

S A L U D P U B L I C A

GESTION Y EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA REFORMA DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Arturo B. Lothrop, MSc. *

S U M A R Y

The aim of this work is to expound theoretical aspects about management administrative of the reformed primary health care. At the same time, it promotes professional medical participation in the process of quality health services evaluation through a basic methodological guidelines.

I N T R O D U C C I O N

No se requiere un alto grado de renta per cápita en un país para que sus habitantes disfruten de una vida larga y saludable, como ejemplo están aquellos países igualitarios como Costa Rica, que priorizando el gasto en salud pública,

han conseguido espectaculares mejoras en su bienestar social sin lograr un gran un crecimiento económico.⁹ El sistema de salud del país gracias a la reforma de los últimos años, creando los EBAIS organizados en áreas de salud, ha llevado la atención primaria de salud fuera de los centros tradicionales y los ha acercado a la comunidad. Este modelo se ha convertido en el principal medio de trabajo para los médicos generales y algunos especialistas en medicina familiar y comunitaria. Para mejorar la gestión de los profesionales en salud es indispensable que tengan una idea sobre conceptos básicos de administración de los servicios de salud, los compromisos de gestión y la evaluación de los mismos. Por lo anterior este ar-

tículo intenta introducir a los profesionales en salud de la atención primaria en los temas antes citados de manera sencilla, con el fin de mejorar su gestión, comprendan la realidad en que se desenvuelvan y así disminuir su asertividad hacia las responsabilidades que se les impone en un modelo orientado a la competencia de lo público con el sector privado en el mercado de los servicios primarios de salud.

GESTIÓN CLÍNICA

Para entender que es gestión clínica, primero hay que definir que es una organización ya que este es el entorno donde se labora, por lo tanto se define como una estructura ordenada de relaciones entre personas basadas en una defini-

* Especialista en Administración de Servicios de Salud.

ción propia de roles y regidas por criterios de racionalidad para la consecución de objetivos. Gestión por otra parte hace referencia a la forma de parametrizar y controlar las variables que entran en juego en las estructuras de relaciones entre personas y recursos que utilizan en las mismas. De lo anterior se deduce que las organizaciones se dirigen mediante técnicas de gestión y sus diferentes modelos se clasifican según las siguientes características: Misión, naturaleza jurídica, ámbito territorial, tipo de relaciones internas, fines económicos y naturaleza de sus tareas.² Los costes crecientes, complejas enfermedades con iguales actuaciones y tomas de decisiones des-concentradas se han combinado para hacer difícil la gestión de los profesionales médicos de Atención Primaria de Salud. El sentido común dicta que para controlar el gasto se debe involucrar al clínico en la gestión del mismo, lo que significa en simples palabras gestión clínica.⁴ La gestión clínica se debe orientar a la búsqueda de la calidad técnica óptima a tiempo y en el tiempo correcto, a un coste razonable y sobre todo potenciando la satisfacción del cliente. Dicha gestión se logra mediante una reingeniería de procesos iniciandola con la observación de las oportunidades de cambio, rediseñar un número concreto de procesos reinventando a la vez nuevas formas de proceder y realizar los cambios organizativos necesarios

y aprender en el proceso, o sea gestionar el cambio, construir equipos asegurándose el soporte adecuado de liderazgo de los altos mandos.

Un sistema de gestión clínica requiere entre otros aspectos:

- Sistemas de información administrativas competentes.
- Sistemas de información de los pacientes(medidas case-mi x)
- Estructuras organizativas necesarias para la des concentración en la toma de decisiones, basadas en el presupuesto clínico.
- Dar un nuevo sentido de motivación a la autoridad y al liderazgo.⁵

COMPROMISOS DE GESTIÓN.

Para facilitar y a la vez impulsar la gestión clínica de las áreas de salud del país, se les ha dotado de cierto grado de autonomía de gestión, para la introducción de la planificación estratégica de sus acciones en relación a sus presupuestos, por medio de los compromisos de gestión. Lo anterior ha desarrollado una cultura de contratación de servicios de salud por parte de la CCSS a diferentes áreas de salud. No se debe olvidar que dicho contrato debe ser anual (nunca debe ser por más y menos por cinco años, sino recordar los planes económicos-productivos de la Unión Soviética, que al final resultaban catastróficos), para de ese modo tener mayor control del mis-

