

Curso Anual de Auditoría Médica

HOSPITAL ALEMÁN

Director : Dr. Agustín Orlando

06/11/2013

Control de la Calidad de la Atención en Salud

Acreditación y Categorización de los Servicios de Salud

Autores

LORENA CASTAGNARO

ALEJANDRA CUELLO

MARCELO CORREA VIERA



Indice

Introducción.....	3
Historia de la Acreditación	5
Historia de la Acreditación en la Argentina	7
Acreditación.....	8
Características de la Acreditación.....	12
Categorización.....	17
Rol del Estado	21
Conclusiones.....	26
Bibliografía.....	29

Introducción

La calidad de la atención de la salud ha adquirido en los últimos años una mayor relevancia como tema de interés tanto para la salud pública, la administración sanitaria, el derecho y la bioética respondiendo a la problemática en torno a los derechos de los pacientes y el derecho a la salud.

La atención de la salud implica acciones que exceden el campo de la medicina, donde los usuarios de los servicios de salud deben ser partícipes activos a la hora de establecer necesidades y de planificar las estrategias tendientes a satisfacer esas demandas.¹

Mejorar la calidad de atención médica implica como principio ético básico el NO DAÑAR (PRIMUM NON NOCERE), y esto incluye tanto el respeto de las indicaciones médicas como de las elecciones del paciente.

El concepto de atención de la salud involucra la atención médica pero es mucho más amplio que ella. En el proceso salud-enfermedad no pueden excluirse las miradas de otras disciplinas más allá de la medicina, como la antropología, la sociología, la asistencia social o la psicología como también acciones sobre el medio ambiente, la economía, el trabajo, la vivienda o la educación.

La atención médica incluye la totalidad de los servicios médicos y sanitarios que se prestan directamente a las personas y que por lo tanto incluyen las medidas que se toman para la promoción de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades.

Avedis Donabedian, ya en 1966, plantea la definición de calidad como un verdadero misterio. El concepto de calidad, como hemos visto, proviene de la industria y es de difícil definición por varias razones. Primero porque implica un juicio de valor y segundo porque puede presentar variaciones en las distintas comunidades ligado a sus valores y costumbres.

El concepto de calidad de vida en salud se relaciona con un concepto de bienestar. Sin embargo, esto que parece un axioma lógico, tiene un carácter dinámico que obliga a su revisión continúa y plantea una serie de problemas en lo que hace a su evaluación.

Este concepto de calidad presenta varias características:

- Subjetividad : nadie como uno mismo para saber cuál es la forma de vida que quiere vivir
- Multidimensionalidad : la evaluación de la calidad no puede solo incluir el aspecto relacionado con las funciones orgánicas de nuestro cuerpo, sino que debe considerar otros aspectos como la espiritualidad, los afectos, el grupo de pertenencia etc.
- Carácter dinámico: una misma persona puede entender la calidad de vida de una manera durante su juventud y de otra en la adultez o la vejez.
- Situacional: los criterios de evaluación varían con la cultura y con la época.

Los sistemas de salud en muchos casos no responden a las necesidades reales de la población y brindan servicios deficientes, actuando en detrimento del sistema e incrementa los costos globales en salud debido a la falta de una planificación adecuada y falta de control en la Calidad de Atención.

Ante este desafío, se establece la necesidad y responsabilidad de implementar normas de control de la calidad de la atención médica.²

Historia de la acreditación en el mundo

En India y China, los estándares que determinaban quién podía practicar la medicina datan del primer siglo A.C.. A partir de 1140, Italia emprende esfuerzos para licenciar a todos los médicos, y esto dio lugar posteriormente, a estándares educativos uniformes, exámenes estatales y licenciamiento en el siglo XIX. La acreditación en salud reconoce como antecedentes, dos experiencias prácticamente simultáneas: por un lado el informe Flexner y por el otro los trabajos de Ernest Codman.

En 1910, en su informe demuestra que la educación médica que se ofrecía en esos tiempos en Canadá y Estados Unidos era deficiente, generando postulados para el ingreso a la escuela de medicina y sus programas de estudio que pocos años después generaron una notable mejoría en el nivel de la profesión. Casi simultáneamente, Ernest Codman, egresado de la escuela de medicina de Harvard y cirujano del Massachusetts General Hospital, disgustado con los malos resultados en pacientes quirúrgicos propuso la adopción de una serie de normas que denominó Sistema de Resultados finales para la Estandarización Hospitalaria, lo cual generó una fuerte oposición de sus colegas, debiendo dejar su cargo y abriendo su propio hospital; posteriormente fundó el American College of Surgeons y su programa de estandarización hospitalaria que con el correr de los años se transformó en la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, compilando el primer conjunto de estándares mínimos para que los hospitales estadounidenses identificaran y prescindieran de los servicios de salud deficientes. Esta estrategia sentó las bases para un proceso de acreditación, actualmente administrado por la Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (Comisión Conjunta de Acreditación para las Organizaciones prestadoras de servicios de salud, 1951). En Canadá el Consejo Canadiense de Acreditación de Servicios de Salud, CCHSA, realiza este proceso desde 1959.³

En 1966, Avedis Donabedian, en su artículo fundamental, introdujo los conceptos de estructura, proceso y resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Donabedian transformó la concepción tradicional de los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora entendemos que la respuesta social a los problemas de salud no es un

conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales.

