

**ACTIVIDADES PREPARATORIAS 9ª CONVENCION MEDICA NACIONAL**

**GRUPO DE TRABAJO 1**

**Dr. Gerardo Bruno**

**Dr. Arturo Briva**

## **INTRODUCCIÓN**

Los últimos cambios que viene experimentando nuestro sistema de atención de la salud han puesto el acento en la **equidad del acceso** y esta bien que así lo haya sido. Mas allá de acuerdos o desacuerdos con las formas concretas adoptadas, es importante asegurar a la totalidad de la población un acceso fácil y equitativo a la resolución de sus necesidades de asistencia. A estos aspectos resulta imperioso agregar enfoques de seguridad y calidad; hoy no basta solo con accesibilidad a la salud, sino **acceder a una oferta que se sustente con resultados clínicos y niveles de seguridad** mensurables y comparables tanto a nivel local como internacional.

El principal desafío es la construcción de calidad y, por lo tanto las preguntas iniciales deberían ser **¿Que es calidad? ¿A que especialidad y nivel asistencial debe referirse? ¿Es esto cultural y económicamente sostenible en Uruguay?**

Si bien toda la práctica médica tiene diferentes niveles de atención, complejidades y niveles de calidad, es fundamental generar los cambios de cultura organizacional que permitan generar pautas de calidad, su monitoreo y comunicación. No es lo mismo hablar de calidad en atención primaria, medicina interna, cirugía estética o anestesiología, por poner ejemplos. Sin embargo, todas estas áreas tienen el compromiso ético de otorgar la mejor atención posible optimizando los recursos humanos, tecnológicos y económicos disponibles. Esto está indefectiblemente asociado a un sistema de monitoreo permanente, no es posible ni ético utilizar dineros públicos sin tener la certeza de que los resultados asistenciales son los mejores que se pueden obtener y sin haber generado los mecanismos para poder evaluarlo.

Las políticas de salud, para hacerse efectivas, deben concretarse en decisiones de planificación y gestión. El liderazgo conlleva la realización de cambios de anticipación y así la incorporación de las mejores prácticas como forma de gestión autoexigente y generar las condiciones para el desempeño profesional de calidad generalizado se vuelve imperiosa.

**Involucrar a los profesionales en todo el proceso de desarrollo de los planes de salud es probablemente una de las garantías de éxito. En este sentido, el modelo participativo seguido en diferentes experiencias ha comportado un grado de conocimiento y aceptación muy importante. Establecer Programas basados en objetivos de salud, y que a partir de ahí diseñemos la organización en lugar de que estas sean consecuencia (no siempre deseada) de la estructura y organización del sistema, es de por sí un gran avance. Al definir objetivos de salud se expresa explícitamente qué cambios deben realizarse y en qué dirección se quiere ir, ello significa un punto de partida para la discusión y un medio que permite evaluar lo conseguido.**

**Este relato forma parte de una visión profesional sobre algunos aspectos de lo que consideramos debería ser la organización optima en el Uruguay, aprovechando la oportunidad de un naciente sistema integrado de salud para construir un modelo responsable y sustentable en calidad – seguridad.**

Al mismo tiempo, esperamos **despertar un pensamiento critico constructivo de estos fenómenos**, dentro de la comunidad médica en el marco de la 9aCMN.

Específicamente, como coordinadores del Grupo 1, enfocaremos la discusión en los siguientes aspectos:

- 1. Centros de excelencia por Patologías**
- 2. Intervenciones para mejorar la cultura organizacional**
- 3. La evaluación externa como garantía de la atención**

**Centros de excelencia por Patologías:** promover la concentración de ciertas patologías para mejorar los resultados en salud.

Es claramente necesario para poder entender hacia donde ir, **poner en palabras y conceptos** cual es la situación que vive el Medico y la Medicina hoy **en la actual arquitectura organizacional**

En el paradigma actual de la asistencia gestionada, se persigue la eficiencia económica y no la de todo el proceso de atención. Esta postura genera en la práctica diaria un choque entre los esfuerzos asistenciales por mejorar la atención y directivas externas a la tarea sanitaria que plantean diferentes estándares para el cuidado de pacientes. 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.

