

Normatización y gestión clínica en el subsector público

Por Juan Carlos Britos

Magister en Ciencias Médicas con orientación en Epidemiología Clínica por la Universidad de la Frontera, Chile. Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social por el Instituto Universitario ISALUD. Es docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, jefe de Departamento en el Hospital Zenón J. Santillán de esa ciudad y jefe de Asesoría en Salud de la Obra Social de Servicios Directos Empresarios.

1 . Introducción

La utilización racional de los recursos, tanto de diagnóstico como de tratamiento médico, resulta fundamental para el uso apropiado de dichos recursos y para su adecuación a los costos de atención en el sistema de salud, preservando su calidad.

El incremento de la demanda, el aporte de las nuevas tecnologías sanitarias de diagnóstico y tratamiento y los ajustes presupuestarios en los sistemas públicos de atención, son algunas de las variables inequívocas que influenciaron el desarrollo de herramientas útiles para alcanzar la eficiencia técnico-económica en salud.

Entre ellas se destacan la Medicina Basada en Evidencias, el control, evaluación y normatización de los procesos de atención, que apuntan a controlar los desvíos resultantes de la variabilidad de la práctica clínica. Con ellos, la gestión clínica puede alcanzar niveles óptimos de eficiencia, preservando la adecuación de uso y calidad de atención.

De ésta forma muchos sistemas de salud, de alguna manera, utilizan tales herramientas a fin de optimizar sus decisiones, cuyos resultados se pueden buscar en los numerosos trabajos de investigación que existen en la literatura.

En éste contexto, el presente trabajo desarrolla una experiencia en el uso de la normatización del proceso de atención médica, en pacientes portadores de una patología prevalente, la Neumonía Adquirida en la Comunidad, no complicada (NACNC), como herramienta de control del desvío resultante de la variabilidad de práctica clínica, y optimización del uso adecuado de recursos, del Departamento de Clínica Médica del Hospital Zenón J. Santillán, de la ciudad de San Miguel de Tucumán.

A partir de lo planteado, el objetivo de este trabajo apunta a aportar evidencias para optimizar la toma de decisiones del equipo de conducción del hospital Zenón J. Santillán en relación a la gestión de utilización de recursos e inducir un cambio de conducta en los profesionales respecto al uso de tales recursos, mediante la aplicación de guías clínicas consensuadas

* La versión completa de esta tesis está disponible en el Centro de Documentación de ISALUD.

2. Marco teórico

2.1. Gestión en salud

Gestión deriva de gesta, hace referencia a generar, producir, ejecutar o lograr un hecho; la misma implica el arte de controlar los factores predisponentes y/o determinantes de algunos hechos y actuar sobre ellos para lograr un resultado determinado, en un tiempo también definido; es a la vez hermana del control; de hecho no se concibe la buena gestión sin un sistema de control.

La gestión en salud, debe ser entendida como un proceso madurativo organizacional, que consiste en la descentralización responsable de las decisiones técnicas, administrativas, de gastos y de productividad, a los responsables de las unidades de producción del sistema de salud en general y de las unidades clínicas en particular. Se encuentra dirigida a la mejora de la eficiencia institucional, facilitando el camino al usuario, para que transcurra por el proceso asistencial con menos burocracia, más satisfacción, escucha y diligencia; permite relacionar la prestación con el gasto, los costos de oportunidad y de la no calidad, preservando los principios del sistema y la comunidad. La gestión en salud y el control de la misma se transformó en una necesidad vital a la hora de definir tanto necesidades y prioridades en salud, como así también políticas sanitarias y asignación de recursos en los sistemas.

En las últimas décadas, el sistema sanitario público, en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo, se vio afectado por una serie de reformas de política social originadas por la disponibilidad de recursos presupuestarios cada vez más limitados, cuyo eje central estuvo marcado por el binomio control del gasto sanitario y mantenimiento del nivel de salud de la población. De ésta forma, las entidades proveedoras debieran centrar sus esfuerzos en la búsqueda de una mayor eficiencia y control, lo cual constituye un elemento determinante de la gestión sanitaria.

La gestión, por su capacidad de combinar equilibradamente las expectativas y deseos de políticos, profesionales y usuarios, se está convirtiendo en el elemento esencial de las prestaciones y los servicios.