En la década de los 80, las fallas en el proceso de inspección, la persistencia de la calidad deficiente y la creación de nuevas técnicas gerenciales en la industria, así como el aumento en costos, llevó a los profesionales de salud en los países desarrollados a reevaluar la garantía de calidad basada en acreditación y estándares. Las organizaciones de salud en USA comenzaron a poner a prueba las filosofías industriales del Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC) y de la Administración Total de la Calidad (TQM). A su vez, el sistema de acreditación en hospitales amplió su enfoque desde inspecciones hasta promover el mejoramiento de la calidad. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud asumió una política formal de calidad en 1991 y adoptó al PMC para ponerla en práctica.

En 1985, un grupo de profesionales de la salud se reunió en Udine, norte de Italia, para discutir sobre el aseguramiento de la calidad en medicina. La mayoría de los primeros grupos han sido profundamente influenciados por Avedis Donabedian y el enfoque europeo. En el primer consejo ejecutivo de la International Society for Quality in Health Care (ISQua) fue evidente. En 1986, con el liderazgo de Peter Reizenstein como presidente y entonces editor de la revista, la sociedad creció a través de su programa de la conferencia anual internacional y sus publicaciones.

Después de un proceso internacional en el que se presentaron varias ofertas, en 1995 se decidió establecer la secretaría de la International Society for Quality in Health Care Inc. (ISQua) en Australia. Esta sociedad es una organización sin fines de lucro, administrada por un Consejo Ejecutivo, que se elige cada dos años. Los miembros regulares del Consejo son de Norteamérica, Europa y de la región de Asia y el Pacífico.

Hoy en día, países como Nueva Zelanda, Japón, Francia, Sudáfrica, Finlandia, Malasia y Argentina, entre otros, han estructurado e implementado sistemas de evaluación y acreditación en salud.

La acreditación en la Argentina

El INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) y la Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM) fueron las primeras organizaciones que se interesaron por el tema, impulsando actividades de evaluación hospitalaria. En 1989, más de cuarenta expertos, representantes de diferentes sociedades científicas, entidades de la seguridad social y organizaciones profesionales y empresariales redactaron un grupo de estándares destinados a la acreditación en nuestro país.

En 1990, la OPS y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH) suscribieron un acuerdo para el desarrollo de un manual de acreditación en el cual tuvieron especial relevancia especialistas argentinos.

En 1990 se produjo un acuerdo entre los principales prestadores y financiadores de Servicios de Salud para la Seguridad Social que dio origen a la comisión Mixta para el desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (COMCAM). El programa propiciaba la acreditación voluntaria orientando su acción inicial hacia los establecimientos polivalentes.

El ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de los Establecimientos de Salud) se crea en diciembre de 1993, como una organización no gubernamental sin fines de lucro, debido a las inquietudes de un grupo de establecimientos líderes de todo el país , las principales asociaciones de prestadores, entidades financiadoras de servicios de salud y sociedades científicas . Ofreciéndole a todos los centros asistenciales del país que quisieran ser calificados un modelo de evaluación externa específico conocido como Acreditación Hospitalaria.⁴

Acreditación

La Acreditación es uno de los métodos o técnicas comprendido dentro de la modalidad de “evaluación externa por pares “, destinadas a evaluar la calidad de la atención médica que brindan los establecimientos de salud.

Conforma un procedimiento dinámico que califica la totalidad del establecimiento: el resultado solo puede ser SI o NO acreditado y considera desde la planta física hasta el proceso asistencial y el nivel de satisfacción de los usuarios.

Se basa en la evaluación por medio de estándares, que son un conjunto de datos e indicadores que permiten una visualización accesible y totalizadora de algunos de los aspectos considerados significativos para verificar la existencia de condiciones básicas de calidad y seguridad.

Estos estándares, que son conocidos y aceptados por el establecimiento previo a la evaluación configuran criterios trazadores, no descripciones minuciosas de servicios o sistemas de atención. Evalúan tanto la estructura como el proceso que se aplica, así como también los resultados y el impacto que sobre la población producen las acciones de atención médica.

El objetivo estratégico de la acreditación es promover una cultura de mejoramiento continuo de la calidad, teniendo en cuenta los atributos básicos definidos por Avedis Donabedian : eficiencia, eficacia, efectividad, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad.

La falta de una planificación adecuada y la desatención del control de calidad de la atención posibilita la proliferación de prestadores con características y objetivos no deseables, que no responden a las necesidades reales de la población, brindando servicios deficientes e incrementando los costos globales.

