a Safer Health System. Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and Molla S. Donaldson, Editors. Committee on Quality of Health Care in America. Institute of Medicine. 2000. National Academy Press. Washington, D.C.

¹⁹ National Patient Safety Agency. Who we are. Disponible en: <http://www.npsa.nhs.uk/corporate/about-us/>. Accedido el 12/03/2011.

²⁰ Agency for Healthcare Research and Quality. Quality and Patient Safety. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/>. Accedido el 21/03/2011

²¹ Australian Patient Safety Foundation. Disponible en: <http://www.apsf.net.au/>. Accedido el 21/03/2011

3 - CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD EN URUGUAY

En nuestro país mediante la implementación de Sistemas de Calidad basados en las normas ISO 9000, y/o mediante la aplicación del Modelo de Mejora Continua (MMC), numerosas organizaciones de diferente tipo ha introducido mejoras en su gestión, lo que les ha permitido brindar productos y servicios de calidad mejorando sus resultados.²² En el área de la salud este proceso ha sido particularmente lento, siendo pocas las organizaciones que han adoptado alguna de estas estrategias para mejorar la calidad de sus prestaciones.

Un análisis de lo ocurrido en los últimos 60 años, muestra el siguiente panorama:

3.1.- Antecedentes a nivel público

En 1951, se editan las primeras normas y estándares para el Departamento de Registros Médicos del Hospital de Clínicas Inaugurado en 1950.

En 1958, surgen los primeros comités de apoyo a la mejora de la calidad hospitalaria: auditoría médica, infecciones, tejido y otros, sin afianzarse en la continuidad en ese momento.

En 1980, el Dpto. de C. y C. del MSP promovió elaborar procedimientos de atención médica, integrar comités de auditoría médica y desarrolló el primer Procedimiento de Recepción de Quejas, Reclamaciones y Denuncias aplicable exclusivamente al sub sector privado.

En 1982, con apoyo de Fundación Kellog, el MSP desarrolló el proyecto de mejora de la eficiencia gerencial, la gestión global y la calidad de atención en las IAMC.

En 1983, el Decreto P.E. 73/983 creó el Sistema Nacional de Información (*SINADI*) que recoge datos del sub sector privado para controlar, utilización de los servicios y gestión financiera.

En 1984, la O.E.S. 49/84 el MSP implantó el PRORRECO (*Producción, Rendimiento y Costos*) de uso obligatorio en las unidades ejecutoras del Ministerio. Hay una 2ª versión en 1990.

En 1994, el MSP y ASSE con el apoyo y promoción de la OPS, se realizó la Primera Reunión Nacional sobre Garantía de Calidad y Acreditación de Hospitales en Uruguay.

²² Encuesta FACTUM 2007. Disponible en: <http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/file/Factumfinal2007.pdf>.
Accedido el 21/03/2011

En 1996, en base a lo establecido en esa reunión un grupo de trabajo elaboró un Manual de Estándares e Indicadores para la Acreditación de Hospitales, adaptando un manual de OPS²³.

En 1998, se realizó la 2ª Reunión Nacional de Garantía de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud presentándose experiencias nacionales, participando Asociación de Usuarios²⁴.

En 1998, se trabajó en el Fortalecimiento de la Gestión de los Hospitales Públicos, iniciando la actividad con los hospitales de Tacuarembó, Salto, Maldonado y Las Piedras.

En 1999, se presentó ante el MSP una “Propuesta de modelo para la acreditación voluntaria de instituciones prestadoras de servicios en el sector salud”, en el marco del proyecto FISS, y que se constituyó en un aporte elaborado por expertos nacionales e internacionales, interactuando ampliamente con protagonistas institucionales, y que avanzó en el estudio de alternativas de un Modelo de Acreditación, elección de una alternativa para la organización del sistema, sus órganos y responsabilidades, y elaboró recomendaciones específicas de implementación. Este proyecto está intacto como antecedente y sin duda será insumo para la consideración de cualquier sistema nacional de acreditación de instituciones de salud. *Las tribulaciones de este proyecto son un ejemplo de la dificultad de avanzar en el camino de la construcción de la calidad acreditada, y de las resistencias que enlentecen cualquier operación en este sentido.*

En 2003, el Fondo Nacional de Recursos (FNR) elaboró una propuesta de Sistema de Acreditación de Instituciones de Medicina Altamente Especializada (IMAE), la que fue validada por el MSP el 13 de marzo de ese año (Decreto N° 101/003).