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. De manera breve, identificamos algunas de ellas.

**La transición epidemiológica** implica el pasaje de un sistema sanitario que ha promovido el desarrollo de los servicios de atención especializada negando el creciente envejecimiento poblacional con un mayor número de co-morbilidades o coexistencia de diferentes afecciones en una misma persona, lo que hace más complejo el proceso asistencial.

**La transición tecnológica** para reconocer que el ejercicio de la Medicina hoy esta mediatizada por la tecnología, obligando a tener un rol activo en la adquisición y desarrollo local de herramientas tecnológicas. Esto abarca desde la informatización hospitalaria (registros médicos, historia clínica electrónica, tele-medicina), desarrollos diagnósticos (imagenología, diagnóstico molecular,etc.) y terapéuticos (sistemas de monitoreo, soporte vital, instrumental quirúrgico,etc.).

**La transición educativa** orientada a cubrir los dos polos de la relación médico-paciente. El equipo asistencial por la necesidad de formación continua (adquisición de conocimiento "in situ", intercambio con colegas de manera virtual o con pasantías) y el paciente para favorecer el acceso a información calificada sobre patologías y procesos diagnóstico-terapéuticos.

**La transición mediática** aceptando la realidad actual de presencia frecuente de temas sanitarios en los grandes medios de comunicación. Es evidente el creciente interés de la opinión pública por los temas de salud. Sin embargo, este interés viene condicionado por la dinámica de los medios de comunicación de masas, que se muestran más proclives a las noticias que presentan disfunciones de los sistemas sanitarios y a las que generan expectativas en torno a futuras innovaciones tecnológicas que a las que indican un funcionamiento adecuado y normal de la sanidad.

**La transición judicial** está asociada a la posibilidad de que los temas de salud sean objeto de un incremento de demandas judiciales debido a la propia naturaleza de la praxis médica y al curso incierto de la mayor parte de las enfermedades. Esto despierta expectativas irreales respecto a sus resultados, contribuye a tejer un velo de sospecha sistemática sobre los médicos, incita a una creciente litigiosidad, y estimula una práctica profesional defensiva que es cara y mala.

**La transición laboral** ha determinado una profesión médica que llevo a la hiper fragmentación del conocimiento, con nacimiento de múltiples especialidades, con dos o tres sub-especialidades de especialidades madres y una forma de trabajo, con multi-empleo médico y la severa segmentación inter e intra institucional. Si bien la ultra-especialización tiene aspectos positivos, los mismos se diluyen si no están asociados a entornos de integración y manejo multidisciplinario coordinado.

**La transición ética** La presión innovadora, la persuasión industrial y la potenciación de las marcas y tecnologías para ganar mercados dentro de los Hospitalarias, tanto públicas como privadas, debilitan los valores y la ética profesional. Esto favorece un entorno de sospecha cuando los posibles conflictos de interés no son claramente enunciados.

## **METODOLOGÍA DE ANÁLISIS**

En virtud de la necesidad de incluir diferentes aportes, el Grupo de Trabajo obtuvo información a partir de análisis bibliográfico (IECS), opiniones de colegas convocados a instancias de participación (presenciales y virtuales), encuestas de opinión a médicos y pacientes (Equipos Mori) y puntos estratégicos definidos en instancias de coordinación (intercambio entre Grupos de Trabajo y con Comité Convocante). Todas estas fuentes se combinan en los siguientes puntos.

### **Puntos a destacar**

1.- No existe a nivel internacional acuerdo sobre definición, aunque mayoritariamente se utiliza el de "Centros de Excelencia", que fue descartado en la discusión interna de Coordinadores atendiendo a la idiosincrasia nacional. El mismo se denominará "Centro de Referencia". 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.**

2.- La experiencia en USA y Europa indica que se adjudica la categoría de centro de excelencia a algunos servicios dentro de una estructura hospitalaria y no a todo el conjunto.