Asimismo, debe diferenciarse la acreditación de otros procedimientos de fiscalización sanitaria como son la Habilitación y la Categorización, ya que tienen objetivos y criterios diferentes. La finalidad de la Habilitación es evaluar las condiciones estructurales con que cuenta una institución para autorizar su funcionamiento, procurando garantizar a la población que los establecimientos dispongan de las condiciones mínimas de seguridad para el cumplimiento de su cometido. La Categorización, en cambio, tiene por objetivo estratificar la oferta de servicios (según su capacidad resolutive) con el fin de ordenar a los efectores en redes de derivaciones integradas y complementarias, a efectos de organizarlos según el desarrollo tecnológico con que cuentan o el riesgo vital que pueden asumir.⁵

Generalmente es ejercida por una entidad no estatal sin fines de lucro integrada por representantes de los subsectores que forman parte del sistema de salud (prestadores, financiadores, usuarios o incluso el Estado). La participación de todos ellos asegura imparcialidad y seriedad en la aplicación del método.

Existen varias técnicas de acreditación por evaluación externa para evaluar establecimientos asistenciales: Normas ISO, Premio Nacional de Calidad, ITAES, visitas especializadas de Sociedades Científicas.

- Normas ISO: forman parte de una familia de normas internacionales aplicadas generalmente a la industria. Las más utilizadas en Salud son las Normas ISO 9000 y 14000. A diferencia de las acreditaciones esta no es una evaluación por pares. Deben siempre adaptarse las normas de cada país a las normas generales internacionales.
- Premio Nacional de Calidad : es otorgado anualmente por la Fundación Premio Nacional de Calidad
- ITAES: actualmente tiene acreditados veinticinco centros polivalentes en todo el país. Su principal objetivo es garantizar la presencia de ciertas condiciones básicas de excelencia, calidad y seguridad para los usuarios

y financiadores de servicios de atención médica, a través de estándares y normas, por medio de la acreditación y re acreditación periódica de los establecimientos de salud.

Los programas principales son: Acreditación para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación y la Acreditación para Establecimientos Ambulatorios.

Además, cuenta actualmente, con dos programas de cooperación:

- a) Programa PICAM (Programa de Indicadores de Calidad de Atención Médica) que permite comparar sus datos con los de otros establecimientos. Se desarrolla en forma asociativa entre ITAES y SACAS (Sociedad Argentina de Calidad de Atención de la Salud). Los indicadores se clasifican en cuatro grupos : Indicadores de conducta diagnóstico-terapéutica (ej.: ecografías c/1000 consultas ambulatorias) , indicadores de desempeño y efectividad (ej. : % de cesáreas/total de nacimientos) , indicadores de satisfacción y seguridad de los pacientes (ej. : turnos quirúrgicos suspendidos o postergados por más de 24hs.) , indicadores para tipificación de establecimientos (ej.: índice de completabilidad). Es una herramienta para observar a su propia institución a través de números muy útiles cuando se quiere saber cómo andan ciertas cosas.
- b) Programa VIGILAR: es un programa dirigido a vigilancia y control de las infecciones asociadas al cuidado de la salud. Los objetivos de este programa son proporcionar a los hospitales adherentes información acerca de las infecciones hospitalarias ajustada a factores de riesgo, que permita comparaciones interinstitucionales por medio de reportes periódicos, los microorganismos causales y sus patrones de resistencia a los antibióticos.
- c) Programa de Aislamiento Progresivo para Establecimientos Polivalentes de Agudos con Internación por el cual se alcanza la

acreditación a lo largo del período de trabajo al alcanzar gradualmente el cumplimiento de los estándares.

- d) Programa de Seguridad del Paciente es un enfoque sistemático dentro de las estrategias de calidad de las instituciones, considerando que cuando los errores se repiten son errores del sistema y no individuales, centrándose en acciones concretas: prevención de los efectos adversos, visibilidad de los mismos y disminución de los mismos cuando ocurren.

- e) Proceso de acreditación de servicios que estén en condiciones de educar y formar especialistas en asociación con la Asociación Civil para la Capacitación y Evaluación de Programas de Educación de Postgrado en la República Argentina (ACAP), considerando el rol que desempeña la residencia médica en un sistema sanitario de salud, siendo este un sistema de capacitación y formación de postgrado a tiempo completo y dedicación exclusiva.

- f) Programa PICAM baires : en el año 2011 se firmó un acuerdo de incorporación de hospitales pertenecientes al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires al programa PICAM que ya venía desarrollándose en establecimientos privados , incorporándose un primer grupo de doce hospitales para el monitoreo sistemático de indicadores de calidad. ⁶

Características de la Acreditación

A) Periódica: no existe una acreditación de vigencia permanente puesto que la calidad de los establecimientos varía con el transcurso del tiempo y del mismo modo el contenido de los estándares se renueva y perfecciona permanentemente al compás del desarrollo científico. Normalmente este proceso debe repetirse cada tres años.

B) Voluntaria: se aplica a aquellos que solicitan explícitamente ser sometidos al proceso de acreditación.