mo de parte del comprador de servicios y hacer las correcciones necesarias al año que viene o por el contrario rescindirlo antes que los usuarios sean víctimas del sistema. En dicho compromiso se fijan un conjunto de cláusulas que regulan la actividad en función de los servicios y la calidad de los mismos a brindarse a la población asignada. Dicha contratación permite marcar objetivos y a la vez evaluarlos, ajustando la financiación a lo realizado y penalizando en caso contrario. De este modo sirve para optimizar los recursos promoviendo la eficiencia y la eficacia de los servicios, dentro de un marco de la calidad en la prestación de los mismos. Cabe decir que en áreas de salud privatizadas (PAIS-VCR, ASEMECO, Cooperativas), el pago se hace per cápita según la población asignada, lo anterior podría inducir a mayores costos a la institución aseguradora (motivo de un estudio), que si diera los mismos servicios de igual calidad, ya que la CCSS es capaz de competir con áreas privatizadas en prestar servicios médicos logrando iguales o mejores niveles de satisfacción en los pacientes.^{8,9} Es importante en la elección de los oferentes privados a prestar un servicio en un área determinada, el pedirles sus planes sobre catálogos de medios diagnósticos que ofrece, el número promedio de referencias y hacia donde mandarlas (nivel de resolución planeado), y si van a contar

con protocolos de atención definidos en coordinación con los sitios de segundo y tercer nivel a donde se enviarían los pacientes.⁵ Además se les debe exigir cierto grado de calidad en la satisfacción del cliente interno, introduciendo cláusulas que se comprometan los oferentes a respetar la dignidad profesional de los médicos u otros funcionarios que laborarán en dichas áreas de salud, ya que la satisfacción de los mismos incide directamente en la calidad de las prestaciones dadas.⁶

AUDITORÍA (MONITOREO) DE LA CALIDAD DE LOS EXPEDIENTES.

Calidad es un concepto en continua evolución, siendo una definición sencilla la siguiente: Se dice que algo es de calidad si sirve para lo que está previsto que sirva; dependiendo de las circunstancias y del entorno donde se produce y del objetivo o producto que se pretende conseguir. Por lo tanto en salud se puede hablar de calidad en varios niveles, en general de los servicios de salud o sólo de un servicio que se presta en concreto. Evaluando la calidad de los servicios de salud, desde el proceso y del resultado.^{11,12} Los médicos en general no son conscientes de la baja calidad de sus historias clínicas ni de sus anotaciones en el expediente.¹ Por lo anterior se ha aplicado en los compromisos de

gestión un programa de garantía de la calidad de los expedientes, el cual consta de una etapa de monitoreo de los mismos según estándares establecidos, en el país los del PASP. Recordar que una auditoría en salud no guarda relación con la educación de los médicos y sólo se relaciona débilmente con el control de la atención a ofrecer,⁶ y menos se debe considerar como un espejo directo de la calidad de la atención prestada; menos cuando se atienden hasta cinco pacientes por hora.¹ A continuación se mencionan los ítems a valorar en los monitoreos por subprogramas a los expedientes en atención primaria, para que se tenga una perspectiva del trabajo que afronta el profesional médico.^{3,7}

1. Atención de niños menores de un año (captación temprana).

- Edad actual(c/consulta)
- Clasificación del peso al nacer.
- Fecha del tamizaje neonatal.
- Clasificación de riesgo(antes de 28 días, entre 6 y 12 meses).
- Edad de la primera consulta.
- concentración de citas <28d, 2m, 4m, 6m, 9m, 12m).
- Estado nutricional y su interpretación en el expediente.
- EDIN(interpretación y graficación correcta).
- Hierro preventivo según norma.
- Esquema de vacunación.
- Total de temas de educación (LM-,Técnicas de amamantamiento, signos de alarma,Sind. de muerte Súbita,importancia de vacunas)

2. Atención de niños de 1 a 6 años.

- Edad actual.
- Total de consultas (1 c/año)
- Clasificación de riesgo (e/consulta)
- Estado nutricional(incluye su interpretación)
- EDIN (interpretación y graficación correcta).
- Hb, Hto, heces x parásitos (Tx según resultados).
- Educación (temas libres).

3. Atención integral al adolescente.

- Clasificación de riesgo(si es del caso indicar factores de riesgo, e/consulta)
- Fecha de tamizaje.
- Planes de seguimiento (c/consulta).
- MC e interpretación.
- Aplicación del test de Tanner (fecha e interpretación).
- Educación(Salud sexual y reproductiva con énfasis en abstinencia, SIDA ETS).

4. Detección del Ca de cervix.

- Edad(<35 ó >35).
- Tiempo de comunicación (<15d ó > 15d).
- Referencia a colposcopia.
- Tratamiento de lesiones de bajo grado.