A pesar de que la misma aún no ha sido implementada, la existencia del decreto ha posibilitado que el FNR implementase un programa de evaluación y seguimiento que tiene como objetivo la mejora de la calidad de los IMAE.²⁵

En 2003, mes de octubre, el FONDO NACIONAL DE RECURSOS presenta la publicación de la “Propuesta de Sistema de Acreditación de IMAE” incluyendo 10 especialidades.

El documento en su *Capítulo 6* elabora la Propuesta del Sistema de Acreditación para los IMAE y en su *Capítulo 17* establece una propuesta preliminar de funcionamiento del Sistema.

²³ Manual de Estándares e Indicadores para la Acreditación de Servicios de Salud. Ed. Multiplicidades, Montevideo 1996

²⁴ Fuente: Proyecto FISS-MSP-BIRF – Adecuación del Modelo de Atención

²⁵ Disponible en: <http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/diario%20101.pdf>. Accedido el 21/03/2011

3.2.- Antecedentes a nivel privado

La formación, capacitación y transferencia de conocimiento son pilares fundamentales para que el concepto de calidad se extienda y pueda comenzar el movimiento hacia el cambio cultural, que en definitiva de eso se trata.

En 1998, UNIT (Instituto Uruguayo de Normas Técnicas), hasta el año 2000 un curso de 27 horas, exponiendo la utilidad de las normas ISO 9000 en el Sector Salud.

En 2001, y hasta el momento actual, ininterrumpidamente el mismo instituto ofrece un programa de “Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud” que tiene 216 horas lectivas.

En 2006, UNIT organizó el Segundo Encuentro MERCOSUR de Gestión de la Calidad en Organizaciones de Salud, donde expositores de España, Argentina, Chile, Brasil y Uruguay compartieron sus experiencias con la implantación de sistemas siguiendo los requisitos establecidos en la norma ISO 9001.

Ver Anexo I.

3.3.- Aproximación a la realidad

Certificación - A la fecha de efectuado este análisis (11 de julio de 2011) y en función de las fuentes consultadas (páginas Web de LATU Sistemas y de UNIT) encontramos que en nuestro país, considerando Montevideo y el Interior, hay 38 organizaciones de salud que involucra a 59 servicios o departamentos que han implantado y certificado su sistema de gestión de la calidad utilizando como herramienta la norma UNIT-ISO 9001.

Premiación - A su vez, 3 organizaciones de salud han ganado el Premio Nacional de Calidad que otorga el INACAL, una de ellas en dos oportunidades. Dos organizaciones recibieron Menciones, ambas al Liderazgo y 3 recibieron Reconocimiento por su participación y trabajo en la mejora continua. Total, un mínimo de 7 instituciones de salud incursionaron en el ámbito del PNC.

Acreditación – En la 2ª reunión de Garantía de Calidad en la Salud, se entendió que ese era el punto de partida para la creación de un sistema de acreditación, hasta ahora no concretado.

Recientemente se ha acreditado el área de atención de agudos de una IAMC, mientras que otra institución se halla en proceso de acreditación, ambas instancias llevadas a cabo por instituciones del exterior. Dos centros de diálisis inician procesos de alistamiento en acreditación.

4 - HERRAMIENTAS para LA MEJORA, LA CERTIFICACIÓN y ACREDITACIÓN

Toda organización puede mejorar su manera de trabajar, lo que se traduce en incremento de sus clientes, reducción de costos y mejora de la calidad del servicio ofrecido.

Para conseguir mayor calidad de productos y servicios, se han desarrollado diferentes estrategias; en el área de la salud tres modelos se aplican en diferentes partes del mundo: las Normas ISO 9000, los Modelos de Mejora Continua y la Acreditación de Instituciones.