C) Confidencialidad: los resultados de la acreditación son comunicados exclusivamente a las autoridades del establecimiento evaluado. Si se han satisfecho los requisitos aplicados, por medio de un certificado de acreditación. En caso negativo, por medio de una comunicación confidencial en la que se explican las razones por las que no se otorga la acreditación, así como la opinión técnica acerca de las correcciones que serían necesarias para la solución de los problemas detectados.⁷

Estándares

Como se mencionó anteriormente, los estándares son un conjunto de datos e indicadores que permiten evaluar la estructura, el proceso y el resultado de la atención médica y su calidad.

En 1990, el Dr. Hugo Arce, trabajando en el desarrollo del Manual de Acreditación de la COMCAM y el de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe OPS-FLH propuso una serie de definiciones para dar mayor claridad a los mismos y así evitar confusiones metodológicas:

- El procedimiento de evaluación no debe escapar al análisis costo/beneficio, es decir, no debe ser un procedimiento excesivamente detallado para lo cual se requiera una gran inversión en personal calificado para efectuar dicha evaluación,
- La detección de indicadores de calidad no deben procurar una descripción exhaustiva de los servicios hospitalarios sino la verificación de los datos más representativos cuyo análisis permita arribar a conclusiones eficaces en forma sencilla,
- Los indicadores deben ser esencialmente cualitativos cuya verificación no requiera prolongados recuentos de eventos, sino la observación de ciertos datos que permitan suponer condiciones de calidad,
- Los indicadores a seleccionar deben ser fácilmente verificables, evitando estándares cuya evaluación requiera revisiones extensas de documentación,
- Procurarán evaluar dentro de un mismo servicio aspectos de estructura, proceso y resultados, buscando indicadores dinámicos que reflejen con la mayor amplitud la calidad de las prestaciones,
- Cada estándar debe prever distintos grados de exigibilidad o satisfacción, contemplando la variedad de complejidades de los establecimientos,
- El rango de amplitud debe abarcar desde un mínimo que de por sí exprese un nivel aceptable de calidad, hasta un óptimo que debe expresar lo mejor que la realidad existente permita,
- Desarrollo armónico de los distintos componentes del establecimiento, evitando crecimiento desmesurados de algunos servicios.⁸

La elaboración de un programa de acreditación obliga al desarrollo de una serie de manuales, definiciones, formularios de evaluación, etc., además de los estándares propiamente dichos.

Para la interpretación de los resultados de la evaluación, aplicando los estándares, se consideran los siguientes criterios:

- los estándares tienen igual jerarquía, no existen requisitos eximibles, los requisitos preliminares definirán las limitaciones para acceder al programa de acreditación,
- el asesoramiento de los evaluadores a las autoridades del establecimiento deberá estar orientado hacia la manera de canalizar las inversiones para lograr una mayor coherencia “horizontal “en el nivel de satisfacción de los distintos servicios,
- las sucesivas acreditaciones conllevarán un aumento progresivo en los niveles de exigencia.

Estándares de Estructura: se refieren a los recursos humanos y materiales

Análisis de la conducción y el gerenciamiento del establecimiento

- Organización del recurso humano
- Farmacia
- Tecnología médica
- Sistema de información (Historia clínicas)
- Seguridad y derechos de los pacientes

Estándares de Procesos: se refiere a los procedimientos, métodos y actividades por los cuales se canaliza la atención para alcanzar el resultado

- Contemplan desde el momento del ingreso hasta el egreso del paciente
- Admisión
- Evolución de la internación de salud
- Planificación de la atención
- Evaluación de la atención y resultados
- Planificación del egreso

Estándares de resultado: se refieren al cambio logrado en términos de salud y de satisfacción

El manual comprende treinta y ocho estándares cada uno de los cuales contiene las definiciones de los mismos en tres niveles de exigibilidad creciente y el requerimiento de información necesaria para su evaluación.

Comprende los siguientes estándares : 1) Continuidad de la atención médica ; 2) Derivaciones o Referencias ; 3) Consultorios Externos ; 4) Urgencias ; 5) Laboratorio ; 6) Diagnóstico por Imágenes ; 7) Hemoterapia ; 8) Atención del nacimiento ; 9) Área Quirúrgica ; 10) Anestesiología ; 11) Control de Infecciones ; 12) Alimentación ; 13) Lavandería ; 14) Limpieza ; 15) Esterilización ; 16) Farmacia ; 17) Enfermería ; 18) Historias Clínicas ; 19) Seguridad e Higiene laboral ; 20) Estadística ; 21) Gobierno hospitalario ; 22) Administración ; 23) Seguridad General ; 24) Archivos de Historias Clínicas ; 25) Planos ; 26) Accesos y Circulaciones ; 27) Electricidad ; 28) Agua y desagüe ; 29) Termo mecánica ; 30) Gas combustible y servicios especiales ; 31) Cuidados Críticos ; 32) Neonatología ; 33) Medicina Nuclear ; 34) Terapia radiante ; 35) Rehabilitación ; 36) Servicio Social ; 37) Biblioteca ; 38) Garantía de calidad.