5. Control prenatal.

- Concentración de citas(una entre 1-13 sem, dos entre 14-27 sem, dos entre 28-40sem).
- Clasificación de riesgo(entre 1-

- 13 Y 28-40 sem)
- VDRL(1° consulta, entre 19 sem o menos y 30-35 sem).
- EGO(c/consulta,>5).
- Glicemia en ayunas y poscarga(1° consulta y a las 30-35 sem9).
- Hb Y Hto(1° consulta y a las 30-35sem).
- Aplicación de DT pm(1° dosis entre 20-24 sem y 2° dosis entre 30-35 sem).
- Hierro oral y ác. fólico(e/consulta).
- Llenado de CLAP(e/consulta).
- Temas de educación (>5; Atención y anticonceptivos posparto, LM y técnicas de amamantamiento, tamizaje neonatal, autocuidado, prevención antitabaco, derechos y deberes de la usuaria, prevención del sind. de muerte súbita, signos de alarma).

Postparto:

- Educación(ETS, SIDA, anticoncepción, método y prescripción).
- Concentración (1° 45d).
- Riesgo psicosocial.
- Hb Y Hto.
- Hierro oral y ác. fólico(Tx por 6 meses).

6. Atención a las personas diabéticas.

- Total de consultas(4 al año).
- FO(anual).
- Revisión de pies(c/6m)
- Perfil lipídico(anual)
- Creatinina(anual).

- EGO(c/consulta).
- HbAcl(e/6m,<7).
- IMC(cálculo e interpretación,c/consulta).
- Glicemias(c/consulta).
- Factores de riesgo.
- Total de temas de educación-(cuidados del pie, actividad física, alimentación, autocontrol, tabaquismo, etilismo, medicación).

7. Atención a las personas hipertensas.

- Total de consultas (3 al año si es riesgo A ó B, 4 si es C). Valoración de riesgo, clasificación A, B ó C (e/consulta).
- Factores de riesgo (e/consulta).
- Toma de PA e interpretación (e/consulta).
- FO(anual).
- Perfil lipídico (anual).
- Creatinina (anual).
- EGO(anual).
- MC (cálculo e interpretación, e/consulta).
- Total de temas de educación 8>3, ctividad física, alimentación, autocontrol, medicación, tabaquismo, etilismo).

8. Atención del adulto mayor (>65 años).

- IMC(cálculo e interpretación,c/consulta).
- Una consulta al año.
- Clasificación de riesgo(indicar factores que lo generan).
- Fecha de tamizaje.
- Planes de seguimiento.
- PA.

- Valoración de la agudeza visual y auditiva.
- Hb, Hto, EGO, Guayaco(c/año).
- Aplicación de DT pm.

9. Fichas familiares.

- Datos de ubicación.
- Características de las personas.
- Actualización.
- Clasificación de riesgo familiar.
- Riesgo familiar.

EL CICLO EVALUATIVO.

Un programa completo de garantía de la calidad consta no sólo del monitoreo de expedientes, también de un ciclo evaluativo, lo anterior con el fin de que no sólo sea dicho programa un simple informe de datos sino que sirva como herramienta para la toma de decisiones sobre cómo resolver los problemas prioritarios de salud.^{1,11}

A continuación se mencionan los pasos a seguir para instaurar un ciclo de mejora práctico en atención primaria, que sea útil para los miembros de cada EBAIS y para el coordinador de área:

- Identificación de los problemas u oportunidades de cambio por medio de una tormenta de ideas. Análisis de los problemas por medio de esquemas causa-efecto, usar ley de Pareto para diagramarlos o cualquier otro método.
- Construcción de criterios, indicadores y estándares de calidad.
- Se diseña el estudio según los criterios para evaluar, la dimen-

sión estudiada, los tipos de datos a usar, las unidades de estudio, las fuentes de datos, la identificación y muestreo de las unidades de estudio; determinar la fiabilidad del mismo.

- Plan de mejora basado en medidas educativas, organizativas y motivadoras.
- Ejecución de medidas correctoras.
- La reevaluación que es la fase final del ciclo, donde se compara la situación final con la de partida posterior a la aplicación de la intervención diseñada.