Existen distintos niveles de gestión en salud: la denominada macrogestión, referida a la política sanitaria; la mesogestión, propia de la gestión de centros de salud y la microgestión, encargada de la gestión de recursos humanos, revisión del mapa de los procesos, incentivos, calidad, sistema de información y gestión clínica, de cual se ocupa el presente trabajo.

2.2. Procesos de la atención médica

Existen dos disciplinas que apuntan al control y evaluación de los procesos de atención médica, con objetivos distintos pero complementarios:

- La economía en salud.

- El control y garantía de calidad de atención.

Tanto la economía en salud, como los principios de garantía de la calidad de la atención, consideran que la evaluación y control de los procesos de la atención médica son una clave para cumplir con los preceptos de eficiencia en salud, lo cual implica alcanzar un objetivo en salud en el mínimo tiempo posible, a un mínimo costo y asegurando una calidad de atención óptima.

De lo anterior resulta que el conocer los procesos asistenciales, la utilización de recursos durante los mismos, la identificación de puntos críticos, los costos que resultan de los desvíos, y los resultados alcanzados, se hace obligatorio a la hora de asignar recursos, los cuales casi siempre son limitados frente a necesidades que tienden a ser ilimitadas.

2.3. Normatización de la atención médica

Se entiende por normas a todas aquellas decisiones, acuerdos y modos de actuar que, en determinados hechos o circunstancias, por consenso general o por consejo de autoridad reconocida, se consideran imperativos de respetar. La normatización puede ser entendida como toda actividad que aporta soluciones para actividades repetitivas que se desarrollan en el ámbito de la ciencia, con el fin de conseguir una ordenación óptima en un determinado contexto. En el campo de la salud, este ordenamiento posibilita, a la vez, la evaluación de los procesos de atención médica.

La mayoría de los autores considera a las normas como mecanismo de rutina para resolver un problema aplicando el mismo criterio. Apuntan al proceso de toma de decisiones en dos tipos de situaciones:

- En aquellas de alta certidumbre, bajo riesgo, relativamente estable y de previsión apacible.
- En otras de baja certidumbre, alto riesgo, relativamente inestables e imprevisibles.

La normatización en medicina siempre fue considerada una función propia de la auditoría médica.

Los procesos de la atención médica, como fuera expuesto anteriormente, son factibles de la normatización a los fines de reducir la variabilidad y acotar los costos resultantes de los desvíos que resulten del descontrol de los mismos. Igualmente la normatización es reconocida como una herramienta poderosa para mejorar la calidad.

3. Metodología

Luego de evaluar el proceso de atención de los pacientes con NACNC que se atienden en el hospital Zenón J Santillán, y confeccionar una guía de práctica clínica consensuada con los jefes de los servicios de neumonología e infectología, para el manejo clínico y terapéutico de los pacientes (Anexo), se seleccionó una muestra aleatoria significativa de la población de egresos del Dpto. de Clínica Mé-

dica del hospital en el último año identificada con NACNC (n = 69 sujetos, grupo G1) de ésta, se recolectaron los datos relacionados con las variables de estudio para identificar el uso de recursos de diagnóstico y tratamiento antes de la aplicación de las normas.

A los siete meses de implementado el modelo normatizado de atención para los pacientes portadores de la patología se realizó una nueva medición de las variables de estudio en la muestra de sujetos seleccionados aleatoriamente (n = 66 sujetos, grupo G2) a fin de realizar el análisis estadístico comparativo de los datos.

Variables de estudio:

- **Días de internación, estada o estancia:** Definida como la cantidad de días que, en promedio, permanecieron internados los pacientes portadores de NACNC.
- **Determinaciones de laboratorio:** Definida como la cantidad de determinaciones bioquímicas utilizadas en el período de atención hospitalaria (recurso diagnóstico).
- **Estudios radiológicos:** Define la cantidad de radiografías realizadas a los sujetos de estudio durante la atención recibida (recurso diagnóstico).
- **Esquema de tratamiento:** Definida como el plan de tratamiento instituido a los pacientes categorizados según normas (recursos terapéuticos).
- **Categorización de los pacientes:** Abarca dos categorías de pacientes.
 - Paciente internado
 - Paciente internado por razones sociales (internación social¹)

Los datos relacionados con las variables de estudio se recolectaron de los registros médicos del Dpto. estadísticas del hospital.

Tales variables fueron evaluadas en los pacientes atendidos en los servicios dependientes del Dpto. de Clínica Médica tanto en el período prenormas (modelo de atención no normatizado) como en el período post implementación de las normas (modelo normatizado).

4. Análisis de los datos e interpretación de los resultados

Los datos se cargaron y clasificaron en una Base de Datos. Luego, previo control de calidad de los mismos, se procesaron con las técnicas estadísticas descriptivas y analíticas habituales adecuadas para el presente trabajo de investigación, utilizando un Programa de análisis SPSS.9, disponible en la Cátedra de Bioestadísticas de la Facultad de Medicina de la UNT.

El mismo implicó la comparación del comportamiento de las variables de estudio antes y después de las normas de atención (modelo de atención no normatizado vs. modelo normatizado) a fin de ponderar el desvío en la utilización de los recursos de diagnóstico y tra-

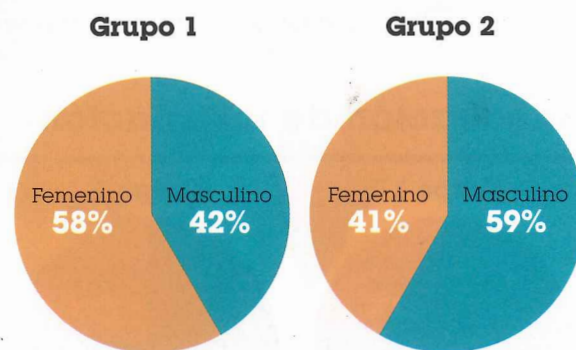
tamiento en la atención de pacientes con NACNC, evaluando la significancia estadística con el Test de igualdad de proporciones (variables categóricas) y Test - t (variables cuantitativas)

La edad promedio del grupo de estudio post-pautas (G 2) fue sensiblemente mayor respecto al grupo pre-pautas (G 1), 63 años Vs. 59 años respectivamente (p 0.16), y la distribución por sexo de los sujetos de estudio, reveló que la proporción de mujeres en el grupo G 1 fue mayor respecto al grupo G2, en el cual predominaron los varones (p 0.035). (Gráfico 1).

Las patologías prevalentes presentes como co-morbilidades en ambos grupos de estudio fueron similares, esto es, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Cardíaca, Hipertensión Arterial y EPOC. No obstante la carga de morbilidad en los grupos no demostró diferencias estadísticamente significativas (Gráfico 2).

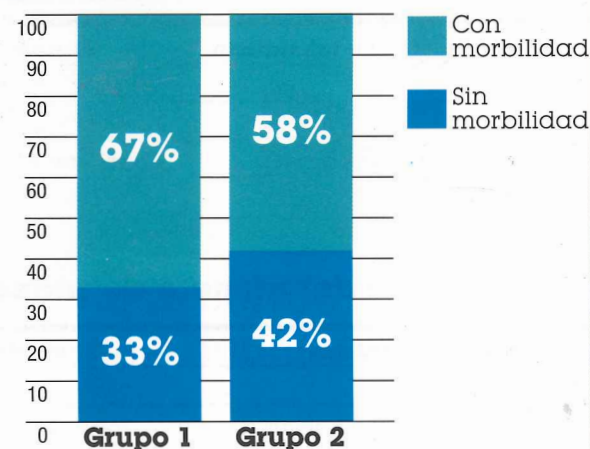
El número de determinaciones de laboratorio en promedio fue de

Gráfico 1
Distribución de los objetos de estudio por sexo



Fuente: Elaboración propia en base a población de estudio.

Gráfico 2
Distribución de los sujetos según la presencia de morbilidad



Fuente: Elaboración propia en base a población de estudio.

¹ Se define como internación social a aquellas personas que no debían internarse y se internaron.

3.88 para el G2 Vs. 5.46 para el G1 ($p < 0.01$), con una distribución de tipo categórica como se expone en la Tabla 1.

El uso de placas radiográficas en ambos grupos de estudio fue similar. No obstante, el porcentaje de pacientes que hizo 2 o más estudios radiográficos fue de un 25.8% en el grupo G 2 Vs. 23.1% en el de G1 ($p 0.42$). (Tabla 2).

En relación a la Adecuación de internación, la internación social (pacientes que no cumplían con los criterios de internación y se internaron) fue similar en ambos grupos 21.21% para el G2 y 21.74% en el G1 ($p 0.11$). Igualmente, respecto a la internación adecuada (sujetos que debían internarse y se internaron), fue alta para ambos grupos 78.78 % para el G2 y 78.26% para el G1 ($p 0.53$), pero el promedio de los días de estada fue significativamente menor, 9.65 días para el G2 Vs. 12.24 para G1 ($p < 0.003$). (Gráfico 3).

En relación al comportamiento de la variable tratamiento según las normas, en los grupos de estudio se observaron los siguientes resultados: el tratamiento según normas en los pacientes con internación social o inadecuada fue mayor en el G2, 87.5% Vs 53.33% del grupo G1 ($p 0.03$) y el promedio de días de estada fue similar en ambos grupos 9.5 para G2 y 9.2 para G1 ($P 0.91$). Por otro lado, en el grupo de sujetos internados adecuadamente el tratamiento según nor-

mas fue respetado en el 74.5% respecto de los casos del G2 Vs. el 31.48% del G1 ($p < 0.0001$) y el promedio de días de estada fue claramente menor para el G2, esto es 9.6 Vs 13 para el G1 ($P < 0.001$). Por último, dado que todos los pacientes ingresaron por la sala de Guardia, y, como una forma indirecta de medir la conducta de prescripción, tanto del médico receptor de los pacientes en la sala de guardia, como del médico tratante en la sala, se ponderó el comportamiento de la Adecuación del Tratamiento, entendida como la modificación en dosis (vía de administración o esquema) que el médico tratante hizo en la sala por criterio propio en el período del G1 o para respetar el esquema según normas en el período del G2; observándose que en el 93.93% de los sujetos del G2 no hubo necesidad de adecuar el tratamiento cuando el paciente fue derivado a la sala, vs. el 55.47% del G1. (Gráfico 4)

5. Conclusiones

La normatización del proceso de atención de los pacientes con NACNC (modelo de atención normatizado) resultó del trabajo conjunto con los servicios de Infectología y Neumonología dependientes del Dpto. de Clínica Médica del Hospital Zenón J. Santillán, con el objeto de controlar los desvíos en el uso de recursos de diagnóstico y terapéuticos, previamente identificados en la evaluación del proceso de atención de tales pacientes.

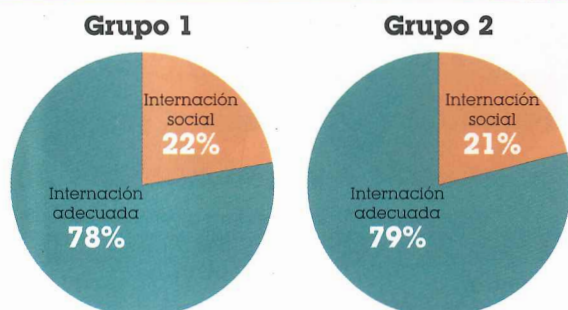
Los momentos o etapas del proceso de atención considerados críticos en relación al uso de recursos fueron tres:

- Diagnóstico
- Decisión de internación
- Tratamiento

Las normas de atención tenían por objeto acotar el uso de los recursos, tanto para el diagnóstico de certeza como para optimizar la decisión de internación, plan de tratamiento, control de evolución y alta de los pacientes, en el caso que éste fuera internado.

La gestión clínica, que implicó la evaluación del proceso de atención,

Gráfico 3
Adecuación de internación



Fuente: Elaboración propia en base a población de estudio.

Tabla 1
Distribución del número de determinaciones de laboratorio solicitadas

N° determinación de laboratorio	G1 n=69	G2 n=66	P(Value)
1 - 4	27/69 - 39.13%	49/66 - 74.2%	
5 o más	42/69 - 60.87%	17/66 - 25.8%	
Promedio de Determinaciones	5.4 determinaciones	3.9 determinaciones	0.001

Fuente: Elaboración propia en base a población de estudio.

Tabla 2
Distribución del número de placas radiográficas solicitadas

N° placas radiográficas	G1 n=69	G2 n=66	P (Value)
Al menos una placa	53/69 - 76.81%	49/66 - 74.2%	
2 o más placas radiográficas	16/69 - 23.19%	17/66 - 25.8%	
Promedio Placas Radiográficas	1.19	1.12	0.42

Fuente: Elaboración propia en base a población de estudio.

normatización e implementación de las normas de atención se hizo a través de reuniones de trabajo conjuntas con los jefes de los servicios anteriormente citados.

En el período de implementación de las normas, se formalizó la normatización a través de las Guías de manejo clínico y terapéutico para pacientes con NACNC impresas, comunicadas y distribuidas en los servicios de Guardia y salas de Clínica Médica dependientes de los Dptos. de Emergentología y Clínica Médica, por cuanto tales servicios resultan ser los lugares en donde se recepcionan y/o derivan los pacientes portadores de NAC.

La evaluación comparada del comportamiento de las variables de estudio entre los periodos pre-normas (modelo de atención no normatizado) y post-normas (modelo de atención normatizado), demostró que, en la práctica, la adherencia de los profesionales involucrados en la atención de tales pacientes fue parcial. Los criterios diagnósticos de la enfermedad fueron respetados en ambos grupos por igual.

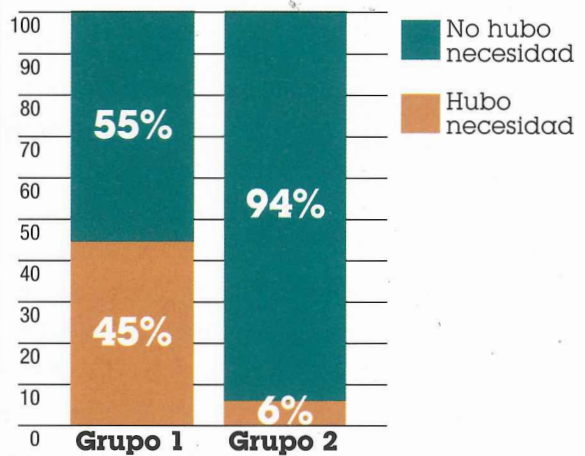
En esta etapa del proceso de atención, las normas tenían como objetivo controlar los desvíos en el uso de los recursos tales como determinaciones de laboratorio y placas radiográficas. En este sentido se obtuvo que:

- El promedio de determinaciones de laboratorio esperado fue de 4, el desvío entre los grupos respecto de aquél fue menor en el G2, a pesar de tratarse de un grupo de sujetos con una edad promedio mayor y co-morbilidades similares, lo cual marca una diferencia estadísticamente significativa.
- En relación al número de placas radiográficas utilizadas, el esperado es de 1, el mayor desvío fue observado en el G2, sobre todo en el grupo de pacientes que usó más de una placa radiográfica, lo cual implica que la tendencia a repetir la placa radiográfica fue más notable en el grupo que trabajó sin normas, debido probablemente a la mayor edad (en promedio) del grupo, sin que las diferencias fueran estadísticamente significativas.

Respecto a la decisión de internación, las normas tenían como objetivo reducir la internación social y, en caso que la atención bajo internación fuera justificada, acotar el período de estada al mínimo necesario.

- La internación social (sujetos que no debían internarse y se internaron), fue similar para ambos grupos, no hubo diferencias significativas, incluso el promedio de los días de estada de tales pacientes fue similar en los dos grupos. Entre los factores que pudieron influenciar en esta situación se encuentran el nivel socio-cultural y económico de los pacientes, la edad y el estado de nutrición, entre otros. Estos factores podrían haber generando en el médico tratante la incertidumbre del cumplimiento del tratamiento, prolongando incluso el tiempo de internación. Del mismo modo, la derivación desde un centro de menor complejidad a un hospital general pudo influir en la decisión del profesional en el momento de la recepción e internación de los pacientes.
- No obstante, hubo un fallo en el grupo de control de gestión de la

Gráfico 4
Adecuación de tratamiento



Fuente: Elaboración propia en base a población de estudio.

internación, por cuanto la evaluación a las 72 hs. de los pacientes internados inadecuadamente, establecido por la norma, no fue correctamente interpretada en su momento; igualmente como la provisión de los medicamentos fue discontinuada durante un período corto de tiempo, la posibilidad de externar al paciente se vio sensiblemente limitada.

- En cuanto a la internación justificada o adecuada (sujetos que debían internarse y se internaron) en ambos grupos fue significativa, dado la edad y las co-morbilidades presentes, pero, el comportamiento de la internación en general, fue diferente si consideramos como indicador de la misma al promedio de días de estada: el mismo, en el G2 fue sensiblemente menor respecto al G1, con una diferencia estadísticamente significativa, para un promedio esperado de 10 días.

Otro momento considerado crítico en el proceso de atención de estos pacientes respecto al uso de recursos, fue el relacionado con tratamiento. Las normas establecían el esquema de tratamiento definido por droga, dosis y tiempo de administración, tanto para los pacientes que no debían internarse, como para los que debían hacerlo:

- Al respecto, en el grupo de sujetos que no debieron internarse, el porcentaje de pacientes tratados según las normas consensuadas (monoterapia), fue claramente mayor en el G2, lo cual marca una tendencia respecto a las pautas, lo que significa que, si bien los profesionales sabían que los pacientes no debían internarse, su conducta de prescripción respetó la norma a la hora de definir el tratamiento
- Una variable cuyo comportamiento marcó una diferencia significativa entre los dos modelos de atención fue la adecuación de tratamiento. La misma se mantuvo sin cambios en el 90% de los casos en el grupo G2 respecto al 55% del G1; esto es, la prescripción del esquema de tratamiento del médico receptor de los pacientes en el servicio de Guardia no fue modificado por el médico receptor del paciente en la Sala de Clínica Médica luego de la implementación

de las normas, demostrando, entre ambos profesionales, una mayor concordancia y adherencia a las pautas establecidas.

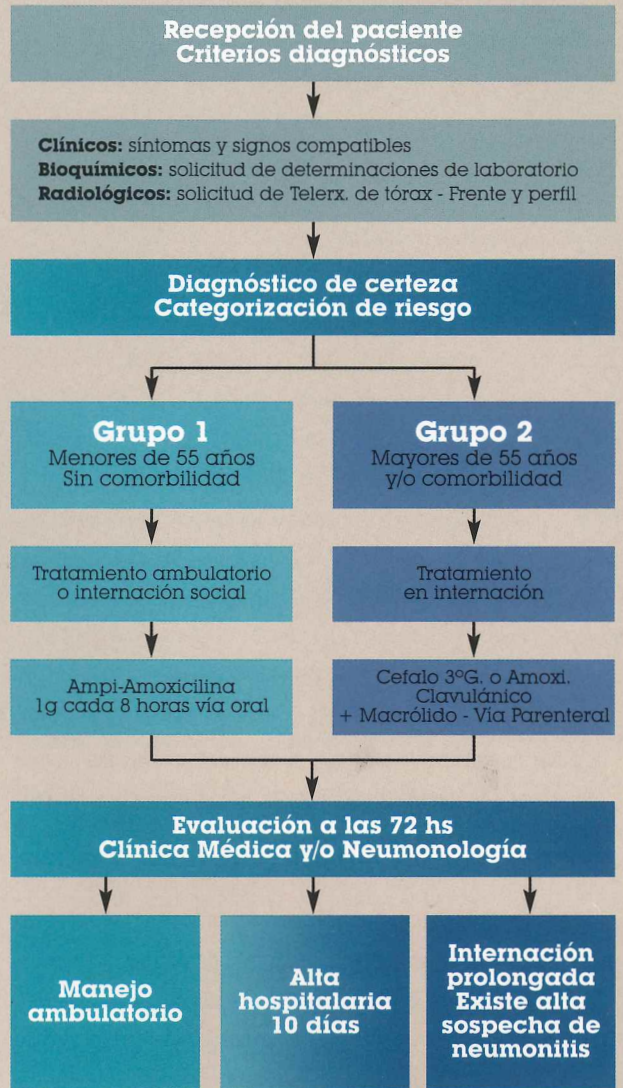
- Igualmente, como valor agregado del estudio de investigación, resulta relevante destacar que, a la luz de los resultados del trabajo, el grupo que intervino en la gestión de normatización y control de las pautas de atención de los pacientes, luego de una autocrítica, se sintió motivado a continuar con la misma a fin de optimizar el alcance de los resultados.

La gestión clínica basada en el análisis del proceso de atención, su normatización e implementación de una Guía de Práctica Clínica para pacientes con NACNC, asistidos en el Hospital Zenón J. Santillán, demostró ser útil tanto para reducir el promedio de los días de estada en los pacientes con internación adecuada, como para optimizar el uso de recursos de laboratorio y terapéuticos; del mismo modo que, al involucrar a los profesionales médicos en el proceso de gestión, mejoró sensiblemente la adherencia de los mismos a las pautas establecidas al momento de tomar decisiones.

La evaluación del proceso de atención resulta ser una herramienta útil para evaluar el desvío relacionado con la variabilidad de práctica clínica en el uso de los recursos, tanto en el momento del diagnóstico, como en la decisión de internación y tratamiento. Igualmente la normatización de los procesos, consensuada y formalizada en guías de práctica clínica, puede inducir un cambio de conducta en los profesionales, cuando se pretende corregir los desvíos de la praxis médica. Más aún si los mismos son incluidos en el equipo de gestión. No obstante la gestión de utilización de los recursos, aún con la disponibilidad de tales herramientas, requiere de la evaluación y supervisión permanente del equipo de gestión a fin de lograr una óptima coordinación de las acciones correctoras para alcanzar el objetivo de la misma, en forma eficiente, preservando la adecuación de uso y calidad de atención.

Anexo

Guía de manejo clínico y terapéutico para pacientes con NAC



Bibliografía

- Aranguren, E. - Rezzónico, R. Auditoria Médica - Garantía de Calidad en la Atención de la Salud. Tomo II 2º Edición corregida y Actualizada. Centro Editor Fundación René Favalaro 1998.
- Díaz C. A. Microgestión Hospitalaria. Edición ISALUD 2003.
- Díaz C. A. Gestión de Pacientes. Edición ISALUD 2002.
- Drummond, M - Stoddart, G. - Torrence, G. Methods for the Economic Evaluation of health care Programmes. Oxford Medical Publications 1993.
- Hurst, J.W. Medicina para la práctica clínica. Infección Pulmonar. 4º edición. Editorial Médica Panamericana 1998.
- Kelley, W. Medicina Interna. Tomo II. Editorial Médica Panamericana. 1990
- Lellis, M. Estrategia de Cambio. Nuevo consenso para la Práctica Médica. Publicación Énfasis año 5 N° 2 Julio-Agosto 1998.
- Marincione, E. La clave esta en los procesos. Publicado por Enfasis Salud. Año 5 N° 2 Julio-Agosto 1999.
- Negró Alvarez J.M., Guerrero Fernández, M., Fernández Gomez, R. El protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado de la hospitalización. Rev. Esp. Alergología Inmunología Clínica. Vol. 13. N:3 pp. 171-180 - Junio 1998.
- Rezzónico, R. Normatización de la Atención Médica. Publicado para la carrera de Especialista en Calidad de Atención y Auditoria Médica. Univ. René Favalaro. 1998
- Rezzónico, R. Los Costos de la Atención Médica. Publicado para la carrera de Especialista en Calidad de Atención y Auditoria Médica. Univ. René Favalaro. 1998
- Solanas, C. Proceso, conceptos y diseños. Reingeniería de las organizaciones. Medición de la Calidad. Publicado para la carrera de Especialista en Calidad de Atención y Auditoria Médica. Univ. René Favalaro. 1998.
- Tibaudín, O. Economía de la Salud y Medicina Basada en la Evidencia. Introducción y Generalidades. Publicación del Grupo M.S.D. Fascículo I. Argentina 2000.
- Varo, J. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios Un modelo de Gestión Hospitalaria. Editorial Díaz de Santos S.A. 1994.
- Vassallo, C. Salud, Mercado y Estado. Economía de la Salud. Publicación para la Maestría y Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Agosto 2001.