

## 9ª Convención Médica Nacional

### ***Grupo 1: Mejora del modelo de la práctica en atención médica***

#### 1. Introducción

Entre los cambios que viene experimentando nuestro sistema de atención de la salud se destaca el acento en la **equidad** y el **acceso** como orientaciones centrales. Más allá de acuerdos o desacuerdos con las formas concretas adoptadas, es importante asegurar a la totalidad de la población un acceso adecuado y equitativo ajustado a sus necesidades sanitarias. Sin embargo para seguir mejorando el estado de salud de la comunidad resulta imprescindible avanzar en la capacidad de resolución del sistema con un enfoque que incorpore a la calidad; hoy no basta solo con accesibilidad, sino **acceder a una oferta que se sustente con resultados clínicos y niveles de seguridad** mensurables y comparables tanto a nivel local como internacional.

La mejora de la calidad de los servicios de salud se dirige a desarrollar modelos de atención que cumplan con los aspectos de accesibilidad, seguridad, oportunidad, eficiencia y enfoque en el paciente. Las estrategias para mejorar la calidad de la atención al igual que la tecnología o los nuevos tratamientos requieren el análisis de su efectividad y costo efectividad. Además es necesario evaluar estas estrategias desde el punto de vista del factor humano en los aspectos de impacto cultural (cultura de la organización), cambio de conducta profesional y rediseño de los procesos.

En cualquier caso, las debilidades identificadas, las oportunidades de mejora y las consecuentes estrategias son, por definición, casi infinitas. Esto obliga a establecer, en cada capítulo de trabajo una serie de objetivos sobre los que enfocarse, pero que de ninguna manera intentan negar que la conquista de la calidad sea un proceso continuo.

#### 2. PRINCIPALES PROPUESTAS

##### 1) CENTROS DE REFERENCIA POR PATOLOGÍAS

De manera operativa se decidió establecer la definición de estos centros a los espacios de atención multidisciplinaria de pacientes con enfermedades o necesidades de cuidado complejas, de alto costo o de alto impacto social.

En un Sistema de Salud fragmentado obtenemos una gran cantidad de esfuerzos parciales, limitados por el soporte económico de cada prestador individual, sin equipos asistenciales que acumulen la experiencia necesaria para el tratamiento de múltiples patologías y con esfuerzos individuales que, por necesidad, tienen un escaso acceso al desarrollo y la adquisición de tecnología. Esta situación se observa a nivel público y privado, generando una marcada asimetría interna en la calidad de servicios que ofrece cada prestador. Hoy la respuesta a los desafíos de la medicina especializada no es más individual, ni de grupos, sino de organizaciones multidisciplinarias. Esta aproximación es propuesta como una manera racional de abordar las diferentes modificaciones a nuestro sistema sanitario actual.

Existen algunas iniciativas nacionales que pueden servir de ejemplo para la creación de este tipo de centros y que son reconocidos como centros “de hecho”. Sin embargo, es necesaria una definición sobre qué patologías o grupos de patologías obtendrían la mejor relación

costo/beneficio con estos centros, dónde ubicarlos y como certificar su nivel de competencia. Parece razonable proponer la creación de un “paquete” de características necesarias para alcanzar ese status, que incluya un sistema de monitoreo de su desempeño y seleccionar dos o tres áreas de interés que puedan desarrollarse como plan piloto. En función de los resultados de este plan se podrán proponer las modificaciones necesarias a los centros en actividad y planificar la extensión de la experiencia a otras áreas que puedan beneficiarse de esto.

¿La creación y funcionamiento de un Centro de Referencia inhibe la práctica médica fuera del mismo?

No existe evidencia que implique un deterioro de la práctica médica asociado a la presencia de Centros de Referencia. Sin embargo, el éxito de este proyecto radica en cuatro aspectos fundamentales:

1. La práctica asistencial por fuera del centro debe tener también estándares de calidad para la identificación y selección de la patología, el paciente y la oportunidad evolutiva de beneficiarse de un traslado al Centro de Referencia.
2. Debe existir la posibilidad real de consulta hacia el Centro y recibir información oportuna desde el mismo tanto para la derivación hacia estructuras de mayor complejidad como para recibir un paciente luego de haber sido tratado allí y retornar a su lugar de origen (referencia – contra referencia).
3. La resolución de patologías de primer y segundo nivel de la especialidad deberá contar con equipos asistenciales capacitados que puedan aprovechar la estructura y experiencia del Centro.
4. Tanto el número de Centros de Referencia, como la porción de de estructuras de primer y segundo nivel referenciadas deben ser acordes a la demanda asistencial, evitando listas de espera y saturación de la capacidad operativa de los centros. No debe generarse un nuevo cuello de botella en la línea asistencial, aumentando la ineficiencia del sistema.

De esta manera, el Centro de Referencia no se convertirá en una estructura aislada del SNIS, sino que necesitará de un adecuado funcionamiento colectivo con el resto del equipo asistencial y donde la coordinación con los diferentes niveles y la movilidad de acceso al sistema brindara la oportunidad a toda la población del acceso al mismo.