DISCUSIÓN

El viejo modelo de atención en salud se apoyó en el estado para universalizar la cobertura, la nueva racionalidad ha enfatizado en la descentralización y privatización de los servicios médicos de la seguridad social, la asignación y distribución de los recursos mediante relaciones de mercado, el uso de técnicas gerencialistas y modelos económicos de resultado para la toma de decisiones que han llevado a que los médicos se vuelvan verdaderos gestores clínicos. Lo anterior con el argumento de hacer más eficiente al sistema de salud por medio de crear un mercado regulado entre agentes públicos y privados, en competencia por la administración de la producción y entrega a la población de los servicios médicos y de sa-

lud en Atención Primaria. Esas concepciones han sido presentadas y difundidas en el país por el Banco Mundial, el FMI y la OPS, como correspondientes a procesos evolutivos naturales, universales y necesarios, para la reforma del sistema de salud del país. Al defender ésta línea de pensamiento que la salud es un valor de producción y de mercado, es importante que los profesionales médicos conozcan lo más que puedan sobre temas de administración de servicios de salud para así gerenciar sus consultas. No se debe olvidar que ésta reforma ha establecido condiciones para la intervención de un estado mínimo y de un mercado que promueve el autocuidado de la salud con patrones preestablecidos con el control de la demanda de los servicios médicos orientados a disminuir el gasto público y garantizar las ganancias de los agentes privados del sistema. Se concluye con algunas recomendaciones para los gestores clínicos de la Atención Primaria de Salud, ya sean médicos coordinadores de EBAIS o de área u otros involucrados en la toma de decisiones a ese nivel:

- Se debe ser eficientes y eficaces en la gestión de la salud para ser competitivos frente al sector privado.
- No se debe destruir el capital tecnológico y humano acumulado por el sector público(seguro social).
- No desincentivar la calidad

científica y técnica de los profesionales médicos, ni explotarlos y debilitar su autonomía profesional convirtiendo la relación médico-paciente en un mecanismo para el control de costos del servicio a prestar.

- No responsabilizar al paciente de preservar su salud con medidas preventivas, sólo con el fin de disminuir la acción del estado para mejorar las condiciones socioeconómicas de los mismos.
- No ser permisivos ni autores de actos fraudulentos(adulterar expedientes u otros) ni del despilfarro de recursos publicas.
- Garantizar la igualdad de acceso a la atención médica con equidad y generando satisfacción tanto a los pacientes como al personal médico.
- No permitir que grupos financieros e instituciones(privadas o públicas) concentren grandes ganancias con poca inversión gracias a los asegurados y mediante el lucro personal y político de algunos interesados.¹³

RESUMEN

El propósito de éste trabajo es exponer aspectos teóricos acerca del manejo administrativo de la reforma de la Atención Primaria de Salud.

Éste promueve a la misma vez la participación de los profesionales médicos dentro del proceso de

evaluación de la calidad de los servicios de salud a través de una guía metodológica básica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Basterrexa J, Irusta M, Lazkano I, gametxogoikoetxea E. Programa de garantía de calidad de las historias clínicas. SEMERGEN. 27(05):237-240. 2001.
2. Bestard JJ. Nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud: Fundaciones. *Medicine*. 8(60):3213-3222. 2001.
3. Fichas Técnicas. +Area de Salud Alajuela Oeste. CCSS, 2004.
4. Juane R, Álvarez M. Gestión clínica. *Medicine*. 8(60):3189-3190, 2001.
5. López FJ. Los contratos como mecanismos de relación entre planificadores y gestores. *Medicine*. 8(60):3191-3194, 2001.
6. Lothrop AB. Como mejorar la calidad de la gestión de los profesionales médicos de atención primaria de salud. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. LIX(560):135-140, 2002.
7. Lothep AB. Guía por subprogramas para evaluar la calidad de los expedientes clínicos. PAIS-UCR, 2003.
8. Lothrop AB. La satisfacción de los usuarios de atención primaria de salud en dos modelos de gestión aplicados por la CCSS. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*. LVI(547):69-75, 1999.
9. Ortún V, Pinto JL, Puig J. Introducción y conceptos básicos en evaluación económica. El establecimiento de prioridades. *Medicine*. 8(60):3201-3203, 2001.
10. El proyecto de Reforma del Sector Salud. Resumen. *Acta Médica*. 36(1):6-44, 1993.
11. Ramírez DN, Casado P, Ricote M, Zarco JV. La calidad vista desde la atención primaria. SEMERGEN. 27(05):250256, 2001.
12. Saavedra J. La calidad y la atención primaria. SEMERGEN. 27(05): 235-236, 2001.
13. Vega R. Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Revista de Salud Pública*. Colombia. file://A:/Evaluación de políticas de salud.htm