

Garantía de Calidad en Hospitales de América Latina y el Caribe

*Dr. Humberto de Moraes Novaes**

La "garantía de calidad" puede ser definida como un sub-programa de la programación local de los servicios de salud, que garantiza a cada paciente recibir atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada, para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los avances recientes de las ciencias médicas, y en relación a la enfermedad principal o secundaria, a la edad y al régimen terapéutico asociado. Para ello, se utilizará el mínimo de recursos necesarios, con el nivel más bajo de riesgo de lesiones adicionales o incapacidades consecuentes independientemente que el nivel institucional de atención sea primario, secundario o terciario, un sistema local de salud (SILOS).

Así pues, para desarrollar efectivamente un programa de garantía de calidad será necesario que estén presentes las siguientes variables: (1) calidad técnica de los profesionales; (2) uso eficiente de los recursos; (3) minimización de riesgos de lesiones asociadas por los servicios de salud ofrecidos; (4) satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud; y (5) un sistema Local de Salud (SILOS) donde los servicios intra y extrahospitalarios estén coordinados e integrados.

Considerando que el concepto de "garantía de calidad" es relativamente nuevo para los países de América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a sugerencia de los países miembros, organizó un Seminario Regional, en mayo de 1991 en Washington, D.C., con la finalidad de discutir enfoques estratégicos sobre el tema, inclusive los instrumentos para acreditación de los Hospitales en la Región presentados en la primera parte de esta publicación.

Ya a fines de 1988, la OPS realizó el Taller sobre Acreditación de Hospitales Urbanos en América Latina y el Caribe, con la participación de representantes de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Jamai-

ca, México, Perú y Venezuela, en el que se evidenció la necesidad de revalorizar el concepto de calidad por ser atributo fundamental de la atención médica.

Los participantes de esta última reunión (1988) consideraron que, "... el escaso desarrollo de los procedimientos de evaluación de calidad en nuestros países, responde a diversas causas, ya sea, según el sistema de salud o el modelo de presentación imperante". Además, se destacaron como importantes las siguientes conclusiones:

- a. "La calidad de la atención médica no ha sido, todavía, considerada prioritaria - salvo contadas excepciones - en las políticas de salud de los países de América Latina y el Caribe.
- b. Los prestadores de atención médica, tanto a nivel profesional, como institucional, han considerado al control de calidad como un acto contrario a su independencia.
- c. La evaluación, todavía no es aceptada como un instrumento de cambio técnico o gerencial".

A pesar de las limitaciones señaladas, se han realizado diversos intentos de evaluación de la calidad; algunas evaluaciones toman la red de establecimientos sanitarios de manera total y otras estudian a los servicios o unidades asistenciales, en forma específica.

Varias de esas experiencias han incorporado procedimientos característicos de la evaluación o de acreditación de servicios de salud y existen varios países, consenso creciente sobre la conveniencia de crear organismos que, en forma sistemática, elaboren normas específicas de evaluación y control de la calidad de los establecimientos.

Para la implementación de un Programa de Garantía de Calidad es de fundamental importancia:

1. Que todos los profesionales del equipo de salud, no solamente los médicos y enfermeras, estén motivados y comprometidos con el Programa. "Garantía de Calidad" exige un mayor grado de profesionalismo y, consecuentemente, un mejor desarrollo técnico, por la permanente identificación de deficiencias en

* Asesor Regional en Administración de Hospitales y Sistemas de Salud, Programa Desarrollo de Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.

la atención médica, observada no sólo por el ángulo individual, sino también de todo el grupo profesional.

2. Que la presión externa a los servicios de salud, o sea su entorno social, tenga un importante rol para forzar la implementación de programas de garantía de calidad. En los próximos años, con el aumento explosivo de todos los medios de comunicación, es imposible dejar de reconocer que el público cada día observa más críticamente sus servicios médicos, y esta difusión de la conciencia popular deberá ser estimulada por una mayor participación social en las decisiones del sector salud.
3. Que las instituciones proveedoras de servicios deban recibir la ayuda financiera necesaria del sector público y privado, para monitorear y evaluar las acciones de salud en sus propios servicios.