## 2) PROGRAMAS PARA GENERAR CULTURA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD

En la búsqueda de desarrollar intervenciones que mejoren la participación, transparencia y pro actividad de los profesionales de una institución en pos de una mayor seguridad, definimos cultura como el conjunto de experiencias, hábitos, costumbres, creencias y valores, que caracterizan a un grupo humano.

En líneas generales se comparte la misma debilidad con la región (falta de evaluación, se conoce parcialmente la realidad y no es posible identificar objetivos de campañas ni oportunidades de intervención). A esto se suma que el tema seguridad se instala en la opinión pública a través de la muerte de pacientes. Esto enfoca la atención en la seguridad solamente del paciente y no de un sistema asistencial seguro para todos. Además se asocia ineludiblemente a la “búsqueda de culpables”, desvirtuando los objetivos de la cultura de la seguridad (ambiente libre de culpa, con respaldo institucional para resolver problemas, etc).

Como consecuencia, no existe el concepto de que la seguridad del paciente no se contrapone ni excluye el de seguridad del sistema de salud.

Creemos imperativo enfocar el esfuerzo inicial en esta área en conocer la realidad nacional a través de encuestas mantenidas en el tiempo (herramienta propuesta por centros extranjeros líderes en el área). La permanencia en el tiempo y la estandarización de la evaluación para los diferentes niveles de atención es la clave para aportar información objetiva, comparable y evaluable por auditores externos. La estructura necesaria para darle soporte a esta iniciativa tampoco existe aún en el Uruguay, pero podría ser el inicio de una serie de PROGRAMAS para el mejoramiento de la cultura organizacional.

En la medicina moderna existe la tendencia cada vez más aceptada de manejar estas áreas bajo forma de PROGRAMAS, y en definitiva el trabajo de un servicio no es otra cosa que la planificación, discusión, ejecución y control de diferentes programas, cohesionados por un mismo cuerpo técnico-docente, por un mismo espíritu de equipo en la investigación, la asistencia y la docencia, y que emplea un conjunto de herramientas de trabajo (técnicas, administrativas y de infraestructura) que posibilitan la acertada concreción de los objetivos específicos. Esta supra estructura con capacidad de seguimiento y evaluación de todos los prestadores a todos sus niveles debería ubicarse a nivel del MSP como máxima autoridad sanitaria nacional.

#### *Objetivo de los Programas*

- Estimular dedicación, compromiso y participación.
- Erradicar el multiempleo.
- Desarrollar una cultura comprometida con el mejoramiento continuo.
- Concentrarse en satisfacer las necesidades y expectativas del usuario.
- Comprometer a cada individuo en el mejoramiento de su propio proceso laboral.
- Generar trabajo en equipo y relacionamiento interpersonal constructivo.
- Reconocer al personal como el recurso más importante.
- Emplear prácticas, herramientas y métodos de administración eficaces
- Crear una cultura de seguridad y de calidad orientada a mejorar los procesos de atención al paciente y evaluación por resultados.
- Promover el análisis de errores como instancia de aprendizaje y mejora, sustituyendo su identificación dentro de un mecanismo punitivo.

### 3) REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

Desde un punto de vista operativo, identificamos las estrategias de coordinación entre niveles como aquellas **iniciativas dirigidas a mejorar la comunicación y coordinación entre los niveles de atención de la salud. Estas iniciativas mejorarían, principalmente, aspectos de acceso, equidad y cuidado centrado en el paciente.**

De la experiencia reportada, los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud. Esto genera dificultades en el acceso a los servicios, prestación de servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, con un incremento innecesario de los costos de producción, y baja satisfacción de los usuarios.

En nuestro país, los últimos años han sido marcados por un evidente intento por reducir la segmentación del sistema. El propio diseño jurídico-institucional del SNIS lo empuja a un avance significativo hacia la cobertura universal. Pero el sistema ha enfrentado muy poco el

alto grado de fragmentación. Para superar la fragmentación es necesario primero pensar en la **plena** integración de los programas hasta ahora verticales en los servicios de salud. Para desfragmentar el sistema hay múltiples intervenciones posibles pero un objetivo estratégico es el trabajo en **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**, a través de la complementación público – privado.

En el desempeño general del sistema, la fragmentación se manifiesta como falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. Un elemento consistentemente reportado es que, en la visión de los usuarios, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios.

Las RISS no requieren que todos los servicios que las componen sean de propiedad única. Por el contrario, algunos de sus servicios pueden prestarse por medio de una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas en lo que se ha denominado “integración virtual”. Esta característica de las RISS permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones de distinta naturaleza jurídica, ya sean públicas o privadas.

El objetivo de la complementación es la mejora de la continuidad asistencial o integración clínica así como la eficiencia global del sistema de salud. La complementación viene a garantizar el acceso oportuno y equitativo a las prestaciones y debería garantizar también la calidad de los servicios.