4.1.- MODELOS DE MEJORA CONTINUA

Los Modelos de Mejora Continua (MMC) como el desarrollado en nuestro país por el INACAL consisten en una metodología que permite realizar el autodiagnóstico de las organizaciones, en base a lo cual es posible elaborar una estrategia y un plan de mejora de la calidad aplicable a cualquier entidad sin importar su tamaño, rubro o finalidad.²⁶

La aplicación de estos modelos permiten a las organizaciones, presentarse a los Premios Nacionales de Calidad, que independientemente del resultado, su valor está en que:

Los criterios de evaluación están disponibles para cualquier institución que quiera usarlos como una guía para establecer un sistema global de mejora continua y gestión para la excelencia en el desempeño de la misma.

En los países que tienen estos modelos, los criterios han sido exitosamente usados por las organizaciones para su autoevaluación, y medir el progreso que alcanzan. Asimismo, les permite, identificar las oportunidades más importantes para implantar acciones de mejora.

Este MMC ha incorporado tres conceptos clave vinculados al enfoque actual de calidad:

- La calidad no la definen ni el productor ni las normas; la define el cliente.
- La calidad es relativa y surge de la comparación con los mejores.
- La calidad que perdura es la que se logra gracias a valores, organización y sistemas.

4.2.- MODELOS DE MEJORA Y CERTIFICACIÓN

La certificación es el reconocimiento formal, por parte de un organismo independiente, generalmente reconocido en el medio por su trabajo y desarrollo de la calidad, quien asegura por escrito (a través de un certificado) que el sistema de gestión de la calidad implantado por la organización cumple con los requisitos establecidos en la norma ISO 9001.

²⁶ INACAL. Modelo de Mejora Continua Uruguayo. Disponible en:
http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/file/ConferMMC_2008.pdf. Accedido el 21/03/2011

Se puede aspirar a lograr la certificación ISO 9000 por varios motivos:

- Porque habiendo implantado el sistema de gestión, la organización desea demostrar su compromiso público con la calidad, diciendo que el mismo ha sido evaluado y reconocido por un organismo de certificación. Ello incrementa la confianza de los pacientes/clientes en cuanto a la capacidad de la institución para brindar servicios cada vez más eficientes.
- Porque esto trae como consecuencia, mayor competitividad, mejor posicionamiento en el mercado y mejor imagen frente a los organismos que contratan sus servicios.
- Porque la implantación del sistema de la calidad es una excelente herramienta de gestión:
 - Mediante las auditorías internas programadas por la propia institución y las externas recibidas por el organismo de certificación, se detectan las debilidades que existen en el sistema, se identifican las oportunidades de mejora y se elaboran planes de acción.
 - A través de los planes de capacitación, formación y entrenamiento, se consolida un personal motivado y deseoso de contribuir en el esfuerzo colectivo.
 - Estableciendo mecanismos apropiados de selección y evaluación de proveedores se alcanzan resultados consistentes y francamente mejorados en las compras.

La norma ISO 9001 es válida para cualquier organización que busque mejorar la manera para trabajar y funcionar independientemente de su tamaño, objetivo o rubro al que se dedique.

Su implantación ofrece numerosas ventajas para las empresas, entre las que se cuentan:

- Estandarizar las actividades del personal por medio de documentación;
- Aumentar la satisfacción del cliente;
- Medir y monitorizar el desempeño de los procesos;
- Incrementar la eficacia y/o eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos;
- Mejorar continuamente en los procesos, productos, eficacia, etc.;
- Alcanzar la certificación.

4.3.- ACREDITACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

La acreditación es una metodología de evaluación externa diseñada para el sector salud, establecida desde hace casi 50 años en EE.UU. y hoy adoptada por numerosos países en el mundo, la que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad. Se trata de una herramienta para la mejora continua de la calidad, con la cual las organizaciones de salud desarrollan un proceso sistemático de autoevaluación junto a una evaluación externa que les permite detectar sus fortalezas así como sus oportunidades de mejora.