La implementación de programas de garantía de calidad, como vimos, es una innovación en América Latina y el Caribe, y está sujeta a toda clase de dificultades. Sus actividades están directamente relacionadas con la gerencia de todo el sistema de salud, sean por factores de orden político, social, económico o financiero.

Todos los enunciados altruísticos de garantía de calidad, tales como: "atención médica ajustada las necesidades individuales o a los problemas", "que no interviene en el paciente más que lo absolutamente necesario"; o que "es en base a la más moderna y confiable técnica en las manos de profesionales competentes"; o que "está bajo un sistema integrado de referencia de casos dentro de un sistema local de salud (SILOS)", sufren las consecuencias negativas de la mala gerencia de los servicios de nuestra Región. Es premisa inicial de un programa de esta naturaleza la propia profesionalización de la gerencia de hospitales o servicios, según normas y procedimientos estándares.

En general, la evaluación de calidad es realizada en base a variables gerenciales, según el enfoque de sistemas, el cual busca medir las *condiciones estructurales* de los servicios, desde los parámetros físicos, de calificación del personal, o del desempeño de los equipos. Otras condiciones del cómo se realizan, se hacen a través de indicadores del *proceso*, función de la sensibilidad de las tareas o especificación de la atención médica, de la accesibilidad a la institución, del tiempo de espera, de la gentileza en el trato, o por la indicación y aplicación apropiada de la terapéutica.

Finalmente, se propone evaluar lo que pasó, o sea, los *resultados, efectos y eventualmente impactos*, tales como: *sobrevida, limitaciones, efectos colaterales* y la mejora de las condiciones de vida, después de pasar por el servicio de salud.

Para el área de evaluación de *calidad de la estructura* de los servicios, la OPS ha realizado, como ya mencionamos, un Seminario Regional sobre Acreditación de Hospitales.

También, para analizar uno de los *aspectos del proceso* de atención médica en hospitales, en diciembre de 1989, conjuntamente con la Sociedad de Epidemiología Hospitalaria de los Estados Unidos (SHEA), la OPS organizó un Conferencia Regional sobre Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales, con la participación de Argentina, Bermudas, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Jamaica, México, Panamá, Puerto Rico, Islas Turcos y Caicos, Uruguay y Venezuela.

Los objetivos de esta Conferencia fueron:

1. Proponer mecanismos para estimular la estandarización en los Ministerios de Salud de la Región sobre prevención y control de la infección hospitalaria (uno de los más sencillos indicadores de evaluación de proceso y resultado).
2. Proponer recomendaciones para la implementación de la *epidemiología hospitalaria* en los Países Miembros de la OPS y los métodos y procedimientos para garantizar la calidad de la atención médica en hospitales.
3. Informar a los países miembros los recientes avances sobre el control y uso de antibióticos; de los cuidados en unidades intra-hospitalarias para pacientes con SIDA; de los nuevos enfoques para desinfectar y mantener la higiene hospitalaria; y, sobre los métodos de vigilancia de la salud del trabajador hospitalario.
4. Discutir los mecanismos para el establecimiento de una red regional, con apoyo de la SHEA, con miras al intercambio y divulgación de procedimientos y normas para la prevención de la infección hospitalaria y para mejorar la calidad de la atención médica.

Las principales recomendaciones propuestas, por los representantes de los países en esta Conferencia fueron:

1. Mantener las comisiones nacionales actuales' de

prevención y control de las infecciones hospitalarias y crearlas en los países que no existieran.

2. Regular el funcionamiento de las entidades de salud. Para ser acreditadas deben tener un programa de control de infecciones que cumplan los siguientes requisitos: tener un comité de prevención y control de infecciones hospitalarias, con participación multidisciplinaria; notificación diaria con informes mensuales, vigilancia activa y métodos de prevención y control.
3. Valorar la creación de la Unidad de Epidemiología en los hospitales.
4. Establecer centros a nivel nacional y regional que desarrollen cursos periódicos sobre prevención y control de infecciones hospitalarias.
5. Apoyar la implementación o creación de laboratorios nacionales de referencia para efectos de un mejor diagnóstico sobre infecciones hospitalarias.
6. Crear grupos de trabajo en cada país sobre control de antibióticos, que formen parte de la Comisión Nacional de Infección Hospitalaria, con el objeto de estandarizar el diagnóstico de resistencia en los laboratorios de microbiología de los países; establecer políticas de antibióticos para los hospitales; identificar laboratorios nacionales con capacidad para determinar la resistencia a los antibióticos y crear una red de información y comunicación sobre sensibilidad y resistencia de los antibióticos.