Desde el punto de vista asistencial existen ciertos grupos de pacientes (enfermedades agudas con riesgo de vida, enfermedades crónicas, pacientes con múltiples enfermedades, pacientes con cáncer) que se benefician especialmente con la atención coordinada y deberían ser tomados como población objetivo inicial, sin excluir a otros grupos que puedan ser considerados estratégicos.

Consideramos que debe existir una estrategia para asegurar la integración que promueva la organización de los Recursos Humanos en todos los niveles de atención y estimule la utilización coordinada de las Tecnologías de la Información entre el primer nivel de atención y los Centros de Referencia.

#### 4) SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACIÓN SANITARIA

Desde el punto de vista operativo, se definió que “la acreditación o certificación es el proceso voluntario a través de un tercero, mediante el cual una organización de salud es capaz de medir calidad de sus servicios y el rendimiento de los mismos frente a estándares reconocidos a nivel nacional o internacional”.

Existe una fuerte evidencia apoyando el impacto positivo de la acreditación sobre indicadores de asistencia, variando los resultados en función de la estructura y país evaluado.

Si bien diferentes empresas y servicios relacionados con el área Sanitaria (Emergencias Móviles, Prestadores Integrales de Salud, Laboratorios Clínicos, etc) han certificado total o parcialmente algunos de sus procesos, esto no ha establecido un sistema homogéneo de evaluación y seguimiento del Sistema Sanitario nacional. En los hechos, estas evaluaciones probablemente han resultado valiosas como insumo interno a las estructuras evaluadas, ha

constituido una herramienta de marketing publicitario y eventualmente han mejorado los procesos asistenciales, aunque esto no ha sido reportado específicamente por las empresas que han contratado el servicio de certificación. En cualquier caso, esta evaluación ha sido de tipo genérico, sin poder sentar las bases de una evaluación sanitaria nacional que permita: analizar procesos y estructuras de manera temporal y su comparación entre los diferentes integrantes del sistema sanitario.

En función de la experiencia nacional e internacional, proponemos que la creación de un Sistema Nacional de Acreditación Sanitaria, que podría incluir al menos estos aspectos:

- Número y tipo de equipamiento necesario para desarrollar el procedimiento de acuerdo a la demanda.
- Condiciones de mantenimiento preventivo - correctivo y renovación de equipamiento.
- Instalaciones requeridas e inversiones destinadas a mejorar la calidad de la Atención.
- Grado de coordinación y ajuste obtenido en las áreas asistenciales según niveles de complejidad.
- Seguridad laboral para todo el personal involucrado.
- Funcionamiento de los servicios diagnósticos (sensibilidad/especificidad) y terapéuticos (resultados a corto, mediano y largo plazo).
- Funcionamiento de los sistemas de aprovisionamiento, disposición y distribución de insumos médicos y que estos estén en armonía con los servicios clínicos.
- Existencia de protocolos médicos escritos, pautas o normas (protocolos de tratamiento, normas de control de infecciones, normas de manejo de residuos, etc.)
- Existencia de programas específicos (control de infecciones, auditoría médica, Comités tumores, auditoría de muertes, registros médicos, satisfacción del usuario, investigación aplicada, seguimiento de pacientes, programas de mejoramiento continuo de la calidad, etc).
- Formación de Recursos Humanos y Líneas de Investigación ajustados a la complejidad del nivel de atención.
- Área administrativa y de apoyo (Sistemas contables, Sistemas de costeo. Sistemas de inventario e información).
- Cumplimiento de metas óptimas establecidas en estándares que abarcan variables de técnica, personal médico, de enfermería, para-técnicos y otras categorías. Dotación por tipo de recurso analizándolos según la demanda actual y potencial. Formación y capacitación individual y de equipo (especialización necesaria, capacitación, años de desempeño, educación continua).
- Coordinación con un nivel nacional de registro. Se tendrán en cuenta variables específicas por técnica que permitan conocer los resultados obtenidos en los pacientes (infecciones, reintervenciones).

##### 5) DESARROLLO DE UNA AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA

Se deberán establecer reglas de juegos claras y formales en defensa del ejercicio profesional, avanzando hacia un sistema sanitario único que contemple la universalización de la cobertura asistencial horizontal (población total) y vertical (integralidad de las prestaciones adecuadamente descritas), modalidad de financiamiento, mancomunación y reembolso de los recursos disponibles; regulación del sistema, diseño de un escenario dinámico que promueva la mejora continua de la calidad asistencial desde una base general y comprobada, a partir de la evaluación de los servicios, según una restricción presupuestaria definida explícitamente.

Esto nos pone en un contexto de eficiencia que requiere la priorización las intervenciones definidas en el sistema a través de mecanismos lo más objetivos y explícitos posibles, aplicando los métodos de evaluación más rigurosos desde una perspectiva sanitaria y económica, que doten de más transparencia, independencia y rigor técnico las decisiones acerca de la incorporación o exclusión de determinadas prestaciones en el sistema sanitario.