

## CALIDAD REAL Y CALIDAD FORMAL DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Escribe **Camilo Marracino**  
*Director Ejecutivo PICAM*

**En un trabajo sobre Perspectivas de la Atención Médica (1988), analizaba los componentes de la crisis por la que atravesábamos tratando de describir los factores que participaban en ella, así como sus consecuencias. Reanalizándola diez años después en un nuevo trabajo reafirmaba su validez e incorporaba un listado de condicionantes de la calidad de atención médica que actúan en el sistema.**

**Actualmente y ya transcurridos varios años desde aquellas presentaciones resulta interesante retomar sus contenidos y confrontarlos con algunos de los resultados que observamos al evaluar indicadores de calidad y relacionar estos hechos con las razones que sustentan los déficit y los hacen perdurar.**

**EN PRIMER TÉRMINO** recuperemos las observaciones centrales formuladas originalmente. Planteábamos que la crisis desencadenada a fines de los 80 y los hechos posteriores fortalecieron las falencias observadas. A su vez anunciaban una profundización de la crisis y una ruptura de la organización vigente.

En la década del 90 y a posteriori de la aplicación del Programa Económico de Convertibilidad se implementó para el sector salud una política de libre mercado, genéricamente definida como "Desregulación".

Como consecuencia de la aplicación de las nuevas reglamentaciones, se produjeron cambios significativos que incorporaron los criterios de competitividad y de libre acción de la relación oferta - demanda como eje de la reconversión.

En virtud de la aplicación de las "reglas del mercado", se señalaba que la dimensión de los cambios producidos marcaban la necesidad urgente de evaluarlos en toda su magnitud, dado que aún existían mayores riesgos de involución y deterioro.

En este sentido debe destacarse que los estímulos propiciados en base a la competitividad no estaban produciendo necesariamente una mayor eficiencia (mejor calidad al menor costo), sino que se observaban rentabilidades concentradas con deterioro de numerosas estructuras de salud y de su calidad.

A mediados de los 90, visualizábamos la posibilidad de cambios que estaban basados en la hipótesis de interrelación de diversas variables y por la necesidad social de resultados ciertos que se le demandarían al sistema, exigente de una relación costo - beneficio adecuada.

Se señalaba que el endiosamiento dado en esos tiempos al "mercado" no era estable y produciría por "prueba y error" reajustes y nuevos cambios que reconocen la pérdida y el desmedro producido a la "equidad".

Las variables que participaron en estos procesos se concentran en un número reducido de estas, existiendo factores dependientes de ellas que condicionaron la calidad de atención médica. Estas son:

- Inadecuado financiamiento con estímulos contradictorios de las conductas diagnósticas terapéuticas
- Baja exigencia de garantías de calidad
- Bajo alcance de las coberturas
- Grupos de riesgo no identificados
- Inexistencia de un adecuado monitoreo
- Estratificación inadecuada de la atención médica
- Sobreoferta de servicios
- Baja participación del usuario

**EN SEGUNDO TÉRMINO**, y en un reciente adelanto del Informe 2006, Programa de Indicadores de Calidad de la Atención Médica (PICAM) que desarrollamos en forma conjunta SACAS e ITAES se han descrito aspectos relacionados con la experiencia acumulada en el monitoreo de indicadores de calidad.

A pesar que la información acopiada es la que corresponden solo al año 2005, las reflexiones que surgen del mismo son congruentes con lo descrito anteriormente y representan la verificación de algunas de las consecuencias de los procesos descritos.

Se menciona que históricamente no existió consenso en el país respecto a los indicadores de calidad a relevar entre los distintos hospitales, ni entre los prestadores privados, ni entre las entidades prestatarias.

Recién en el año 2004 se incorporaron al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (MSal) los indicadores propuestos por el PICAM comenzando a revertirse la tendencia señalada.

Por consiguiente, más allá del cumplimiento de obligaciones estadísticas de producción, aún hoy, los pocos establecimientos que recurren al monitoreo de calidad, procesan en general información determinada por requerimientos internos, que no es comparable con la de otros establecimientos equivalentes.

La poca aplicación de la codificación de los diagnósticos de egresos, es por su déficit, una de las demostraciones de las fallas del sistema. Muchos establecimientos desconocen la información epidemiológica y estadística referida a los

diagnósticos de los pacientes que atienden, y lo que es peor este hecho se ha instalado como exigencia poco necesaria.

Paralelamente se observa un gran desarrollo de los sistemas informáticos de facturación de los servicios, pero este hecho tampoco ha demostrado una relevancia significativa en la mejora de la calidad, mas bien ha condicionado la matriz de registraciones y carga de datos privilegiando a aquellos con valor económico y relegando o no considerando a los otros.

Es claro que la cultura de evaluación de la calidad y toma de decisiones sobre la base de datos referidos a calidad no ha tenido apoyos ni financiación adecuadas. Debemos tener en cuenta la magnitud del problema dado que los establecimientos que han resuelto estos déficit son la minoría.