En las conclusiones de la Conferencia Regional sobre Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias "se constata que la deuda sanitaria de los países de la Región, se refleja con gran nitidez en el grado de deterioro en que se encuentran los hospitales de América Latina. El grave problema de la falta de prevención y control de las infecciones nosocomiales es comparable a la punta de un gran iceberg, lleno de complejidades en los aproximadamente trece mil hospitales de la Región, mal equipados, sin manuales de organización, normas y procedimientos; personal sin preparación y motivaciones; así como, la ausencia de control y garantía de la calidad de la atención médica ofrecida".

"... Pese a los esfuerzos de los Ministerios de Salud, principalmente, continúa la inexistencia de autoridad y de medios para que estas instituciones supervisen los hospitales en sus desvíos..."

En los diferentes informes de los países presentados en esta Conferencia se notó que "las dificultades son de naturaleza de los propios diseños de los hospitales, de debilidades operativas, de falta de recursos humanos y

finalmente de orden financiero".

El otro componente de evaluación de calidad se refiere a los *resultados y efectos* y es, sin duda, el más difícil de medir las respuestas pues éstas son de carácter subjetivo, ya sea de parte del paciente, del propio grupo poblacional o, de los profesionales del equipo técnico de los servicios de salud.

Para facilitar la evaluación de la calidad de los resultados clínicos o administrativos en el Apéndice V, se presentan una serie de indicadores que eventualmente puedan ser utilizados por los analistas para identificar eventos críticos o **centinelas** suficientemente sensibles para comprobar si la calidad de la atención puede o no puede ser garantizada.

Los tres grandes componentes de indicadores (estructura, proceso y resultado) se interrelacionan y superponen, ya que su clasificación tiene solamente como finalidad facilitar la organización del proceso de evaluación. Por ejemplo, cuando la evaluación de los resultados o efectos a largo plazo son poco satisfactorios, orientamos nuestra investigación para los aspectos más pragmáticos y específicos de los componentes de estructura y proceso.

Para tener una visión multidimensional del sistema de servicios de salud se necesitan diferentes indicadores de calidad de la estructura, del proceso y de los resultados, con el objeto de observarlo bajo distintas perspectivas. Así, la selección de los indicadores depende de la existencia de información disponible en relación a un determinado problema, con un propósito de evaluación cualitativa más amplio de acuerdo con las características socio-culturales locales.

Los programas de garantía de calidad tienen propósitos no solamente de apreciación y medida de un caso aislado, sino de corregir deficiencias globales (de estructuras, de proceso, o de resultados a corto y largo plazo) y mejorar la calidad de la atención médica, como un todo, en los complejos servicios que se interrelacionan en los sistemas locales de salud.

El primer paso para garantizar la calidad es la identificación de problemas eventuales, denominados así, cuando son comparados con criterios (o normas) y estándares (o valores) ya establecidos y aceptados por una determinada comunidad. Una vez identificados los problemas y enfrentados con los estándares de referencia, el paso siguiente es el análisis de las causas determinantes de la situación encontrada y, finalmente, la implementación y monitoreo del plan de mejoría de la calidad de la atención. Este proceso tan sencillo encuentra toda suerte de resistencias, pues las correcciones de fallas estructurales y de proceso implican

siempre un cambio de status-quo, del comportamiento afectivo, psico-motor y cognitivo del personal y de los mecanismos (alternativos) de financiación para el desarrollo del programa de garantía de calidad.

Los métodos utilizados para vencer las resistencias son variados y dependen de las características locales. Son frecuentemente mencionados los incentivos financieros, legislativos, de movilización de la opinión pública o presión gubernamental; estos últimos, casi siempre, conllevan a la reacción de grupos médicos que se sienten restringidos en su autonomía profesional.