3.- **A nivel regional, no existe normativa o recomendaciones sobre características de un centro de referencia**, adquiriendo esta denominación de manera no formal (no existe institución regional que adjudique el status). De todas maneras, la denominación se utiliza generalmente en centros con: acceso a tecnología de avanzada/costosa, número de pacientes atendidos y resultados (aunque nunca existe un estudio de comparación entre resultados de centro de excelencia vs otro)

4.- **A nivel nacional, no existe estructura que adjudique la categoría de Centro de Referencia** y la tarea de fiscalización sanitaria por parte del MSP ha sido uno de los puntos más duramente criticado en los últimos años. De hecho, el MSP ha prometido desde hace dos años reforzar su departamento de inspección, cosa que no ha ocurrido hasta la fecha.

5.- Existen algunas iniciativas nacionales que pueden servir de ejemplo para la creación de este tipo de centros; cuyas experiencias se recogerán como parte de los insumos no bibliográficos. 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 experiencia quirúrgica.**

La relación entre el volumen de intervenciones, médicas o quirúrgicas, y sus resultados constituye un tema recurrente en la bibliografía médica desde el artículo seminal de Luft et al (N Engl J Med 1979; 301:1364-1369) a finales de los años setenta. Su relevancia estriba en recoger, intuitivamente, una explicación muy atrayente: una mayor casuística supone una mayor experiencia, conocimientos y habilidades técnicas, lo que debería suponer unos mejores resultados y así se demostró

Una asociación de impacto entre el Número de operaciones del Hospital y los resultados de mortalidad y manejo de las complicaciones comenzó a demostrarse a inicios de la década de los 80 en cirugía cardíaca y en los 90 en el campo de la cirugía general. Progresivamente se fue extendiendo a otras especialidades y procedimientos

Una asociación entre el número de operaciones para el cáncer realizado en un hospital y el mejor resultado de estas operaciones se ha demostrado para la esofagectomía y pancreatectomía así como para las operaciones de cáncer de mama, cáncer de colon y cáncer de próstata. Cuando se intenta realizar procedimientos como la pancreatectomía y esofagectomía, existe una fuerte evidencia de que éstas se pueden realizar de forma más segura en los centros de referencia de alto volumen. Los datos apoyan una conclusión similar para la resección hepática y cirugía pelviana.

Se ha podido demostrar, sobre todo en las grandes series americanas que comparan a pacientes intervenidos del mismo procedimiento en hospitales de pequeño volumen y hospitales especializados con experiencia en dichos procedimientos, que la mortalidad y morbilidad en los hospitales de menor experiencia pueden ser de 3 hasta 6 veces superiores. Así pues, es importante establecer unos estándares por debajo de los cuales los resultados se podrían catalogar de su óptimos y no deberían realizarse ciertas intervenciones.

La relación inversa entre la morbilidad o mortalidad y el volumen de pacientes que reciben asistencia en un centro de referencia es conocida como “**efecto centro**”.

En las últimas décadas se ha apreciado que ciertos procedimientos quirúrgicos de alto riesgo tienen menor mortalidad y mejor evolución cuando se efectúan en hospitales con mucha casuística. Sin embargo, es probable que el volumen no lo sea todo y quizá refleje un conjunto de variables como mejor selección de los pacientes, tratamientos complementarios, metodología diagnóstica, especialización médica , quirúrgica y de cuidados intensivos.

¿Por qué ocurre esto? La mejora de resultados que la centralización supone genera un círculo muy positivo: a mejores resultados, mayor volumen de pacientes (“sesgo de selección”), al ser atraídos más pacientes procedentes de otros centros, lo que implica mayor experiencia, no sólo quirúrgica, **sino de toda la unidad**, y con ella mejores resultados (“la práctica hace la perfección”)

De ahí que el efecto centro, que no es mas que promover la coexistencia en el mismo tiempo y espacio físicos de todos los programas entre los diferentes integrantes.