Mientras esta situación se mantenga los resultados globales de la atención en términos de calidad son inciertos y heterogéneos.

De confirmarse las observaciones mencionadas estarían señalando que los déficit en la medición de la calidad ponen en duda la posibilidad de cumplir con los objetivos planteados en programas y proyectos que involucren a los establecimientos de salud.

Como complemento de lo mencionado podemos presumir la existencia de acciones que evitan la difusión de las consecuencias indeseables de los déficit mencionados.

Esta hipótesis puede vincularse con el mencionado desestímulo para el desarrollo de los sistemas de información y con el advenimiento de actividades que tienden a disimular perversamente los resultados no adecuados de la atención brindada en el marco de los contratos de riesgo asumidos por las Prestatarias con los prestadores.

**EN TERCER TÉRMINO** desde mi lógica es necesario contestar las preguntas referidas a las causas de fondo que dan origen a los déficit señalados. Con este fin recurrimos a un reciente trabajo de la Dr. E. Moreno la cual abordó el tema de la salud materno infantil y su relación con las Metas del Milenio y analiza los avances logrados en tal sentido.

Resulta interesante señalar sus reflexiones que están abordadas desde lo sistémico y desde lo materno infantil que son coherentes y aplicables con lo expuesto anteriormente e identifican partes de las verdaderas causales de los déficit por nosotros señalados.

Menciona los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) los que representan las aspiraciones internacionales convenidas para alcanzarlas hacia el año 2015. La autora luego de un análisis específico sobre lo materno infantil refiere que:

A LA LUZ DE LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA Y CONDICIONES DE VIDA DEBE CONSIDERARSE COMO UN DESAFÍO EL LOGRO DE LAS METAS DEL MILENIO. SOLO LA VOLUNTAD POLÍTICA Y LA INVERSIÓN EN TODAS LAS ÁREAS DEL DESARROLLO, ACOMPAÑADOS DE UN FUERTE Y SOSTENIDO TRABAJO EN SALUD LOGRARÁN REVERTIR LA TENDENCIA DE 30 AÑOS. FRENTE A ESTA CRISIS ES PRECISO HACER PROPUESTAS SUPERADORAS. ESTAS PROPUESTAS PODRÁN SER MÁS O MENOS COMPLEJAS PERO LO QUE NO TENDRÁN SEGURAMENTE, ES LA CARACTERÍSTICA DE NOVEDOSAS PUES EN NUESTRO PAÍS SE HAN SUCEDIDO NUMEROSOS Y BUENOS ESFUERZOS QUE FUERON INTERRUMPIDOS CON LOS DIVERSOS CAMBIOS DE AUTORIDADES. LO QUE HAY QUE HACER, LO QUE NO HEMOS LOGRADO HASTA AHORA ES CONVERTIR LAS PROPUESTAS EN POLÍTICAS DE ESTADO QUE REVELEN EL COMPROMISO DE GOBIERNO Y SOCIEDAD CIVIL CON LA SALUD, QUE SEAN EVALUADAS Y SUJETAS A MEDIDAS CORRECTORAS SI SON NECESARIAS, PERO QUE PERSISTAN EN EL TIEMPO EVITANDO QUE EN CADA CAMBIO DE CONDUCCIÓN SE INTERRUMPAN LOS PROCESOS. HOY TENEMOS EVIDENCIAS CLARAS QUE EL SISTEMA DE SALUD A TRAVÉS DE LA CAPACIDAD DISTRIBUIDORA DE SUS SERVICIOS PUEDE JUGAR UN PAPEL IMPORTANTE EN LOS NIVELES DE MORBILIDAD, MORTALIDAD Y FECUNDIDAD Y CONTRIBUIR A CERRAR LA BRECHA QUE SEPARA A LOS RICOS DE LOS POBRES EN TÉRMINOS DE EQUIDAD EN SALUD, SIN OLVIDAR QUE EN EL CONTEXTO SOCIOPOLÍTICO DE LA POBREZA, EN EL QUE SE DESARROLLAN LAS ACTIVIDADES DE LOS SERVICIOS SE ENCUENTRAN IMPORTANTES DETERMINANTES DE LAS VARIACIONES.

Creo que las reflexiones señaladas encajan plenamente para definir los atributos deseables de una gestión política, la que matiza gran parte de los condicionantes de la calidad mencionados en primer término.

No obstante quedan por descifrar otro grupo de causales que se refieren a las responsabilidades de los actores y partícipes en los procesos de Atención Médica y Salud. Este es un ámbito ampliamente explorado a través de los programas, propuestas y desarrollos orientados hacia la capacitación de los recursos humanos. Sin embargo poco se ha dicho sobre la relación entre voluntad y resultados que en términos de calidad integran un binomio inseparable. No existe calidad real si no existe voluntad por alcanzarla.

A la luz de las observaciones realizadas es necesario diferenciar la calidad formal expresada en documentos y folletos, de la calidad real verificada en resultados monitoreables. En ocasiones ambas coinciden pero no siempre, siendo este hecho otra de las grandes causales de los déficit señalados.