Mediante estándares de acreditación se promueve la mejora continua de la calidad, debiendo renovarse la acreditación de forma periódica.

La misma acreditación se basa en diferentes requisitos establecidos para cada uno de los procesos de atención en salud, y se lleva a cabo por profesionales de la salud de organizaciones que se dedican a la acreditación, tales como la Joint Comission de EE.UU. y las existentes en otros países.²⁷

Una organización internacional, la International Society for Quality in Health Care tiene como misión promover la mejora continua de la calidad y la seguridad de la asistencia sanitaria en todo el mundo mediante la educación, la investigación, la colaboración y la difusión del conocimiento basada en la evidencia.²⁸

²⁷ The Joint Commission. Disponible en: <http://www.jointcommission.org/>. Accedido el 21/03/2011

²⁸ International Society for Quality in Health Care. Disponible en: <http://www.isqua.org/about-isqua/visionmission.htm>. Accedido el 21/03/2011

5 - EL FUTURO

Aspectos considerados esenciales para profundizar el compromiso con la mejora continua de las acciones por la salud.

5.1.- NUEVA DIMENSIÓN DE LA CALIDAD DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Acorde a la concepción de determinantes de la salud de Lalonde, la mejora continua en el área sanitaria excede a las competencias de las instituciones asistenciales, por lo que, en términos de calidad de la salud, es necesario un compromiso con la promoción de la salud de instituciones de variados orígenes. Asimismo, para mantener los resultados que se obtuvieron, habría que lograr de manera efectiva hacer participar a las personas en la gestión de su salud personal.

5.2.- LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES POR LA CALIDAD ASISTENCIAL

A nivel institucional, si se corrige la variabilidad de la práctica médica mediante procesos y procedimientos basados en evidencia y se miden los resultados, se estarán dando pasos en pos de la mejora continua de la calidad asistencial brindada por las Instituciones. Según el paradigma de Donabedian también debería actuarse sistemáticamente en la mejora de la estructura edilicia y de equipamiento, como asimismo, en la actualización del conocimiento y las competencias de los recursos humanos médicos y no médicos. Sin lugar a duda, el cambio cultural de los recursos humanos en la salud un factor indispensable para que la mejora sea posible, y para que el mismo SNIS pueda cumplir sus objetivos.

Por otra parte, existe consenso en considerar que la mejora continua en salud, y muy decisivamente en las instituciones asistenciales requiere considerar los siguientes aspectos referidos fundamentalmente a los médicos del primer nivel, actores principales del SNIS.²⁹

5.2.1.- UN NUEVO PROFESIONALISMO: los valores de compasión, servicio, integridad y respeto acompañan el quehacer médico desde sus orígenes constituyendo guías centrales para el accionar cotidiano. Hoy también es necesario atender a los valores sociales, asumiendo el compromiso con un uso efectivo y eficiente de intervenciones diagnósticas y terapéuticas, en un contexto donde se sobrevalora el uso intensivo de las mismas. La toma de decisiones entre varias alternativas, buscando resultados seguros, buenos y liberadores de recursos para su utilización en otras funciones de atención a los pacientes y sus problemas de salud constituye la base de una buena práctica y es la esencia de una adecuada gestión clínica.³⁰

²⁹ Sandoya E. El médico de primer nivel y sus competencias. Tendencias en Medicina 2010;37:6-12

5.2.2.- UNA NUEVA RELACIÓN MEDICO PACIENTE: la medicina se basa en un adecuado equilibrio de arte y ciencia, mediante el cual se reúne e interpretan los datos provenientes del interrogatorio, el examen físico y la paraclínica, para luego desarrollar acciones en un plan acordado con el paciente. Para ello es imprescindible una adecuada relación entre médico y paciente, por lo que reconstruir la relación humana entre quien busca ayuda y quien la provee es tarea central del médico del primer nivel de atención. Algo que establecía de manera natural el viejo médico de cabecera, hoy para construirse de forma apropiada puede requerir perfeccionar o complementar las habilidades en comunicación.