### **¿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 dos 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.

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.

Como línea estratégica, proponemos que la creación de Centros de Referencia promueva modificaciones concretas de la práctica médica:

**En lo asistencial:** mejorar los resultados

**En lo económico:** optimizar los recursos

**En lo laboral:** generar dedicación preferencial

**En lo sistémico:** propender a una mayor y necesaria integración

**En lo académico:** fomentar la formación de recursos humanos en el área.

**En lo social:** dar un paso más en la construcción de estándares de calidad y acceso a la asistencia.



**Intervenciones para mejorar la cultura organizacional:** desarrollar intervenciones que mejoren la participación, transparencia y proactividad de los profesionales de una institución en pos de una mayor seguridad.

De forma operativa **definimos cultura como el conjunto de experiencias, hábitos, costumbres, creencias y valores, que caracterizan a un grupo humano.**

Más allá que de manera coloquial todos creemos conocer los aspectos que definen a la “idiosincrasia nacional”, esta apreciación la mayoría de las veces encierra un conjunto de lugares comunes, creencias populares y estereotipos bastante alejados de evaluaciones científicas sobre el tema. De hecho, la primera pregunta a realizarse en este punto sería:

**¿Cuáles son las características que definen a la cultura organizacional del sistema sanitario uruguayo?**

Para no caer en apreciaciones similares a las mencionadas anteriormente deberíamos saber qué aporte puede hacer al tema la bibliografía internacional. Al realizar la búsqueda sistemática surge que

1.- Gran heterogeneidad en reportes internacionales, con problemas para generar una definición específica y muy pobre información internacional sobre resultados de intervenciones con ensayos metodológicamente sólidos.

2.- No existe evaluación por encuestas a nivel Latinoamericano sobre cultura de seguridad en organizaciones sanitarias.

3.- A nivel nacional:

a) comparte la misma debilidad de la región (sin evaluación, se conoce parcialmente la realidad y no es posible identificar objetivos de campañas ni oportunidades de intervención).

b) 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.)

c) no existe, a consecuencia del punto “b” el concepto de que la seguridad del paciente no es opuesto ni excluyente de seguridad del sistema de salud.

Hoy nuestra practica esta dada por la dispersión laboral, basada en el multiempleo, con la fragmentación el médico despersiona su participación en la estructura asistencial y mantiene un vínculo formal mínimo, alejándose de actividades tales como coordinación, participación en equipos , funcionamiento en jerarquías y del estímulo de trabajo por no tener actividad presencial dedicada.

Tenemos a los médicos trabajando pocas horas en distintos lugares imposibilitando el trabajo intra, Inter. y transdisciplinario, disminuyendo y fragmentando la responsabilidad del profesional con el paciente y la Institución, multiplicando los costos administrativos e imposibilitando tareas de control y evaluación.

Basándonos en estos aspectos y los reflejados por las opiniones de colegas 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.

Luego de establecida la información inicial de cada nivel de atención sanitario, este programa debe desarrollar intervenciones específicas que busquen, a nivel nacional, alcanzar una serie de premisas que enunciamos a continuación:

**Estimular dedicación, compromiso y participación.**

**Desarrollar una cultura comprometida con el mejoramiento continuo.**

**Concentrarse en satisfacer las necesidades y expectativas del consumidor.**

**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**

**La evaluación externa como garantía de la atención:** difusión de diversos mecanismos de acreditación y certificación profesional y su impacto en la calidad de atención.

Desde el punto de vista operativo, se definió que **“la acreditación o certificación es el proceso 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”**.

De esta manera, se analiza la evidencia extranjera tanto en relación al proceso de acreditación de varios países de América Latina, los resultados reportados a nivel internacional y la experiencia nacional para realizar una serie de recomendaciones para grupos Delphi.

### **Antecedentes.**

Los primeros estándares de desempeño fueron introducidos en USA con la “norma mínima para los Hospitales” en 1917. Con una fuerte impronta en patologías quirúrgicas.