En los Estados Unidos de Norte América, la opinión pública, los abogados de pacientes, los seguros (para negligencia o mala práctica médica u hospitalaria), la abundante legislación sobre el control de los gastos, etc., generaron un sistema de auditoría extremadamente oneroso. En la mayoría de los estados norteamericanos existen sociedades privadas para la revisión de casos del seguro social, llamados "Peer Review Organizations" (PRO), con responsabilidad de observar las admisiones, altas, precedimientos invasivos, cobertura, etc. Estos estudios se hacen por muestreo, sobre enfermos hospitalizados o ambulatoriales, sobre transferencia de hospitales de agudos o sobre internamientos psiquiátricos.

Otro importante mecanismo para estimular programas de garantía de calidad es a través de la educación, sea dentro del pregrado, postgrado, o educación continua de nivel técnico o para supervisores. Los planes de enseñanza para servicios de salud deberán tener contenidos específicos para el control de calidad. El énfasis en educación se refiere, también, a la orientación de la propia comunidad hacia sus derechos y obligaciones; se convierte, asimismo, en un importante instrumento político de presión por parte de la población instruida para el establecimiento de prioridades en las inversiones estatales en los servicios de salud.

"Habilitación" de servicios de salud y su clasificación. Ella se diferencia de la "acreditación" por su naturaleza compulsoria, sin periodicidad, ni confidencialidad y solamente persigue el derecho de la aprobación legal para el funcionamiento de la institución. En muy raras ocasiones se hacen revisiones de la habilitación de hospitales; en general, estos siguen funcionando pese a las condiciones precarias.

La propia definición de hospital no tiene consenso en la Región de América Latina y el Caribe. El Programa de Desarrollo de Servicios de Salud de la OPS, viene sugiriendo algunos planteamientos para la

definición de un hospital, con la finalidad de orientar los mecanismos legislativos nacionales, estas son:

- 1er. Planteamiento: Por lo menos diez camas, para la admisión de pacientes por más de 24 horas. "Cama hospitalaria" es la unidad para el internamiento de pacientes que garantiza una atención básica de diagnóstico y tratamiento.
- 2do Planteamiento: Cuerpo clínico organizado, con evidencia de admisiones y asistencia permanente conducida por médicos.
- 3er Planteamiento: Servicio de enfermería y atención terapéutica directa al paciente, por 24 horas diarias.
- 4to Planteamiento: Disponibilidad de servicios de laboratorio clínico y de radiología, por 24 horas diarias.
- 5to Planteamiento: Servicio para cirugía y parto.
- 6to Planteamiento: Registros médicos organizados para una rápida observación y seguimiento del caso.

Entre los múltiples medios para la implantación de la garantía de calidad en salud, sean legales o éticos, está: la responsabilidad máxima del director, del jefe o del supervisor del hospital, clínica o servicio de salud; sea éste público o privado y, además, la obligación moral (cuando no legal o ética) de preservar la salud individual y asegurar estándares localmente aceptables de atención médica.

Los sistemas externos de presión jamás reemplazan los mecanismos internos de la propia institución, para controlar la calidad. Son muchos los modelos de evaluación intra-organizacional y, en general, hay que utilizar más de un enfoque: en función del desarrollo tecnológico de los servicios, su nivel de complejidad, el conocimiento de los profesionales (médicos o enfermeras), factores culturales locales, hábitos o, la propia política regional.

Algunos métodos de monitoreo son ya conocidos en América Latina y el Caribe, tales como las Reuniones Anátomo- Patológicas, Anátomo-Clínicas, las discusiones académicas de casos clínicos, o las revisiones de registros médicos. Otros tipos de evaluación no están muy difundidos en nuestro medio, por ejemplo, los "círculos de calidad", o el control total de la calidad; métodos por los cuales un grupo de tres a nueve personas del mismo departamento o clínica, se encuentran voluntaria y regularmente durante las horas de trabajo, para identificar y solucionar problemas de calidad en la atención médica, en particular, o del propio ambiente,

en general.

Más recientemente, las propias asociaciones de profesionales médicos de una misma especialidad vienen estandarizando sus procedimientos, los cuales pueden ser utilizados para comparación con los resultados encontrados. (Ver apéndice V). Otros métodos consisten en investigaciones clínicas o gerenciales, retrospectivas o prospectivas, de distintos niveles de complejidad.

Los diferentes métodos de evaluación tienen siempre en común el hecho de definirse contra criterios explícitos y aceptables de desempeño, que son comparados con la atención ofrecida. Por otro lado, para la apreciación se puede aplicar a diferentes técnicas, o sea, antes de la propia admisión del paciente en la institución, por la cual se analiza la validez de la internación, la correcta utilización de los servicios o la indicación precisa de diagnósticos o tratamientos previos. Después de la admisión del paciente en el hospital se puede investigar el tipo de asistencia por observación directa, revisión de registros médicos (también llamada auditoría médica o de enfermería), entrevistas, o análisis a través de sistemas computarizados de información. Después del alta, a corto plazo, además de la aplicación de métodos anteriores, se puede identificar las indicaciones para seguimiento, los tipos de referencia y contra referencia, las secuelas clínicas y la satisfacción del individuo y de los familiares por la atención recibida.

En los últimos años, se viene utilizando, además de encuestas directas o por domicilios, los "Forum Comunitarios" donde de una manera abierta un grupo de personas de una misma área, discuten y aportan fallas en el sistema de atención.

No hay duda que la meta final para un programa de garantía de calidad es la satisfacción del paciente, a través de una atención competente, apropiada y oportuna; sin duplicación o sobreutilización de servicios; con un mínimo de complicaciones o secuelas. Por otro lado, es muy importante la evaluación momentánea de desempeño y corrección de errores y el continuo monitoreo de la información, en un ambiente de permanente desarrollo para mejoría frecuente del programa de garantía de calidad, en el hospital u otras unidades de salud.

La coordinación de la garantía de calidad debe estar bajo un comité multiprofesional, y secretariado permanente de una enfermera (titulada), que deberá tener como función, apoyar técnica y administrativamente los esfuerzos para asegurar la correcta atención médica. Este comité interacciona con los niveles extra-hospitalarios, intercambiando información con instituciones similares o recibiendo datos, referencias o criterios de asociaciones profesionales

especializadas o de otros servicios y hospitales.

Sus herramientas de trabajo son las epidemiológicas, administrativas y clínicas, coordinando las actividades de otros comités, tales como: los de control de infección hospitalaria, transfusión de sangre, utilización de medicamentos, anatomía patológica, registros médicos, etc. Esta actividad del comité representa lo que se viene impulsando en Latinoamérica y el Caribe, o sea, el desarrollo de la Epidemiología Hospitalaria". (Ver apéndice IV).

En conclusión, los Programas de Garantía de Calidad deben ser considerados, en principio como:

1. Parte integral de la atención a la salud, debiendo ser incorporados en los procedimientos gerenciales de hospitales, clínicas y servicios.
2. Se debe implementar a través de un esfuerzo conjunto de todo el equipo de salud de los SILOS.
3. Sus acciones comprenden metas concretas que deben tener por base normas de seguridad, criterios profesionales, condiciones económicas y aspiraciones de los pacientes.
4. Los indicadores de calidad deben ser identificados a nivel local y continuamente monitoreados en cuanto a su pertinencia.
5. Los resultados de las evaluaciones de calidad han de ser distribuidos en servicios similares para su comparación y conocimiento de los estándares aplicados.
6. Los hospitales, clínicas o servicios deberán tener Comités de Garantía de Calidad, que coordinen las actividades de otros comités, grupos de auditoría, o círculos de calidad.
7. Debe ser estimulada la cooperación con sectores del área de educación, investigación y desarrollo organizacional, para apoyar a las acciones de los programas de garantía de calidad.
8. La implementación de programas de garantía de calidad debe ser planificada estratégicamente para vencer las resistencias. Sus principales herramientas son la educación y el incentivo para los cambios organizacionales o de comportamiento individual.

(Continuará)

Nota: en el próximo número (29) estaremos informando sobre los indicadores de calidad de la atención médica especificados por servicios o especialidad.