5.2.3.- LA INTEGRACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS: el cuidado llevado a cabo por un equipo, que trabajando de forma coordinada desde sus diferentes áreas de responsabilidad, vuelque sus conocimientos al cuidado del paciente, al desarrollo de estrategias de prevención y a la promoción de la salud, es imprescindible. Por eso es necesario que el médico desarrolle habilidades para el trabajo en equipo y adquiera competencias para liderarlo en un enfoque democrático y participativo.

5.2.4.- CAPACITACIÓN EN EL MANEJO DE SITUACIONES AGUDAS Y CRÓNICAS. El médico del primer nivel debe intervenir en forma urgente cuando la situación clínica lo amerita, al mismo tiempo debe ser capaz de manejar patologías que se pueden presentar en forma similar en su inicio.

Dado que las afecciones crónicas constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en el primer nivel de atención, es necesario desarrollar competencias que permitan intervenir para retardar o evitar sus complicaciones. Estas incluyen, tal como recomienda la OMS, habilidades para promover cambios de conducta, así como saber educar y aconsejar en forma adecuada. Esto hará posible que el médico se asocie con los pacientes (y eventualmente su familia) en el plan de cuidado, promoviendo su participación activa, brindando información y asesorando acerca de la forma de adquirir y profundizar el conocimiento de las enfermedades en la Web, algo que hoy es de uso corriente y puede resultar muy dañino de no tener una guía al respecto.

5.2.5.- UN ÉNFASIS DEFINITIVO EN LA PROMOCIÓN Y LA PREVENCIÓN: el médico del primer nivel de atención debe ser capaz de promover la salud utilizando estrategias apropiadas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Dado que se trata de mantener sana a la población, es necesario que la tarea de promoción la realice no solo en el consultorio, sino que además lo haga en todas las instancias posibles a nivel comunitario,

³⁰ Sandoya E. Gestión clínica: un desafío del presente. Carta cardiovascular 2007,1:1-5. Disponible en: http://www.dcmecina.edu.uy//images/stories/file/cartacardiovascular1_1web.pdf. Accedido el 12/03/2011

ya sea en centros educativos, sociales o de otra naturaleza. Esto requiere desarrollar habilidades específicas para promover cambios de conducta y para realizar promoción de salud, en las que juegan papel fundamental las habilidades de comunicación.

5.2.6.- PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA CON DRÁSTICA DISMINUCIÓN DE LA VARIABILIDAD Y LA INCERTIDUMBRE: la sistematización de las observaciones de sus pacientes le permitirá brindar mejores cuidados y contribuir al conocimiento de la realidad. Puede así evaluar sus resultados y aplicar los correctivos adecuados cuando ello sea necesario, lo que le permitirá implementar la mejora continua en su accionar. Por otro lado el médico hoy debe ser capaz de acceder, leer y evaluar críticamente la literatura médica de forma tal de equilibrar evidencia y experiencia de una manera efectiva y contribuyendo a elaborar guías de práctica para el primer nivel de atención para los motivos de consulta más frecuentes.

5.2.7.- DESARROLLO Y ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL CONTINUAS: el médico de primer nivel debe desarrollar el autoaprendizaje así como el interés en actualizar sus conocimientos, participando del programa de desarrollo profesional continuo. La revisión de casos clínicos en el equipo de primer nivel de atención, analizando los objetivos planteados en el cuidado del paciente, viendo cuáles se han alcanzado, así como las eventuales barreras y sus posibles soluciones, constituye una poderosa herramienta educativa a implementar y practicar de forma regular.

5.3 – COMPROMISO EN LA SUSTENTABILIDAD DEL SISTEMA

La idea de que los recursos aplicables al cuidado de la salud son infinitos, y que el racionamiento de los mismos no es una responsabilidad de quienes actúan en la clínica y en la gestión de las Instituciones sanitarias, es una convicción aun extendida entre los actores del sistema, que necesita ser cuestionada, debatida y rebatida.