En 1947 se funda la Organización Internacional de Normalización (ISO) bajo el influjo de la fuerte demanda de transacciones de bienes a nivel mundial.

En 1951 en USA comienza a funcionar la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO), difundándose su modelo de trabajo a Canadá y Australia (1960 y 1970) y luego a Europa (1980).

**En términos generales, la acreditación de establecimientos de salud es una metodología de evaluación externa e interna de la calidad que procura abarcar aspectos de estructura, proceso y resultados, cuyas característica más relevante es que han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo dentro de organizaciones acreditadas.**

**Implica además un proceso voluntario y periódico, con el establecimiento de una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, previamente conocidos por las entidades evaluadas.**

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. Es así que reuniendo información de diferentes reportes internacionales (Zambia, Sudáfrica, Australia, Noruega, USA, Egipto y Filipinas), han existido mejoras en varios marcadores de alto peso (mortalidad para el infarto de miocardio) junto a otros (mejora estructural, atención clínica, cumplimiento de protocolos).

Sin embargo, deben realizarse al menos dos puntualizaciones: no existe una relación lineal cuantificable entre el nivel de acreditación y la calidad (la acreditación mejora la asistencia, pero no es suficiente para asegurar la calidad) y no está suficientemente evaluado el impacto en costos (se asume que es fundamental la decisión político-gubernamental de apoyar económicamente estos programas, aunque no pueda definirse apriori su impacto en costos).

Parte de los resultados obtenidos por la aplicación del proceso de acreditación se basa en dos aspectos difíciles de cuantificar, pero claramente determinados:

**1.- Debe ser llevado adelante por una entidad, distinta y separada de la organización de atención de salud, por lo general no gubernamental.**

**2.- La acreditación proporciona un compromiso visible por una organización para mejorar la seguridad y calidad de la atención al paciente, para asegurar un ambiente de atención segura, y de trabajo continuo para reducir los riesgos para pacientes y personal involucrado.**

**Antecedentes en Latinoamérica.** En líneas generales la experiencia latinoamericana no puede compararse con el resto del mundo, pero hay algunos aspectos interesantes para destacar.

**Argentina.** Desde 1990 hasta la fecha se han observado avances concretos y creación de estructuras para desarrollar un sistema de acreditación. Sin embargo, si bien existe una clara intención de que la acreditación sea un mecanismo de la mejora de la calidad, la disposición o condicionamientos para que la misma sea implementada no están activos.

**Brasil.** Inicia su proceso a principios de los 80, consiguiendo en 2006 la creación del Manual Brasileño de Acreditación de las Organizaciones Prestadoras de Servicios de Salud (MBA/OPSS), que se actualiza en 2010. Es un instrumento considera fundamental para guiar a evaluadores e instituciones en el proceso de acreditación. No se dispone al momento de reportes que evalúen el impacto de este programa.

**Chile.** A partir del 2004 se establece por ley que el Ministerio de Salud tiene la función y potestad de “establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar”. No hay posteriores reportes de su implementación como programa evaluable.

**Colombia.** Comienza su proceso en 1994, con varios intentos frustrados. Se destaca que en el año 2000 se realizó una evaluación de 12 países con desarrollo igual o mayor a Colombia sobre sus instituciones de acreditación en salud. Esto concluye con la creación de una entidad de acreditación en el 2003. No hay resultados evaluables a la fecha.

**Ecuador.** El capítulo acreditación se enmarcó en una reforma mayor del sistema de Salud ecuatoriano buscando acceso universal a los servicios. No hay desarrollo concreto a la fecha.

**México.** Establece el ingreso de instituciones voluntario a un Sistema de Protección Social en Salud que incluye la acreditación, incluyendo las pautas establecidas en un manual específico. Sin resultados reportados.

**Paraguay.** La Superintendencia de Salud tiene a su cargo la tarea de acreditación, pero no cumple a la fecha sus funciones.