A modo ilustrativo en la siguiente tabla se reproduce el formulario de un estándar de Control de Infecciones Hospitalarias, parámetro clásico para la evaluación de calidad, ya que no es el objetivo de esta monografía la descripción minuciosa de manuales de acreditación sino la comprensión de los conceptos y la metodología utilizada para el control de la calidad de atención médica.

ESTÁNDAR	NIVEL	TEXTO	ACLARACIÓN DEL TEXTO	INFORMACIÓN DISPONIBLE
Control de infecciones hospitalarias	1	Cuenta con normas escritas sobre precauciones para control de infecciones	Las normas pueden ser oficiales, de difusión científica o de elaboración propia avalados por la autoridad hospitalaria. Entre sus contenidos deben figurar recomendaciones acerca del lavado de manos, antisépticos y desinfectantes. Higiene hospitalaria. Curación de heridas. Cuidado de catéteres intravasculares y urinarios. Manejo de secreciones respiratorias	Normas escritas
	2	Se lleva registro de incidencia de infecciones hospitalarias y se efectúan estudios de prevalencia por lo menos una vez al año	Los registros deben contener información sobre la cantidad de casos detectados en un período determinado, la vía de infección y la relación con la cantidad de internaciones producidas.	Registro de incidencia de infecciones y prevalencia.
	3	Cuenta con por lo menos un médico o enfermero encargado del control de infecciones que utilice métodos activos de vigilancia epidemiológica.	El personal encargado deberá poseer capacitación o experiencia previa para la función de control de infecciones y poder de decisión (infectólogo, enfermero, epidemiólogo, clínico u otro)	Nómina del personal encargado y capacitación de los mismos. Normas de procedimiento. Registro de informes.
	4	Cuenta con comité de infecciones y con un Programa de prevención y Control que se revisa anualmente.	El Programa deberá contener como mínimo: registro de infecciones, identificación de las cepas prevalentes, política de antibioticoterapia. Vigilancia de procedimientos de limpieza y de técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento. Actividad docente para el personal.	Nómina de personas que conforman el Comité de infecciones. Programa de Prevención y control. Actas de las reuniones del comité del último semestre.

Manual de Acreditación. Septiembre de 1992. ⁹

CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Para llevar a cabo el procedimiento de Categorización, se emplea el modelo desarrollado por el Dr. Camilo Marracino y colaboradores desde 1987, en la Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados (CONFECCLISA), por ser el más práctico y de aplicación más sencilla entre los existentes, a efectos de definir la capacidad resolutive de cada establecimiento y determinar criterios de derivación.

El método proporciona una clasificación de los nosocomios, con el fin de estratificar la oferta de servicios. El objetivo principal es establecer redes de derivación, a fin de que cada paciente sea atendido por la institución con la capacidad resolutive más adecuada para atender su problema. El criterio trazador que se emplea para diferenciar las categorías entre sí, es el riesgo vital de los pacientes y el originado por los procedimientos que se le efectúen. No se emplea ahora el de complejidad tecnológica, ya que no siempre ésta implica un mayor riesgo vital. Por el contrario, los adelantos tecnológicos han reducido significativamente los riesgos, como en las cirugías endoscópicas, por ejemplo.

Debe recordarse que en algunas Provincias los procedimientos de categorización son aplicados por las autoridades sanitarias, mediante leyes relacionadas con las habilitaciones. También a nivel nacional, el propio Ministerio de Salud anticipó su propósito de llevarla a cabo, y publicó normas con esa finalidad, pero para ser aplicadas requieren un convenio de adhesión con cada Provincia. Por otra parte, diversas organizaciones no estatales, que agrupan a prestadores privados, han encarado programas de Categorización, para clasificar a sus establecimientos asociados. 10

La Categorización de establecimientos se puede complementar con criterios operativos para la categorización de prácticas, que es un instrumento destinado a ordenar las prácticas y prestaciones -principalmente quirúrgicas- según el riesgo que implica su realización o el inherente al propio paciente. Se utiliza un conjunto

de intervenciones quirúrgicas, codificadas según el Nomenclador Nacional, relacionándolas con criterios de riesgo. A su vez, también define los criterios que diferencian los riesgos provenientes del estado del paciente y que condicionan las situaciones que deben ser consideradas en la realización de las prácticas y prestaciones.

Se presentan a continuación las diferentes categorías de establecimientos previstas en el Programa y la denominación que describe a cada una:

Clasificación Categoría

1. Establecimiento sin internación

- Consultorio (Categoría I)
- Policonsultorio (Categoría II)
- Establecimiento asistencial ambulatorio (Categoría III)

2. Establecimientos con internación

- Establecimiento en aislamiento geográfico (Categoría IV)
- Establecimiento urbano sin UTI (Categoría V)
- Establecimiento urbano con UTI (Categoría VI)
- Establecimiento urbano con UTI y de alta complejidad (Categoría VII)

Las evaluaciones se llevan a cabo mediante expertos especialmente adiestrados y en base a formularios de diseño sencillo, que permiten relevar en terreno las características principales de cada nosocomio, con el fin de definir las pautas fronterizas, que permiten separar una categoría de otra. Se procura evitar la descripción de modelos ideales, que enumeren los elementos que debería tener cada categoría, tal como ha ocurrido en diversas jurisdicciones con normas legislativas de habilitación categorizante. De este modo, se dispone de un instrumento de bajo costo, que proporciona criterios prácticos para la toma cotidiana de decisiones, por parte de entidades gerencadoras o financiadoras: a) determinar vías de derivación de riesgo vital creciente, y b) autorizar prácticas de

diagnóstico e intervenciones quirúrgicas en instituciones que reúnen condiciones adecuadas. Los gastos que demanda el estudio se ajustan a cada caso, según la distribución geográfica de los establecimientos a categorizar y el personal que deba asignarse a las tareas.