6 - PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN

El presente documento carecería de relevancia si no realizáramos algunas propuestas concretas, que impulsen al INACAL y a los distintos actores a una reflexión orientada a la acción, que se traduzca en el crecimiento de la mejora continua en el ámbito de la salud de nuestro país. En esta perspectiva, y como insumos sugerimos:

6.1.- PROMOCIÓN DE LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

6.1.1.- Incorporar en el MMC un Área de Compromiso con la Salud: esta promovería la implementación de acciones alineadas con los cambios necesarios en todo tipo de organizaciones, privadas, públicas, grandes, pequeñas. Sería un área a titular **Nuestro Compromiso con la Salud**, y en la cual se explorará lo que cada cual hace respecto a alimentación saludable, ejercicio físico, prevención de adicciones, cambios de estilos de vida. Esto comprometería al MMC con acciones por fuera de las Instituciones de salud, con impacto directo sobre la promoción de la salud.

6.1.2.- Promover la responsabilidad individual e intransferible del cuidado de la salud por cada ciudadano, como una contribución a su cuidado y a la salud de toda la sociedad, desarrollando iniciativas que a través de indispensables consensos legislativos, alineen conductas responsables. Existen ya iniciativas a consideración legislativa (proyecto canasta saludable) que transitan por este camino.

6.2.- MEJORA DE LA CALIDAD EN LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

6.2.1.- Plantear ante el MSP el diseño de una meta (prestacional o no): la que califique para beneficio o pérdida del financiamiento, en relación con el implante voluntario de acciones de mejora básicas consensuadas, a partir de las propuestas en este documento. Ello, sin perjuicio de la implantación voluntaria de sistemas de gestión de la calidad mediante herramientas como las normas ISO 9000, o de la participación en emprendimientos como el PNC, o de la evaluación externa en relación a estándares de acreditación. En tanto, se trabajaría en la definición de algún sistema de acreditación nacional. **Estamos convencidos que sin la auditoria y supervisión que implica la existencia y cumplimiento de un conjunto de estándares básicos, queda librada a la buena voluntad individual el acceder y marchar rápido por el camino de la mejora. Por esta razón, ha llegado el momento de definir estándares de obligatorio cumplimiento, facilitar la introducción de las oportunidades de mejora que permitan alcanzarlos, y a través de un sistema de acreditación nacional, señalar a la rectoría sanitaria y**

retroalimentar a la sociedad sobre quienes ofrecen prestaciones de calidad reconocida.

6.2.2. Diseñar en diferentes niveles educativos, pero particularmente en aquellos que forman personal para los servicios asistenciales, programas de mejora de la calidad. Estos programas no solamente se orientan a dar a conocer la gestión de calidad como hilo conductor de la práctica asistencial, sino a promover en los recursos humanos aptitudes y actitudes que coadyuven a convertir al usuario en el centro de la asistencia, y al profesional de la salud en un auténtico y calificado promotor de salud. Un aspecto no menor de este esfuerzo formativo es la comprensión del usuario como un consumidor al que a través de comunicación empática el profesional de la salud debe respetar, informar, y educar.

6.3.- DIFUSIÓN Y CONSENSO DE LAS PROPUESTAS

6.3.1.- Conformar un Grupo de Trabajo Permanente: con la finalidad de someter a discusión los contenidos de este documento y las propuestas, ante diversos actores del sector salud, y de fuera del sector salud (periodistas, sistema judicial, etc.) a través de **encuentros múltiples, en todo el territorio nacional**, con el objeto de consensuar criterios y diseñar acciones verificables y evaluables en la dirección de la promoción de salud en los ámbitos laborales y en la sociedad y en la dirección de la mejora continua y de profundizar una gestión de la calidad en las organizaciones prestadoras de los servicios de salud.

GRUPO DE TRABAJO

Ing. Quím. Gonzalo Blasina
Dr. Med. José Rafael Di Mauro
Dr. Med. Silvio Ríos
Dr. Med. José Luis Rodríguez Bossi
Dra. Med. Norma Rodríguez
Dr. Med. Edgardo Sandoya
Lic. Andrea Soca

Enero 2012- Versión 1.7
Abril 2015- Versión 1.8