## ¿Cuáles son los beneficios de la acreditación?

El proceso de acreditación está diseñado para crear una cultura de seguridad y de calidad dentro de una organización que se esfuerza por mejorar continuamente los procesos de atención al paciente y los resultados.

Al hacerlo, las organizaciones logran:

- **mejorar la confianza pública** de que la organización se preocupa por la seguridad del paciente y la calidad de la atención;
- **proporcionar un ambiente de trabajo seguro** y eficiente que contribuya a la satisfacción de los trabajadores;
- **negociar** con las fuentes de pago con los datos sobre la calidad de la atención;
- **involucrar a los pacientes**, observar el respeto a sus derechos en el proceso de atención como socios;
- **crear una cultura** abierta al aprendizaje de la comunicación oportuna de los eventos adversos y los problemas de seguridad;
- **establecer un liderazgo** de colaboración que determina las prioridades para el logro de la calidad y seguridad de los pacientes en todos los niveles.

## Experiencia Nacional

### Certificación de Sistemas de la Calidad (UNIT-ISO9000)

Si bien diferentes empresas y servicios relacionados con el área Sanitaria (Emergencias Móviles, Prestadores 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 a 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 diferentes integrantes del sistema integrado de salud.

### Fondo Nacional de Recursos.

Creado por Decreto-Ley en mayo de 1979 (Ley N° 14.897), establece en su "Misión" **"Otorgar financiamiento a un conjunto de prestaciones médicas altamente especializadas incluyendo medicamentos de alto costo, de demostrada efectividad, permitiendo que las mismas estén disponibles con equidad para**

**toda la población del país asegurando que dichas prestaciones se realicen con el máximo de calidad y eficiencia y en condiciones de sustentabilidad económica y financiera”.** (<http://www.fnr.gub.uy/mision>)

Esta estructura ha representado, mas allá de cambios a lo largo del tiempo, una herramienta fundamental para el acceso a miles de pacientes a procedimientos y tratamientos de alto costo, mejorando la calidad de la asistencia sanitaria nacional más allá de los recursos económicos de sus usuarios. Al mismo tiempo, ha sido el motor de desarrollo de varias especialidades vinculadas a esos procedimientos, colaborando indirectamente en la generación de RRHH y experiencia nacional en el seguimiento y tratamiento de diferentes patologías (por ejemplo el registro de pacientes en diálisis).

Al mismo tiempo que otorga financiamiento, evalúa algunos aspectos relacionados con la calidad y eficiencia, como señala el decreto N° 101/003(marzo 2003), instaurando indicadores de gestión que avalarán la acreditación permanente de los diferentes IMAE

**Las áreas que imprescindiblemente deben ser objeto de evaluación a los efectos de una acreditación permanente y común a todas las técnicas serán:**

- 1) Recursos Humanos**
- 2) Planta Física**
- 3) Equipamiento**
- 4) Funcionamiento Organizacional**
- 5) Procedimientos realizados**
- 6) Resultados**

En términos generales es compartida en su totalidad la necesidad de establecer sistemas de acreditación y seguimiento de la calidad asistencial brindada por los prestadores financiados por el FNR. Sin embargo, desde el punto de vista técnico es cuestionable que una misma institución maneje el capital financiero, establezca la pertinencia, o no, del acceso de un usuario a las prestaciones, determine la acreditación de los prestadores y evalúe la calidad de la asistencia brindada.

### **¿Qué evaluar?**

En función de la experiencia nacional e internacional, proponemos que la creación de un Sistema Nacional de Acreditación en Salud, debería 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 el resultado obtenido en los pacientes (infecciones, reintervenciones, mortalidad), todo **ajustado por riesgo**.

**El conjunto de datos aportados por este tipo de evaluación permitiría configurar un listado de indicadores apropiados para medir calidad, así como los estándares a ser aplicados en cada caso para cada nivel asistencial. A esto se debe agregar un esquema de verificación periódica, y no por única vez, estableciendo un proceso de evaluación continua, garantía de la mejora de la calidad.**