Cabe destacar que el instrumento que este trabajo proporciona, no tiene otro carácter que el de aportar algunos criterios técnicos -destinados a apoyar y fortalecer las decisiones de la institución- que no reemplazan a los conocimientos técnicos y prácticos de los funcionarios encargados de aplicarlos. En caso que la legislación de la jurisdicción, en la que están emplazados los establecimientos a evaluar, tenga pautas preestablecidas en materia de Categorización, se procura compatibilizar las categorías con las normas vigentes. 11

El Ministerio de salud de la Nación, enmarcada dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, por resolución 282/1994 , establece los Criterio Básicos de Categorización de Establecimientos asistenciales con internación.

Cada una de las categorías tendrán como requisito mínimo aspectos vinculados con a) Planta Física , b) Marce normativo de funcionamiento , c) Recursos Humanos , d) Equipamiento tecnológico necesarios para garantizar la adecuada calidad de la atención en los distintos niveles.

Esta categorización está elaborada en base a criterios de riesgo y no en la capacidad tecnológica disponible.

Nivel I: Bajo Riesgo. Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistema en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contra referencia.

Nivel II: Mediano Riesgo. Puede constituir la puerta de entrada al sistema. Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a lo que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que excedan la resolución del bajo riesgo.

Nivel III: Alto Riesgo. Excepcionalmente constituye la puerta de entrada al sistema. Puede realizar acciones de bajo y mediano riesgo pero debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad tanto sea por el recurso humano capacitado como así también el recurso tecnológico disponible. 12

Rol de Estado

Programa Nacional de Garantía de la Atención Médica

Fue creado por resolución ministerial Nro.432 del año 1992 y refrendada por el decreto Nro. 1424/97 y luego el decreto del PEN 939/00. Su aplicación depende de la Dirección de Calidad de Servicios de Salud.

En estos años su actividad a fin de garantizar la calidad ha sido a través de las directrices de organización y funcionamiento, el desarrollo de un sistema de habilitación categorizante conteniendo grillas con estándares para la habilitación y categorización de los establecimientos de salud con internación públicos y privados. Su desarrollo fue refrendado y aceptado por el CO.FE.SA (Consejo Federal de Salud) en las 24 jurisdicciones del país.

Este programa es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos nacionales de salud, en el sistema del seguro de salud, en el sistema nacional de obras sociales, INSSJyP, en los Hospitales Públicos de gestión descentralizada, etc.

Líneas de Acción

- 1) Seguridad de los pacientes y gestión de riesgos sanitarios
- 2) Desarrollo de directrices de organización y funcionamiento de los servicios de salud
- 3) Desarrollo de grillas de Habilidadación Categorizante de los servicios de salud
- 4) Sistema Nacional de Evaluación Externa
- 5) Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
- 6) Uso racional de medicamentos
- 7) Investigaciones en Calidad de los Servicios de salud
- 8) Capacitación y Asesoramiento en todo el país
- 9) Armonización con los mismos programas del MERCOSUR y países asociados.

Estas líneas de acción se basan en la premisa de generación de consensos con los diversos actores implicados en el proceso de salud, enmarcados en los principios de mejora continua de la calidad y de la medicina basada en la evidencia.

Es un proceso dinámico, ya que los avances tecnológicos, la capacitación profesional, las constantes transformaciones en la práctica asistencial, la participación creciente de los ciudadanos, conlleva a la necesidad de una permanente actualización y revisión de las directrices que regulan la práctica asistencial y los servicios de salud. Dicho proceso se inicia con la creación de una comisión conformada con representantes de entidades gubernamentales y no gubernamentales académicos, científicos, deontológicos y de profesionales, prestadores de servicios y financiadores del sistema de salud.

Seguridad de los pacientes

En octubre de 2004, la OMS realiza el lanzamiento de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente a fin de elevar la conciencia y el compromiso político en la mejora de la seguridad de los cuidados de la atención sanitaria.

En concordancia con estos principios enmarcados a nivel mundial y regional, el Ministerio de Salud aborda esta problemática desde la perspectiva de la calidad de los servicios de salud.

La implementación de sistemas de gestión de riesgo sanitario y seguridad de los pacientes es una parte integral del Programa de Garantía de Calidad. Así la seguridad del paciente (definida como ausencia de lesiones a causa de la atención sanitaria) atraviesa las dimensiones claves de la calidad de los servicios (estructura física, recursos humanos, procesos y resultados).

