

## Resumen de propuestas para la 9ª Convención Médica Nacional – grupo 1 – Mejora del modelo de la práctica en la atención médica

### Introducción

El avance de cualquier sistema organizado de salud debe hacerse a partir de reconocer al paciente como centro de la atención. En esta visión, el primer nivel actúa como puerta de entrada a un sistema que asegure la longitudinalidad de la asistencia, promoviendo la estrategia de atención primaria en los tres niveles de atención.

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. Sin embargo, se debe profundizar el trabajo en aspectos que hoy resultan deficitarios, especialmente los relacionados al cambio de modelo asistencial.

Dentro de los ejes temáticos planteados al Grupo 1, se jerarquizó el fortalecimiento y el desarrollo de redes integradas de servicios de salud caracterizadas por:

- 1) Involucrar a todos los niveles asistenciales.
- 2) Promover la complementación entre prestadores (entendiendo como tal a la participación equilibrada de los actores en la gestación y gestión del servicio de salud).
- 3) Integrar centros de referencia por patologías como nodos y no como “escalones” de la red sanitaria.
- 4) Promover las intervenciones que otorguen calidad a la asistencia en todos sus niveles de complejidad.

### PRINCIPALES PROPUESTAS:

#### **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.

Proponemos la integración, fortalecimiento y desarrollo de las Redes Integradas de Servicio de Salud (RISS), buscando la complementariedad de servicios, la asistencia longitudinal del usuario y la máxima eficiencia de los servicios sanitarios.

### **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 complejos, 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.

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.

En líneas generales, el funcionamiento de estos centros debería contemplar los siguientes aspectos: 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 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. 5) La actividad del Centro debe incluir, tanto en su estructura, como funcionamiento, la asistencia, docencia, e investigación como condiciones necesarias.

Propuesta: La creación de Centros de referencia por patologías, integrando la red asistencial, promoviendo la acumulación de recursos humanos y materiales para mejorar la accesibilidad al tratamiento, los resultados en patologías de baja frecuencia, y la eficiencia cuando se requiere alta tecnología.

## **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.

Propuesta: generar programas orientados al mejoramiento de la cultura organizacional, con los siguientes objetivos:

- 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.

## **SISTEMA NACIONAL DE ACREDITACION 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 lo 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.

Propuesta: la creación de un Sistema Nacional de Acreditación Sanitaria – independiente de la habilitación otorgada por el Ministerio de Salud Pública- el que debe identificar los aspectos relevantes a evaluar y definir los indicadores que correspondan a cada área, los que puede incluir aspectos como:

- 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).

### **DESARROLLO DE UNA AGENCIA DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍA**

La inclusión de tecnología es necesaria en todos los niveles asistenciales y aparece reflejado en todo el análisis realizado. Sin embargo no están claramente definidos mecanismos de evaluación para realizar una actualización tecnológica eficiente y eficaz.

Para atender a esta necesidad, se propone la creación de una Agencia de evaluación de tecnología.

Esta herramienta deberá priorizar 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.

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.