

## MECANISMOS DE EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

*Alejandro Horacio Basta*

### 1.- La evaluación de la Atención Médica es condición de su gestión

El sector de Atención Médica en la Argentina se desarrolló desde fines del siglo XIX en forma inorgánica y creció anárquicamente, según se expuso anteriormente.

El Estado, absorbido por la conducción de sus propios efectores, no alcanzó un ordenamiento sistemático de la Atención Médica tendiendo a la coordinación de recursos.

Hubo gestiones, sin embargo, que sentaron bases positivas y actualmente se gestionan acciones de progresivo ordenamiento. Este desarrollo, en el marco de una creciente demanda y costo de la Atención Médica, determinó que la crisis, verificada en todos los países desde 1960, se presentara en nuestro medio con mayor dramática.

El déficit creciente en la financiación generó diversos obstáculos de accesibilidad a los pacientes y privó a los prestadores de una retribución justa y oportuna de sus servicios.

Una de las dos vertientes (oferta-demanda) del sector que requiere ordenamiento, es la de oferta de servicios, lo que pasa por la definición de una regulación y de un sistema de evaluación adecuado a nuestra realidad.

La evaluación, en su sentido amplio y práctico, ha sido tan desordenada y atomizada como el sector mismo. No es posible ni tampoco razonable que el Estado sólo tome la iniciativa de ordenar y dar coherencia a un sistema de evaluación. Menos posible es aún, en el marco de diferentes jurisdicciones (nación, provincia, municipio) bajo conducciones, en muchos casos, opuestas.

Es así como en vez de un sistema, suele observarse la aplicación puntual de procedimientos de evaluación asistemáticos y sesgados (vg: control parcial de facturaciones, debitación sin fundamentar, fiscalización a través de operativos indiscriminados). Estas acciones son formas de evaluación que tienden a disimular la desfinanciación de numerosos prestatarios.

### 2.- Hay diversas formas de evaluación

El concepto de **acreditación** está ligado a otros mecanismos que se mencionan a continuación y que en su conjunto configuran un **sistema de evaluación**. Los criterios son convencionales y, consecuentemente, polémicos:

a.- **Habilitación** es el proceso que:

- otorga autorización para que un efector funcione;
- tiene en cuenta parámetros estructurales y mínimos, es obligatoria y previa al funcionamiento;
- está a cargo de la autoridad estatal;
- se concede, en general, por única vez y sin plazo de vencimiento;
- es pública, el certificado debe exhibirse a la vista.

b.- **Categorización** es el proceso que:

- indica el nivel de **complejidad** de cada efector;
- relaciona la estructura instalada con la capacidad de realizar ciertas prácticas;
- es obligatoria y previa al funcionamiento;
- está a cargo de la autoridad estatal, de OOSS o sociedades científicas;
- es permanente si se mantiene la estructura;
- se propone lograr un ordenamiento en la red de servicios;
- promueve diferencias en la retribución económica;
- es pública, el certificado debe exhibirse a la vista.

c.- **Acreditación** es el proceso que:

- indica **calidad institucional**;
- compara la observación al patrón de estándares de estructura, procesos y resultados **óptimos**;
- debe haber consenso con prestadores, financiadores y, si es posible usuarios, en la definición de los estándares;
- es independiente del nivel de complejidad;
- es voluntaria y posterior al funcionamiento;
- debe ser accesible a los efectores normales en una jurisdicción, teniendo en cuenta las posibilidades financieras;
- debe estar a cargo de **entes autónomos**;
- tiene por propósito promover, mejorar y asegurar la calidad de los servicios;
- conviene que sea preparada en forma gradual con amplia participación de todos los sectores de personal del efector (autoevaluación);
- es temporaria y se debe realizar periódicamente;
- es confidencial, queda a criterio del establecimiento hacerla pública o no.

Estos tres mecanismos constituyen una secuencia que debiera aplicarse a cada efector de AM para ser ubicado en el marco de los restantes en un área dada. Los dos primeros (habilitación y categorización) corresponden a la autoridad estatal de salud y se deben realizar antes de la puesta en funcionamiento. La habilitación es en general por un plazo indeterminado y la categorización puede ampliarse por la introducción de nueva complejidad. Ambos mecanismos son obligatorios, de competencia estatal, públicos (no confidenciales), y permanentes (no necesariamente periódicos). La acreditación sin ser obligatoria en nuestro medio, es el sello de calidad institucional [Cuadro 2.a].

### ***Mecanismos de evaluación institucional***

<b>Habilitación:</b> indica la <b>autorización</b> para la AM.
<b>Categorización:</b> expresa la <b>complejidad</b> de la AM
<b>Acreditación:</b> indica la <b>calidad</b> de la AM

*Cuadro 2.a*

Las sociedades evolucionan hacia una mayor participación formal de los ciudadanos e instituciones en la administración del poder. Los organismos internacionales (OMS- OPS) insisten en la participación de la comunidad en las acciones de salud. De ambas premisas surge la necesidad de dar a estos mecanismos un carácter participativo. En este marco resulta razonable que las instituciones que agrupan a profesionales y empresas de salud, los entes financiadores y las asociaciones de usuarios, que deben promoverse, tengan cabida formal en el dictado y aplicación de normas sobre evaluación.

### 3.- La evaluación se funda en normas legales

En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, la habilitación es competencia constitucional del Estado provincial y está normada por la Ley 7.314 y reglamentada por el decreto 3280/90. La autoridad de aplicación es el Ministerio de Salud (Subsecretaría y Dirección de Fiscalización Sanitaria). Hay normas nacionales de habilitación para territorio federal (Ley 17.132, decreto 6112/67), Resoluciones del Ministerio de Salud y Ambiente y, con relación a la contratación de las Obras Sociales, normas de la Superintendencia de Servicios de Salud.

La categorización está prevista en el referido decreto bonaerense. Surge también de prescripciones del Nomenclador Nacional y de los sistemas modulados de retribución respecto a prestaciones determinadas. Un importante antecedente en la Argentina es el estudio patrocinado por el Consejo Federal de Inversiones (CFI) sobre Niveles de Complejidad Hospitalaria sobre cuya base se realizaron análisis y normas en el subsector estatal<sup>1</sup>. Hay OOS que categorizan a los prestadores según niveles propios (vg. I.N.S.S.J.P).

La acreditación está normatizada a nivel nacional en el Programa de Garantía de Calidad adoptado por la mayoría de las provincias. Se han discutido algunos aspectos de los estándares que requieren grandes ampliaciones del plantel de personal y altas inversiones. Estos aspectos, que podrían aplicarse a grandes hospitales privados de la ciudad de Buenos Aires, no serían accesibles a los de otras jurisdicciones. La gestión ministerial actual tiende a adaptarlos a las diversas realidades provinciales y locales a través del COFESA.

El panorama argentino muestra la necesidad de consolidar los conceptos e instrumentar los procedimientos, aplicar este mecanismo en forma secuencial y concertada como sistema evaluador coherente.

### 4.- La acreditación es la que garantiza calidad a la población

La acreditación, de acuerdo a lo expuesto:

- No es habilitación porque no autoriza a funcionar.
- No es categorización porque no define complejidad.
- No es auditoría porque no evalúa calidad de prestaciones, sino institucional.

“A fortiori”:

- No es fiscalización ni control de facturación.

Su objetivo es definir y promover la calidad de la institución, evaluando estructura, procesos y resultados. Son estos últimos los que definen la verdadera calidad de la A.M.

Ampliando lo expuesto puede decirse que es:

- **Voluntaria:** se aplica sólo a los establecimientos que la solicitan después de un proceso de esclarecimiento, sin coerción alguna.
- **Integral:** no define la calidad de un servicio o dos sino del conjunto de un establecimiento o de un subconjunto de él.
- **Gradual:** teniendo por objetivo la promoción debe ser precedida por una autoevaluación en escalones y plazos progresivos para el efector que aspire a acreditarse y deben abrirse oportunidades de corrección para el que no lo logre.
- **Factible:** los estándares deben ser inicialmente accesibles a una proporción razonable de efectores normales de un área concreta. No se deben utilizar estándares de otros países o jurisdicciones. Deben valorarse estándares ya alcanzados por las instituciones reconocidas como de calidad en el medio en que se evalúa. En las actuales circunstancias

---

<sup>1</sup> República Argentina. Ministerio de Bienestar Social. Guía para clasificación de los servicios de A.M. Bs. As, 1969.

del medio argentino, parece factible aquello que aspire a mantener lo bueno que exista en establecimientos reconocidos y que puede ser imitado por otros.

- **Docente:** la autoevaluación previa y la periodicidad de evaluación de estándares, exige que, no sólo se extienda un certificado o se niegue, sino que se fundamente con recomendaciones de perfeccionamiento e induzca a la reflexión y revisión por parte de los evaluados. Es similar, en el nivel institucional, a la Auditoría en el nivel de las prestaciones.
- **Confidencial:** los resultados deberán ser conocidos sólo por la autoridad del efector evaluado. Esta última podrá darlo a conocer o no, y decidir en el caso de que los entes financiadores lo requieran.
- **Participativa:** el logro de calidad de un efector sólo puede ser fruto de una cadena de intervenciones independientes de distintas instancias que garanticen solidez y continuidad.

A estas características deben agregarse aclaraciones que explicitan mejor la naturaleza de la acreditación.

- Debe ser **funcional:** existe una tendencia tradicional a habilitar exclusivamente según determinadas estructuras (vg. ventilación, superficies lavables, superficies de habitaciones) lo que equívocamente podría extenderse a la acreditación. Las habilitaciones deben reformularse también en términos más funcionales. Con más razón, en acreditación deben tener prioridad los resultados y los estándares funcionales que reflejen calidad operativa.
- Se involucran los tres componentes desarrollados por A. Donabedian: estructura, procesos y resultados.
- Debe comprender a los efectores de todos los subsectores de la AM: al subsector privado, al estatal, a los efectores propios de las OOS, mutuales y prepagas. La situación del sector AM en Argentina puede ser una valla, sin embargo la acreditación, como los mecanismos de la secuencia, son instrumentos de todo intento de racionalización. El sector en su conjunto debe ser evaluado en torno a requisitos y estándares igualitarios. En este sentido la acreditación es una estrategia principal de una política de AM.
- Es **onerosa:** un proceso sistemático y serio de acreditación implica un gasto a afrontar por las instituciones que aspiran a ella. Tal gasto surge de: la preparación de estándares por especialistas, relevamiento por equipos entrenados y la certificación por un organismo autónomo constituido a tal fin. Asimismo del costo de los ajustes para cumplir estándares. Este enunciado puede amedrentar a las instituciones, sin embargo, se inscribe en el campo de la inversión.

## 5.- La acreditación debe integrar diversas perspectivas

La calidad de la AM no puede considerarse sólo desde el punto de vista del prestador asistencial. Se verá a través de un ejemplo. Una cirugía de reemplazo de cadera:

- Para el médico traumatólogo será de calidad si puede colocarse bien la prótesis indicada, no hay acortamiento significativo de la pierna, ni consolidación viciosa, no hay complicaciones como escaras, neumonía hipostática, infecciones o tromboembolismos ni pseudoartrosis o necrosis avascular (Schatzkar-Tila) y si posteriormente no se luxa.
- Para el paciente será de calidad si se recupera rápido, puede caminar, tiene buena movilidad y no tiene dolor.
- Para el fisiatra o kinesiólogo, si el paciente recobra una capacidad cercana al 100%.
- Para el administrador, si el procedimiento encuadra en el gasto previsto. Cada perspectiva es válida para la calidad.

## 6.- Modos de acreditación en Argentina

En Argentina hubo referencias orientadas a la acreditación en los primeros nomencladores de prestaciones que gestaron las instituciones profesionales y empresarias.

Desde 1957 el Subcomité de Acreditación de Residencias Hospitalarias, patrocinado por la AMA (Asociación Médica Argentina) y presidida por el Dr. Mario Brea, desarrolló una acción destacada para acreditar sedes de residencias. En 1971 se publicaron, bajo la coordinación del Dr. Norberto Baranchuk "las condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno-infantil". Para ese tiempo comenzaron las referencias a acreditación en declaraciones oficiales. En 1978 la AMA constituyó una Comisión de Acreditación Hospitalaria. En 1980 la Confederación Médica de la República Argentina obtuvo un informe técnico del Dr. Carlos Canitrot sobre el tema. También en ese año el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (Res. SESP N° 1235/80) creó una comisión de acreditación.

Varias sociedades científicas en particular de cirugía y de pediatría, consideraron el tema en congresos y jornadas. La Sociedad Argentina de Auditoría Médica (SADAM) desarrolló estándares de calidad y los aplicó en experiencias piloto en la década de 1980. El INSSJP (PAMI) estableció un programa de acreditación periódica (PAP, Res. 5053/80) para prestadores capitados de II nivel (la división en tres niveles de AM es una forma de categorización).

En 1985 la Secretaría de Salud, el INOS y tres sociedades científicas promovieron un estudio de acreditación en 24 establecimientos de más de 300 camas en Capital Federal.

La convocatoria a las instituciones prestadoras y financiadoras por el Ministerio Nacional dio origen a la Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CONCAM) que adaptó el Manual de la OPS (vide infra) para este tipo de evaluación.

A partir de esos antecedentes se constituyeron en Argentina entes específicos e independientes para la promoción y evaluación de la calidad de la AM.

El Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimiento de Salud (ITAES), con asiento en la ciudad de Buenos Aires, actualizó y adaptó los estándares de la OPS y de la CONCAM y estableció un procedimiento operativo para la evaluación, que concretó en establecimientos de gran complejidad, la mayoría de ellos sitios en aquella ciudad.

Por su parte el Instituto Argentino de Racionalización de Materiales (IRAM) participó en evaluaciones de calidad de efectores de salud aplicando las Normas ISO (Internacional Organization for Standardization) en especial en Servicios de Imagenología de alta complejidad.

A nivel internacional la experiencia es antigua y rica, particularmente en América del Norte y Europa. En algunos países latinoamericanos (Colombia, Chile, México, Brasil y Venezuela) se han hecho experiencias relacionadas con la educación médica.

En EEUU el proceso de acreditación se inició con los estándares mínimos de acreditación de hospitales que publicó en 1917 el Colegio Americano de Cirujanos (ACS) con la ayuda económica de la Fundación Carnegie. Sobre esa base se evaluaron alrededor de 700 establecimientos de más de 100 camas alcanzando nivel de acreditación sólo algo más del 10%. Esta situación llevó a publicar resultados sin identificar a los establecimientos. Desde la década de 1950 se amplió el sistema con participación de las instituciones profesionales y de hospitales de EEUU y Canadá hasta la constitución, para el primer país, de la actual Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (JCAHCO, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) que actualiza manuales de estándares.

La administración del programa federal de Atención Médica para personas mayores de 65 años (Medicare, 1965) comenzó a requerir a sus prestadores la acreditación de la JCAHCO y posteriormente a elaborar sus propios estándares. Con ello, lo que anteriormente había girado en torno del prestigio y el reconocimiento para la enseñanza profesional, se transformó en mecanismo ligado a la cobertura y financiación.

En España, el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) desarrolla desde 1999 un sistema de acreditación con el que evalúa y clasifica a los hospitales de su red. En 2001 definió los mejores 20 centros hospitalarios ("Top 20") lo que generó polémicas (Ruiz López, 2001).

En Francia la evaluación está prevista en la ley hospitalaria de 1991 y en 1996, sobre la base de un organismo preexistente, se creó la "Agence Nationale d'Acréditation et d'évaluation en Santé" (ANAES) que tiene a su cargo la elaboración de normas en torno a estructuras, procesos y resultados.

La metodología hace hincapié en el diagnóstico de disfunciones institucionales que son definidas en reuniones durante las cuales cada actor es cuestionado por otros dos, cada uno de estos a su vez por otros. Se sintetizan los resultados y se asumen como problemas a resolver. Se analizan las causas y se evalúan las posibles soluciones para decisión e inmediata aplicación. Suele comenzarse con disfunciones o problemas menores, factibles de solucionar a corto plazo. Se inaugura así un proceso dinámico de mejora permanente que se desarrolla sobre información sistematizada (Programme Medicalisé des Systemes d'Information-PMSI- y Resumés de Sortie Standardisés-RSS- o de altas estandarizadas). El sistema se apoya en la promoción de un cambio cultural y de apropiación por el personal de los instrumentos de evaluación (Chouaid, 1998).

## 7.- Otros mecanismos de evaluación

La secuencia antes mencionada se relaciona con otros tres mecanismos de un sistema de evaluación:

- 1) **Fiscalización:** es la función de controlar periódica o puntualmente, de oficio o a demanda, el cumplimiento de las normas. Es propia de la autoridad estatal y de los entes financiadores que lo estipulan en sus contratos. Tiene implicancia y potestad sancionatoria ya sea administrativa o económica.
- 2) **Control de las facturaciones:** es la función de evaluar gastos facturados con relación a las prestaciones brindadas. Es habitual de los entes financiadores (OOSS, mutuales, seguros). Erróneamente se la llama "auditoría".
- 3) **Auditoría:** es la función de evaluar la calidad de las prestaciones individuales comparando las normas, explícitas e implícitas, con los registros clínicos. Su objetivo es la mejora de las prestaciones y la promoción de la educación continuada. Es propia y exclusiva de los profesionales de la institución en que se realizan las prestaciones (auditoría interna) o conjuntamente con profesionales de los entes financiadores (auditoría compartida).

Lo que se practica con más frecuencia es el control de facturaciones, a cargo de los entes financiadores. La fiscalización estatal es asistemática y puntual. La auditoría interna se hace en establecimientos bien organizados. Suele ser compartida con algunas Obras Sociales, aunque con riesgo de sesgo por el control de facturaciones.

Todo ordenamiento de AM exige un marco conceptual y un sistema de evaluación. Así, una habilitación que no categorice ni fiscalice periódicamente es incompleta, y un control de facturaciones que no se correlacione con auditoría compartida puede ser injusta para los prestadores y peligrosa para los beneficiarios. A la inversa, una evaluación de calidad sin control de facturaciones puede ser injusta para los entes financiadores [Cuadro 7.a]

## Formas de evaluación de la Atención Médica

Condic Mecanis	¿qué define?	¿qué requisitos enfatiza?	¿qué evalúa?	¿cuándo lo hace?	¿cómo es?	¿quién lo hace?	¿qué implicancias tiene?
<b>Habilit.</b>	Autorización	De estructura y mínimos	Establecimiento: conjunto o subconjunto	"Antes" que funcione	Obligatorio y público	Estado	Eliminatoria global
<b>Categ.</b>	Complejidad	De estructura diferencial y mínimos	Establecimiento: conjunto o subconjunto	"Antes"	Obligatorio y público	Estados u OOSS	Eliminatoria parcial
<b>Acredit..</b>	Calidad institucional	De funcionamiento y óptimos	Establecimiento: conjunto o subconjunto	"Después" de que funcione y periódico	Voluntario y confidencial	Organismo "ad hoc" autónomo	Calificatoria y docente
<b>Fiscaliz.</b>	Cumpliment.	Correlación normas legales/realidad	Establecimiento	"Después"	Obligatorio (puntual o sistemático)	Estado (coparticipado)	Correctiva y sancionatoria
<b>Control factur.</b>	Gasto	Correlación e/ facturación-prestaciones	Facturas	"Después"	Obligatorio (sistemático)	OOSS y prestatarias	Debitatoria
<b>Audit.</b>	Calidad de prestac.	Correlación e/ normas y registros	Prestaciones	"Después"	Voluntario y confidencial	Cuerpo profesional (interno); c/profesionales de prestatarias (compartidas)	Calificatoria y docente

(Barragán, H. L., 1998).

Cuadro 7.a

## 8.- En Argentina se impulsan acciones de acreditación

Se ha mencionado el Programa de Garantía de Calidad desarrollado en el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, que en su origen, fue discutido por la difícil aplicación de algunos estándares en el marco de la crisis económico-financiera que viene transitando el sector.

La gestión de G. González García, al mismo tiempo que lograr la adhesión y constituir grupos operativos en las provincias para su aplicación, está abriendo el diálogo institucional para ajustar los estándares a la realidad.

En 1995 la **Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata** promovió una comisión de trabajo sobre acreditación, invitando a las instituciones de prestadores, a IOMA y al Ministerio de Salud provincial. La comisión estudió antecedentes y las posibles estrategias y elaboró la Declaración de La Plata que firmaron las autoridades de todas las instituciones participantes.

En 1996 se constituyó, sobre la base del antecedente mencionado, la **Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM)**, ente privado sin fines de lucro, conformada por las agrupaciones de instituciones y profesionales de salud y a su vez, un Comité Asesor constituido por la Facultad de C. Médicas de La Plata, el Ministerio de Salud y el IOMA de la provincia de Buenos Aires. La Facultad encomendó la tarea de asesoramiento al Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (CINUS), uno de sus organismos académicos.

Entre las instituciones participantes, la **Federación Bioquímica de la provincia de Buenos Aires** tiene larga experiencia en su Programa de Acreditación de Calidad externa de Laboratorios Clínicos (PAL) en el que aplica estándares de estructura, proceso y resultados. Tiene acreditados la mayoría de los laboratorios habilitados en la provincia. Este programa usa estándares de estructura (personal, planta física, equipamiento), de procesos (bioseguridad, toma y manipulación de muestras) y de resultados (registros e informes, unidades utilizadas, medición de muestras piloto).

La CIDCAM se constituyó como persona jurídica privada y obtuvo recursos propios con el aporte de todas las instituciones constituyentes, especialmente de Federación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la Provincia de Buenos Aires (FECLIBA), así como del cobro de aranceles a los establecimientos participantes.

La comisión adoptó los principios conceptuales elaborados por el grupo convocado por la Facultad de C. Médicas, constituido por las mismas instituciones, que se tituló “Declaración de La Plata sobre la Calidad de Atención Médica” que firmó el entonces Decano Profesor Doctor José Carlos Fassi y las autoridades de esas mismas instituciones.

### **Calidad de la Atención Médica. Declaración de La Plata**

La modificación dinámica del perfil epidemiológico de la población y los cambios en los sistemas de Atención Médica convergen hoy en un momento decisivo, en el que se dan a la vez importantes dificultades y expectativas positivas de la comunidad.

Los progresos de la ciencia y tecnología médicas han alcanzado un potencial que, aún con limitaciones, requieren la más adecuada organización de los recursos para hacerlos accesibles a toda la población que los necesite.

La Atención Médica tiene como eje el recurso humano que configura el equipo de salud y la misma comunidad participante.

La Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, en ese marco siente la necesidad de promover la evaluación en su conjunto de los profesionales que forma y el mismo procedimiento que utiliza. Otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que tienen íntima relación con la Atención Médica y que han desarrollado iniciativas tendientes a evaluarla, se han reunido en la aspiración común de ofrecer a la comunidad un ámbito exento de interés parcial que contribuya a la calidad de la Atención Médica en orden exclusivo a su perfeccionamiento.

Las instituciones reunidas, en esta instancia, junto con la Facultad, son el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, el Colegio de Médicos del Distrito I, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA), la Agrupación Médica Platense y el Distrito I de la Federación de Clínicas, Sanatorios, Hospitales y otros Establecimientos Privados Asistenciales de la Provincia de Buenos Aires.

Ellas han concluido en primer término en que la calidad de la Atención Médica es un valor en el que confluyen otros muchos. La entienden como la capacidad óptima lograda por un profesional, institución asistencial o docente, para contribuir a las mejores condiciones de salud de las personas y comunidades y el estímulo al mejoramiento permanente de las instituciones y prestadores. Han coincidido en que esa capacidad óptima es fruto de la armonía de conocimientos, habilidades y actitudes, que comprenden no sólo la ciencia y la técnica sino la humanización de la asistencia y la organización de los recursos. Esta última tiene un marco bioético de asignación de prioridades, que legitima su utilización. En ese sentido conciben que, teniendo por fin último lo óptimo, la calidad admite gradaciones.

Dado ese concepto, las instituciones reunidas reafirman la existencia de otros aspectos claves de evaluación de la Atención y Educación Médica. Tales son la habilitación para actuar, tanto de profesionales como de instituciones participantes según lo marcan las leyes, normas y acuerdos en vigencia, a las cuales ninguna de ellas renuncia ni puede hacerlo. Respetando la incumbencia de cada institución, el conjunto de las reunidas entiende que todos los procesos evaluativos son dinámicos y en tal sentido deben estar en permanente perfeccionamiento y actualización con la sistemática participación de los sectores interesados desde sus distintas perspectivas.

Han concluido en segundo término que la evaluación de calidad de la Atención y Educación Médicas entendida según las líneas apuntadas, es una tarea de conjunto en un ámbito autónomo en el que se marginen los intereses de las distintas partes. Es asimismo una tarea multidisciplinaria y abierta a la que podrán incorporarse oportuna y progresivamente otras profesiones e instituciones de salud bajo las mismas condiciones.

Es por ello que se han fijado la tarea de elaborar un proyecto que cada representación someterá a sus respectivas autoridades, para configurar ese ámbito autónomo e interdisciplinario con el exclusivo propósito de promover la evaluación de calidad de instituciones asistenciales, docentes, y de profesionales, tanto del sector oficial, como privado, de obras sociales o sistemas privados de cobertura, que voluntariamente lo requieran. Esta evaluación por su propiedad, aspira a la credibilidad y tiene carácter confidencial, quedando al arbitrio del evaluado su manifestación. Involucra una acción informativa y docente y también promueve la autoevaluación. Con tal aspiración y en tales condiciones, las instituciones entienden que se trata de un esfuerzo significativo para cada uno de los establecimientos, actividades y profesionales, que requieran su acreditación y que en la medida que

contribuya a mejorar los servicios de educación y atención médicas, debe ser valorado en términos de prestigio y retribución.

A tal efecto consideran que el proyecto comprende la reunión de los valiosos antecedentes internacionales y nacionales, de instituciones señeras del país. Así también implica la definición de parámetros de calidad con el concurso de expertos, la difusión y el asesoramiento sobre los mismos y el entrenamiento de personas y equipos para aplicarlos a quienes lo soliciten.

Por último aspiran a que la comunidad visualice esta tarea como un servicio a su salud exenta de todo interés parcial, y que el equipo de salud y las instituciones asistenciales y docentes, recepten la iniciativa abierta a su participación, como un aporte a su perfeccionamiento.

Todo ello sin perjuicio de las funciones y potestades propias de cada una de las instituciones reunidas, en un franco esfuerzo común por el espíritu de servicio de las instituciones y prestadores de Atención Médica y por la Salud de las personas y la comunidad.

La Plata, en el verano de 1996  
Prof. Dr. José Carlos Fassi, Decano  
Adhieren las instituciones de la CIDCAM

Adhirieron:

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Colegio de Médicos DI, IOMA, FECLIBA, ACLIBA DI, ACLIFE, AMP, FABAA, FECLIBA DI, FECLIBA DII, FEMEBA, FEMECON, OSDE.

*Recuadro 8*

Como un concepto operativo adoptó los criterios de la OMS en el sentido de que una acción tiene calidad cuando cuenta con:

- Alto nivel de excelencia profesional;
- Uso eficiente de los recursos disponibles;
- Mínimo riesgo para el paciente;
- Alto grado de satisfacción del mismo;
- Impacto final en la salud tanto en el paciente como en la comunidad.

En este marco conceptual los objetivos de la CIDCAM son:

- Colaborar con las instituciones de Atención Médica estatales o privadas, a su solicitud, en el logro de la calidad.
- Lograr un uso racional de la capacidad instalada y una mayor eficiencia prestacional.
- Colaborar con la población usuaria, instituciones comunitarias, organismos financieros y organismos del Estado en la mejoría de la calidad y eficiencia de la Atención Médica.

La CIDCAM asumió tres estrategias:

- a) La **capacitación** de profesionales de diversa formación y de administrativos de establecimientos asistenciales, a través de seminarios y talleres, centralizados y por distritos de la provincia. Se inició con un curso coordinado entre la CIDCAM y la Facultad para entrenar evaluadores de establecimientos en el que participaron profesionales de toda la provincia.
- b) La promoción de la **autoevaluación** para lo que prepararon guías, de sucesivo perfeccionamiento y definieron etapas para llevarla a cabo a iniciativa de los establecimientos.
- c) El **asesoramiento** a establecimientos en proceso de autoevaluación.

Los doce pasos previstos en el programa de **“Autoevaluación Participativa Estructurada para la Calidad”** (APEC) son los siguientes:

#### **Certificación CIDCAM- ATC (Certificación I)**

1. Decisión política del establecimiento para iniciar el proceso de autoevaluación
2. Constitución de un Grupo de Evaluación Interno dentro del establecimiento (GEI)

#### **Consultas con CIDCAM**

3. Análisis del material de autoevaluación por parte del GEI.

#### **Apoyo de la CIDCAM**

4. Reunión interna en el establecimiento para presentar la documentación
5. Proceso de recolección de la información dentro del establecimiento.

#### **Asesoría de la CIDCAM**

6. Revisión del material por el GEI- Reparos

#### **Certificación CIDCAM II**

7. Formularios de evaluación finalizados

#### **Certificación CIDCAM III**

8. Análisis de la información por una Comisión Evaluativa Interna para la producción de un juicio valorativo propio.

#### **Certificación CIDCAM IV**

9. El GEI produce un juicio valorativo interno
10. La CIDCAM produce un juicio valorativo externo.

#### **Certificación CIDCAM V**

11. Reunión en el establecimiento para el análisis de los juicios valorativos.

#### **Certificación CIDCAM VI**

12. Decisión del programa estratégico para la mejoría de calidad (PEC).

El mecanismo se puso a prueba en un estudio piloto, apoyado por IOMA, aplicado a 143 establecimientos prestadores de esa obra social bonaerense. La experiencia obtenida permitió perfeccionar los instrumentos para relevamiento y análisis.

Con esos ajustes el proceso está en desarrollo en 143 efectores de salud con internación, incluyendo cuatro estatales.

A nivel nacional el CENAS (Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud) es un organismo no gubernamental, independiente, que ofrece a los establecimientos de salud de todo el país y los diversos subsectores la posibilidad de acreditar en forma externa la calidad de la Atención.

Define como acreditación de un establecimiento de salud a todo proceso de evaluación y certificación periódica de la calidad de la Atención Médica. La misma es voluntaria, participativa, confidencial, independiente de la habilitación, categorización o complejidad del establecimiento y está destinada a facilitar la mejora continua, con lo que sigue los principios previamente enunciados.

## **9.- Los profesionales deben certificarse y recertificarse**

La certificación profesional es el resultado de un acto por el cual una entidad competente, aplicando criterios preestablecidos, asegura a través de un proceso de evaluación transparente, que un profesional de salud debidamente matriculado posee conocimientos, hábitos, habilidades,

destrezas y actitudes propias de una especialidad o actividad reconocidas, además de adecuadas condiciones éticas y morales.

Por su parte, la recertificación con los mismos criterios y proceso asegura que un profesional de salud previamente certificado, mantiene actualizado sus conocimientos y habilidades, y ha desarrollado sus actitudes dentro del marco ético adecuado, de forma acorde con el progreso del saber y del hacer propio de la especialidad o actividad que ha desempeñado en un período determinado.

La **Asociación Argentina de Cirugía y la de Pediatría**, fueron precursoras en este proceso que ahora se ha multiplicado.

Posteriormente se dictaron leyes (vg. Ley 23.873 modif. art. 21 de 17.132) y recomendaciones internacionales como las del Congreso Mundial de Cirugía 1993 (Hong Kong).

## 10.- La certificación y la recertificación profesional tienden a consolidarse

El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Decreto nº 1424/97) establece que todo lo elaborado por dicho programa es de cumplimiento obligatorio por todos los efectores estatales de OOS y privados de jurisdicción nacional, e invita a adherirse a las jurisdicciones. Uno de los objetivos centrales del Programa es alcanzar la homogeneidad, coherencia y consistencia en los distintos procesos de certificación y recertificación ya existentes y por desarrollar en Argentina, con el fin de garantizar a la población calidad en el desempeño de los profesionales.

La **Certificación Profesional** siempre debe ser realizada por pares, a través de la delegación que la autoridad de aplicación otorgue a las entidades oficialmente reconocidas.

La **Recertificación**, debe abarcar a todos los profesionales de Salud, de manera que todos deberán validar periódicamente que mantienen sus aptitudes y actitudes propias. El proceso de recertificación, también deberá ser hecho por los pares a través de las entidades reconocidas por la autoridad de aplicación, con el mismo criterio que para la Certificación

La Recertificación es un mecanismo, aunque complejo de implementar, aceptado por los médicos que entienden la necesidad de autoevaluarse con el fin de dar seguridad y mejorar la calidad de la salud de la población

Las **Sociedades Científicas** están abocadas a esta tarea, en distintas etapas de elaboración de actitudes, planes y programas. Los créditos deberán ser formulados de manera tal que los especialistas de distintas regiones tengan las mismas posibilidades de obtenerlos; en este punto la Sociedades deberán agudizar su ingenio y utilizar medios tecnológicos modernos de educación a distancia, como pasantías y cursos semipresenciales.

### El profesional certificado-recertificado:

- a) Puede asistir a pacientes y desarrollar procedimientos que otros, no certificados no deben.
- b) Pueden asistir pacientes y desarrollar procedimientos que otros pueden, pero que ellos pueden hacer mejor.

Esto, por muchas razones:

- Más experiencia y mejor **juicio** ante la incertidumbre.
- Mayor **destreza** y disponibilidad para solución de problemas difíciles.
- Menor uso de **recursos relativos** (vg. tiempo total, tiempo quirófano en cirugía).
- Menor posibilidad de **riesgos adicionales**.
- Menor posibilidad de **litigiosidad**.
- Más habilidad para descartar “**gimmicks**” (trucos) y modas y apreciar avances reales.
- Más **comunicación personalizada** con el paciente y su grupo primario.

La Asociación Argentina de Cirugía (AAC) comenzó en 1986, según relata Moirano, el proceso de certificación-recertificación sólo por mandato de conciencia, exento de todo tipo de incentivos.

Sin embargo, los principios de justicia, retribución y diferenciación hacen necesario formalizar aranceles diferenciados para los profesionales certificados/recertificados.

Pero hay un cierto temor institucional de los prestadores en definir el tema, postergación de parte de los prestatarios e indiferencia de parte de los usuarios

Es cierto que el reconocimiento se concreta por mecanismos menos formales en algunos distritos, por lo que debe compatibilizarse a nivel nacional.

Así se concluye que:

- a) Un sistema de AM funciona si da satisfacción mínima a todos sus componentes, desde los usuarios a los prestadores.
- b) La certificación y recertificación son formas de identificar y definir grados de competencia y calidad logrados y previsibles para garantía de los usuarios y la comunidad.
- c) La competencia y calidad deben ser retribuidas diferencialmente como mecanismo de control social (premios y sanciones).
- d) Dentro de los sistemas organizados la retribución diferenciada debe formalizarse.

## Bibliografía consultada

- Asociación Chilena de Facultades de Medicina, Seminario nacional de acreditación, Santiago, 1982.
- Arce, H. *Bases conceptuales para la Acreditación y Categorización de establecimiento asistenciales privados*. Buenos Aires, 1988.
- Barragán, H. L., *Mecanismos de evaluación de la Atención Médica*. En Revista Clínicas y Sanatorios, La Plata, tomo 1, volumen 4, p. 13-4.
- Board of Trustees Report. AMA Initiative on Quality of Medical Care and Professional Self- Regulation. En: JAMA 156, volumen 8, p. 1036-1037, 1966.
- Cataluña, Generalitat. Acreditación de Centros Asistenciales. Informe de un Comité de Expertos, Barcelona, 1982.
- Chouaid, C., Morel, M. y otros, et al. Qualité et accréditation dans les établissements de santé- application del' expérience acquise en milieu industriel. Press Med. volumen 27, tomo 4, p. 166-171, 1998.
- Confederación Médica de la República Argentina. Acreditación de establecimientos asistenciales: aportes para el estudio y puesta en marcha de un programa en la Argentina. Informe de Asesoría Técnica: C.H. Canitrot, Buenos Aires, 1980.
- Moirano, J. (h), Futuro del Cirujano General y los Servicios de Cirugía. Relato Oficial al LXV Congreso Argentino de Cirugía. En: Rev. Arg. Cirug., Buenos Aires, 1994.
- Ortiz, F. E., Análisis e importancia del costo beneficio en cirugía. Relato Oficial al LXI Congreso Argentino de Cirugía. En: Rev. Arg. Cirug., Bs. As., 1990.
- Paganini J.M. et al. A collaborative Step by step Self-assessment Process for Quality in Argentina- CIDCAM. ISQUA 20th International Conference, Dallas (Texas, EEUU), nov. 2003
- Reerink, E. Quality Assurance in the Netherlands. Nat.Org. for Quality Assurance in Hospitals, 1983.
- Roemmer, M., "Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud". Siglo XX, Buenos Aires, 1980.
- Ruiz López P. La medición de la calidad asistencial. En Revista Clinica Española, volumen 201, tomo 10, p. 9-10, 2001.
- Sanchez Zinny, "Acreditación Hospitalaria sobre bases voluntarias". En: Rev. AMA, Marzo- Abril, 1979, 35-36.
- Schatzer J. y Tile M., "Tratamiento quirúrgico de las fracturas". Buenos Aires, Panamericana, segunda edición, 1998 Cfr. Ramos Vértiz, A. J., *Compendio de Traumatología y Ortopedia- Atlante*, Buenos Aires, segunda edición, 2003.
- Nota: Se consultaron normas legales y administrativas varias.