El acceso a una atención sanitaria segura es un derecho básico de los ciudadanos, por lo tanto se propone como estrategia un modelo centrado en el sistema donde lo más importante cuando surge un problema no es quién, sino qué, cómo, cuándo, dónde, por qué, y cómo se podría haber evitado.

Acciones de Seguridad de los Pacientes

- 1) Capacitación de equipos hospitalarios en Seguridad de los Pacientes y Gestión de Riesgos Sanitarios

- 2) Estudio IBEAS (línea de investigación metodológica de diagnóstico de eventos adversos predominantes en nuestro contexto y la puesta en práctica de soluciones a los problemas priorizados) , realizado en forma conjunta con otros países de la región : Colombia , Costa Rica , México y Perú.

- 3) Desarrollo de directrices respecto a la confección, almacenamiento y recupero de la Historia Clínica, trabajo en un HC única (en papel e informatizada) , consentimientos informados , deberes y derechos de los pacientes y manejo de residuos patológicos.

- 4) Fomentando el Uso Racional de Medicamentos

- 5) Fomentando la participación de pacientes y usuarios

- 6) Desarrollo de Guías de Práctica Clínica (GPC) para disminuir la variabilidad en la práctica clínica, evitando retrasos diagnósticos y solicitud inadecuada de estudios complementarios y adaptándolas al contexto local.

Estandarización de Procesos Asistenciales

La estandarización de procesos asistenciales en los servicios de salud fue implementada durante años a través de las clásicas Normas de Diagnóstico y Tratamiento; sin embargo, el desarrollo de la Epidemiología Clínica, la Medicina

Basada en la Evidencia (MBE) y la investigación en servicios de salud le otorgan nuevas dimensiones.

La medición sistemática de procesos y resultados clínicos, así como las repercusiones económicas que estas generan y las intervenciones en las organizaciones para mejorarlas generan nuevas áreas de desarrollo.

La estandarización de procesos asistenciales se avizora como una alternativa más racional en un contexto de calidad y seguridad.

Este ciclo de estandarización se basa en el uso de Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia científica, medición del desempeño mediante indicadores , auditoría de casos y adhesión del equipo de salud , evaluación de la efectividad y mejora continua.

De la misma manera, y por resolución 458/2009 se crea la Unidad Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías de Salud, con el fin de orientar la toma de decisiones de manera racional, basada en métodos científicos, siendo de utilidad para todos los efectores en salud a fin de mejorar la calidad, equidad y eficiencia de los servicios de salud, evaluando el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos usados en la atención sanitaria.

Sistema Nacional de Evaluación Externa

Para promover y apoyar el mejoramiento continuo de la calidad a niveles superiores se cuenta con un sistema de evaluación externa, el cual es un proceso voluntario y periódico de autoevaluación y evaluación externa en sus distintas modalidades.

Por resolución ministerial 1189/07 el Ministerio de Salud de la Nación crea el Sistema Nacional de Evaluación Externa en Servicios de Salud, donde este se encuentra con el rol rector y con la facultad de evaluar y auditar a las entidades evaluadoras y acreditadoras cada cuatro años supervisando el funcionamiento general del sistema. A través del mismo se habilitó el Registro Nacional de Entidades Evaluadoras Externas en Servicios de Salud y el Registro Nacional de Servicios de Salud con Evaluación Externa.

Objetivos

- promover el mejoramiento continuo de la atención
- proporcionar al usuario la confianza para acceder a un servicio de salud
- garantizar que los establecimientos evaluados cuenten con los recursos y capacidad de gestión adecuados para ofrecer servicios efectivos, eficientes, seguros y de calidad
- fomentar en el personal procesos de autoevaluación permanente que permitan identificar puntos críticos y establecer mecanismos para mejorar la calidad de atención
- optimizar el uso y rendimiento de los recursos

Modalidades de evaluación externa

- obligatorios (hechos por el estado):
 - 1) instituciones (habilitaciones)
 - 2) recursos humanos (matriculación y certificación y recertificación de especialidades)
- voluntarios (hechos por ONG): acreditación de servicios y establecimientos de salud. 13

La existencia de estos dos registros ordenadores de la información disponible en lo que se refiere a la cuestión de la acreditación es fundamental si se tiene en cuenta que la nuestra no es una cultura que suele privilegiar la sistematización de datos.

El desafío futuro es que tanto las instituciones privadas como públicas se presenten a este sistema voluntario de evaluación de la calidad.

Conclusiones

Como se ha expresado en la introducción de este trabajo el tema de la calidad aparece a simple vista como una frase donde mínimamente conviene detenerse a pensar, porque la calidad es subjetiva, es difícil de definir según el objeto que estemos tratando, los tiempos, las épocas, las expectativas personales y comunitarias, etc.

Quién de nosotros, que ejercemos la práctica médica diaria, no cree que da lo mejor de sí en pos del paciente, aun así , ¿ podríamos decir que damos una atención de buena calidad? Uno podría pensar que sí, cuando los pacientes vuelven con uno, o ese lo recomienda con otro y este con otros.

Sin embargo, hemos visto, que este hecho tan corriente de nuestras vidas es posible mensurarlo y que el modelo médico que hemos aprendido , donde nosotros damos y el otro simplemente recibe, está quedando atrás ; el derecho de los pacientes , la equidad en salud, la seguridad sanitaria, la satisfacción del paciente, etc., son modelos de atención de la salud que están derrumbando paradigmas de la medicina paternalista que hemos recibido en nuestra educación, en esos largos pases de sala como residentes detrás del jefe que todo lo sabe al pie de la cama con un paciente entregado porque sabe que ese hombre de guardapolvo blanco con toda esa gente que lo sigue no puede estar equivocado. Así aprendió una generación a la que como médicos muchos pertenecemos y donde los cambios requieren un trabajo contracorriente, cultural, educativo, asistencial y humano.

Nuestra profesión en nuestra cultura contemporánea se encuentra ante varios desafíos.

Muchas veces cuestionada, los avances científicos y tecnológicos proliferan día a día, cambiando el modo en que actualmente se practica la medicina, pareciendo superar su objetivo esencial: la atención humana al que sufre.

Como refiere, Guillermo Jaim Etcheverry, “hoy el estándar de oro que guía nuestra práctica médica consiste en fundarla en la evidencia científica “.

En estas épocas donde está de moda lo efímero y lo superficial, la medicina acrecienta el entrenamiento científico pero esto muchas veces en desmedro de una relación entre humanos: la relación médico-paciente.

La vocación médica es esencialmente el cuidado del otro, de su salud física y espiritual, un complejo psicosomático, un todo.

¿Se cruzan en algún punto la calidad humana con la calidad en salud?

La calidad en el terreno sanitario es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población.

Según la OMS es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción del paciente.

La calidad de la atención médica está en relación directa con los resultados obtenidos, si los resultados son malos, la calidad es mala; sin embargo, también debe evaluarse a partir de la estructura y del proceso. Es posible alcanzar buenos resultados con malos procesos (estudios innecesarios, prolongados tiempos de espera, etc.) y eso también va en detrimento de la calidad.

Como hemos visto, una buena calidad de atención médica también implica respetar los derechos y las elecciones de los pacientes, no generar DAÑO.

Durante los últimos años, se ha observado un crecimiento y una consolidación de los programas para el mejoramiento de la calidad de la atención médica, sobre todo a nivel a privado pero también actualmente a nivel del Estado.

Fundamentalmente basado en estrategias de acreditación de la calidad de la atención médica sustentada en tres pilares: Diseño, Monitoreo y Rediseño.

Solo queda para el futuro que estos sistemas tengan una mayor difusión en la población general y que el sistema financiador reconozca que la condición de una institución acreditada es un valor agregado que repercute económicamente en la disminución de los costos de la NO calidad.

Finalmente, desde el punto de vista de la bioética, sabemos que la salud y la enfermedad no pueden reducirse solamente a lo biológico sino que la dimensión cultural también está presente. Una enfermedad no es la misma en dos pacientes diferentes simplemente porque su historia de vida es diferente y por ende nuestro accionar médico también será diferente, pero además deberá ser distinta conjugando nuestras indicaciones con las elecciones del paciente . Tener en cuenta estas cosas ayudará a planificar una estructura y a implementar un proceso de atención médica que conduzca a resultados de calidad.

Bibliografía

- 1) Outomuro, Delia. Calidad de atención médica y riesgo sanitario. Biblioteca ITAES (pdf)
- 2) Arce, Hugo. Bases conceptuales para la acreditación y categorización de establecimientos, Confecclisa, Argentina, 1988.
- 3) Otero, Ricardo. La Acreditación en Salud. Características, antecedentes internacionales y desarrollo en República Argentina, Revista ITAES, Vol.13, Nro.3, 2011.
- 4) Durlach, Ricardo. El ITAES y el valor de la acreditación en Salud. Revista ITAES, von Nro. 9 Nro. 1. 2007
- 5) Marracino, Camilo. La acreditación, la categorización, la habilitación y la certificación de especialidades como instrumento de regulación de la calidad de la atención médica. Revista Medicina y Sociedad Nro. 3, vol.11, Argentina, 1988.
- 6) ITAES, Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos en Salud , www.itaes.org.ar
- 7) Manual de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento. 1era. Edición, septiembre de 2002, ITAES.
- 8) OPS-Federación Latinoamericana de Hospitales: Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe, edit. OPS-FLH, EEUU, 1991.
- 9) Manual de Acreditación de Establecimientos Asistenciales en la República Argentina. COMCAM, Comisión Mixta para el desarrollo de la Calidad de Atención Médica
- 10) Categorización de Establecimientos Asistenciales, CONFECCLISA, Revista Confederal Nro. 16, septiembre 1992.
- 11) Categorización de Establecimientos en Salud. Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud. www.calidadensalud.org.ar
- 12) Directrices de organización y funcionamiento. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. www.msal.gov.ar

13) Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar