

EL ROL DEL ESTADO EN LA PROMOCIÓN DE POLÍTICAS PRO-CALIDAD:

EL CASO DE ARGENTINA

Autores:

SONIA M. CAVALLO*

Directora del Área de Política de Salud

scavallo@cippec.org

LILIANA B. LÓPEZ DE JÁUREGUI**

Médico

Universidad de Buenos Aires

ljauregui@cippec.org

Sonia M. Cavallo, Lic. en Economía, Universidad de San Andrés (UDESA). Master en Políticas Públicas (especializada en Políticas de Salud), Kennedy School of Government, Harvard University. Directora del Área de Política de Salud, CIPPEC.

Liliana B. López de Jáuregui, Médico con especialización en Clínica Médica, UBA. Master en Gerencia y Administración de Servicios y Sistemas de Salud, Fundación Universitaria Dr. René G. Favalaro. Consultor en Calidad.

Las autoras agradecen la asistencia recibida durante la concreción de la presente investigación a la Lic. María Aurora Mercadé, (CIPPEC).

RESUMEN

Los Gobiernos, en su función de financiadores y por tanto compradores de servicios de salud, así como también de reguladores del sistema, deben intervenir promocionando políticas que aseguren el control de calidad de las prestaciones médicas, ya sea “premiando” o “castigando” los resultados obtenidos en materia de salud. Por ende, en lo que respecta al presente trabajo, nos preocupa estudiar la influencia (positiva o negativa) de la regulación y auto-regulación de la Calidad en Salud en Argentina. Por un lado, analizaremos las políticas gubernamentales con el fin de entender si el Estado argentino está utilizando todas las herramientas a su alcance para “afectar” la Calidad en Salud, y por antonomasia, los resultados médicos. En segundo lugar, adentraremos en las iniciativas auto-regulatorias, como la certificación de profesionales médicos o la acreditación de instituciones de salud para comprender la profundidad de penetración de dichas prácticas en el contexto argentino. Por último, concluiremos que nuestro Estado tiene a disposición distintos instrumentos para mejorar la Calidad en Salud prestada – tanto a sus propios prestadores como a los pertenecientes a la seguridad social o del sector privado- que están actualmente subutilizados o simplemente inexplorados. Para terminar, identificaremos oportunidades de políticas públicas y haremos las correspondientes recomendaciones de políticas en función de: (a) los requisitos mínimos para los profesionales e instituciones de salud, (b) el marco regulatorio en el que se desenvuelven (c) los esfuerzos de coordinación de las ONGs existentes, y (d) la producción y diseminación de información; para garantizar la Calidad en Salud en Argentina.

INDICE

Sonia M. Cavallo*	1
Liliana B. López de Jáuregui**	1
Resumen	2
Indice	3
Introducción	5
El sector salud en la Argentina.	6
Breve reseña de la evolución del aseguramiento de la Calidad en Salud en la Argentina:	8
Actores involucrados en el mejoramiento de la Calidad en Salud en Argentina	9
Esfuerzos en pos del aseguramiento de la calidad en Salud en Argentina	11
1. Matriculación profesional	12
2. Certificación y Re- certificación voluntarias de los Profesionales Médicos	13
3. Habilitación de establecimientos de salud	15
4. Categorización: clasificación por riesgo	17
5. Acreditación	18
6. Otras instituciones relacionadas con la Calidad	21
6.1. La ANMAT	21
6.2 La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)	22
6.3 El OAA	22
6.4. El IRAM	23
Tentativas para obtener un Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica	23
El espíritu del Programa	24
De la teoría a la práctica:	24
Perspectivas	26
Recomendaciones de Políticas Públicas	27
Conclusiones	30
APÉNDICE : TABLAS COMPARATIVAS	32
TABLA 1	32
Áreas de influencia de las instituciones que regulan y auto-regulan la Calidad en Salud en Argentina	32
INSTITUCIONES PÚBLICAS	32
ONGs	32
PLANTA FÍSICA	32

EQUIPAMIENTO.....	32
TABLA 2	33
Funciones de las instituciones que regulan y auto-regulan la Calidad en Salud en Argentina	33
Normas e instituciones públicas que regulan la Calidad en Salud en la Argentina.....	34
Carácter.....	35
NO.....	35
Rol de las ONGs relacionadas con la Calidad en Salud en Argentina.....	36
Jurisdicción	36
Nacional.....	36
Consejo de Re-certificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA).....	36
NO	37
BIBLIOGRAFÍA	38
a. Libros	38
b. Revistas- Boletines- Catálogos- Leyes	39

INTRODUCCIÓN

Si analizamos un sistema de salud en particular, veremos que las características del “diseño” del mismo determinan ipso facto “quien” recibe atención médica, “como” se efectúa dicha prestación y “cuando” tiene lugar el servicio. Además, si a nuestro estudio agregamos variables como los mecanismos de financiamiento del sistema, la forma de organización e interrelación de las instituciones de salud y las políticas regulatorias, observaremos que éstas impactan -en gran medida- no sólo en la “cantidad” de la atención médica prestada sino también en su “calidad”. Por ello, nuestra primer premisa es que las políticas públicas se erigen como factores clave para “afectar” -directa o indirectamente- la calidad en salud.

En varios países, inclusive la Argentina, es una moción aceptada que el rol más importante de un gobierno es el de garantizar a la población el acceso a los servicios de salud. No obstante, una vez que se logra que los pacientes alcancen tal “estadio”, los respectivos estados debieran también asegurar la calidad de las prestaciones, proveyendo una asistencia médica eficiente y con un mínimo de riesgo (tanto en el sector público- si es que éste financia y/o provee servicios en el país en cuestión- como en el privado).

Como mencionamos antes, somos conscientes de que la calidad posee varios determinantes y no todos ellos son proclives a ser influenciados por la acción gubernamental. Por otro lado, estamos convencidos que la mayoría de las políticas públicas en el campo de la salud tienen repercusiones directas -o al menos indirectas- en los servicios prestados. Por ende, el presente trabajo discutirá las estrategias que el sector público puede desarrollar, o bien corregir, para salvaguardar la calidad. Ejemplo de tales estrategias- inherentes al sector público- son la matriculación de profesionales de la salud. Cabe mencionar también la responsabilidad estatal ante la habilitación de hospitales, sanatorios, consultorios, laboratorios, etc.

Por otra parte, existen funciones relacionadas con la calidad que el Estado puede delegar a organizaciones no gubernamentales (ONGs). La experiencia internacional muestra que tales son los casos de la categorización y acreditación de establecimientos de salud, la certificación profesional de especialidad, y la certificación y recertificación de los profesionales de la salud. De todos modos, aunque dichas prácticas -que aseguran la calidad- sean más eficazmente gerenciadas por otras organizaciones, la regulación última de éstas debe recaer ineludiblemente en el Estado; y serán sus políticas las que permitirán (o constreñirán) la capacidad de las ONGs para influenciar la calidad de los servicios de salud.

En síntesis, consideramos que el Estado argentino no está tomando todas las medidas necesarias para promover prácticas que incrementen la calidad y/o garanticen estándares de calidad mínimos en los servicios prestados. Nuestra hipótesis inicial es que el Estado en sus distintos niveles de gobierno (nacional, provincial y/o municipal) están subutilizando muchos instrumentos potencialmente útiles, ya sea de corte financiero o regulatorio, en desmedro de la calidad. En otras palabras, nos interesa hacer hincapié en: ¿qué es lo que se ha hecho (o se ha dejado de hacer) hasta el momento para promover políticas en favor de las prácticas de salud pro- calidad?, ¿qué funciones se cumplen? ¿quién

o quiénes las realizan? ¿Qué éxito han tenido las instituciones gubernamentales y no-gubernamentales, en difundir y mejorar la calidad en salud? Todas éstas preguntas serán respondidas a continuación.

EL SECTOR SALUD EN LA ARGENTINA

Ni la actual fisonomía del sistema de salud argentino ni los mecanismos de pago y los incentivos financieros vigentes conducen al desarrollo de prácticas pro- calidad.

El sistema de salud de la Argentina tiene la peculiaridad, si lo comparamos con otros sistemas de salud en el mundo, de combinar más de un modelo de salud, ya sea desde una perspectiva financiera como organizacional. Tres son los modelos o subsistemas que coexisten en él. En primer lugar, cuenta con un sector público, que en realidad constituyen 23 subsistemas de salud públicos provinciales, que financian y tienen a su cargo hospitales y centros de salud. De esta manera el Estado garantiza el libre acceso a la atención médica a aquellos pacientes carentes de cobertura médica, y además a toda la población que lo requiera. Ofrece sus servicios en todos los niveles de complejidad: esto es, desde controles de rutina hasta la realización de transplantes. En segundo lugar, el sector de la Seguridad Social (Obras Sociales) -amplísimo en términos de afiliados y del gasto que conlleva- es financiado con los aportes obligatorios de los trabajadores y sus empleadores. En tercer lugar, tenemos un sector privado. El mismo está insuficientemente desarrollado en cuanto a organizaciones financiadoras se refiera (dado que existen pocas compañías de medicina pre-paga, pequeñas en cantidad de afiliados, que a su vez en conjunto cubren un reducido porcentaje de la población). No obstante, el subsistema privado, desde el punto de vista de los prestadores, adquiere otra dimensión ya que son prestadores privados los que venden sus servicios a las compañías de medicina pre- paga y a las Obras Sociales (profesionales médicos independientes que ofrecen sus servicios a prestadores privados). Los mismos representan el 43.15% de las camas y el 61.05 % de los establecimientos de todo el país.

La regulación y autoregulación de la calidad tienen aceptación en aquellos sistemas de salud en donde existe un alto grado de competencia, tanto a nivel de los prestadores como de los financiadores. En particular, a veces se ha creído que la competencia en precios tiene un impacto negativo en la calidad de salud debido a políticas de control de costos. La competencia en precios, sin control sobre la calidad o el contenido del producto, no produce el tan mentado resultado que los economistas asocian frecuentemente con el concepto de competencia¹. Esta situación reviste entonces una política de regulación a través de la exigencia de requisitos mínimos obligatorios (para garantizar mínimas condiciones de seguridad y calidad); de la publicación de informaciones - y de la performance- en materia de calidad en salud (para ayudar a los consumidores a realizar correctas elecciones según sus necesidades); y del “aprovechamiento” de la ventaja inherente al Estado como comprador de servicios para promover mejores prácticas de calidad en las instituciones de salud. ² Aún cuando la regulación no esté en efecto, la competencia casi siempre deriva en una autorregulación.

¹ Mc. Laughlin C and P. Ginsburg. *Competition, Quality of Care and the Role of the Consumer*. Milbank Quarterly, Volume 76, 1998. 4:737-743

² Sisk Jane E. *Increased Competition and the Quality of Health Care*. Milbank Quarterly, Volume 76, 1998; 4: 687-705

La posibilidad de competencia entre los prestadores en su búsqueda por generar contratos con los financiadores debiera crear incentivos para invertir en cuestiones prioritarias como la calidad de los profesionales y de los establecimientos de salud (ej. certificación y acreditación). Cuando ello ocurre la autoregulación se convierte en una política valiosa y complementaria a los esfuerzos gubernamentales.

El sector salud en Argentina no se caracteriza por ser competitivo. A diferencia de los EE.UU., en nuestro país el mercado del seguro privado aún no está demasiado desarrollado. Sólo un diez por ciento (10%) de la población total del país (3.7 millones de personas) poseen los medios económicos suficientes como para acceder a un seguro de salud privado, que devienen en cuanto al formato se refiere, en sistemas pre-pagos de salud. Dichas instituciones financieras, llamadas comúnmente “Prepagas”, se han desarrollado en un contexto desregulado;³ y muchas de ellas han adquirido clínicas e instituciones prestadoras por especialidad; integrándose así de un modo vertical al sector. Esta tendencia -a la integración vertical- ha contrarrestado la posibilidad de consolidar la competencia entre prestadores.

Por otro lado, el Sistema de la Seguridad Social merece un lugar preponderante en nuestra descripción en base a su alto número de afiliados, que asciende aproximadamente a 20 millones de personas.⁴ El sistema se erige a fines de los años 70, que es cuando los trabajadores del sector formal y los jubilados como sus empleadores, comenzaron a pagar contribuciones obligatorias (deducidos de la nómina) para financiar a las *Obras Sociales* (organizaciones de la Seguridad Social). Las Obras Sociales son entidades que regularmente “compran” servicios de salud a prestadores privados, casi siempre con contratos capitados. Pero lo más notorio, es el modo en que las Obras Sociales han sido (y en cierta manera aún lo son) financiadas y organizadas en Argentina. Constituye una verdad de perogrullo que los sindicatos las han administrado con poca probidad y/o responsabilidad. Por décadas, los trabajadores eran enrolados automáticamente en la Obra Social correspondiente a su sindicato (conformados generalmente por rama de la actividad económica; por ejemplo: “maestros”, “petroleros”, “empleados bancarios”, “empleados de comercio”, etc). En la última década, varios intentos frustrados de reforma han tratado de abrir este mercado al sector privado. En otras palabras, se ha tratado de “liberar” a las personas y a sus fondos, permitiéndoles elegir su financiador y prestadores de salud. No obstante, sólo pequeños cambios se han podido instaurar. Por ejemplo, los afiliados a una determinada Obra Social pueden dejar la misma si así lo consideran necesario y elegir otra de su preferencia, pero no pueden considerar una alternativa perteneciente al sector privado. La competencia directa con financiadores privados ha sido demorada debido a la presión de fuertes grupos de interés.⁵

Como corolario, en Argentina, en vez de financiar programas que aseguren la salud de los más desposeídos, se ha instaurado un sistema de hospitales públicos. De casi 37 millones de habitantes, aproximadamente 23 millones de ellos (62%) tiene algún tipo de cobertura médica. El resto de la población, un 38%, no posee seguro de salud. Su atención médica recae en los hospitales públicos, a los

³ La única regulación existente es la del Programa Médico Obligatorio, que consta de un “paquete” mínimo de beneficios para los pacientes y de carácter obligatorio.

⁴ Las obras sociales sindicales aglutinan unos 8.5 millones de personas, las obras sociales provinciales reúnen otros 7 millones de afiliados y el PAMI (obra social de los jubilados) alrededor de 4 millones (personas de más de 65 años).

⁵ Por un lado, los sindicatos no desean perder el control de los fondos de los afiliados. Por otra parte, las Obras Sociales no están objetivamente listas para competir. A ésta situación se suma que los aseguradores privados quieran “descremar” el mercado, ergo, desinteresándose de los trabajadores de alto riesgo y/o que contribuyen con pequeños aportes.

cuáles pueden acceder indiscriminadamente y en forma gratuita. Históricamente, los hospitales han sido administrados por el gobierno nacional; otros por los gobiernos provinciales y muy pocos por los gobiernos municipales. Durante el transcurso de ésta última década, gran porcentaje de los hospitales nacionales fueron descentralizados y se encuentran actualmente bajo jurisdicción provincial y/o municipal. Tradicionalmente, los hospitales provinciales son hospitales “de referencia” y proveen servicios de salud más complejos. Por su parte, los municipios también gerencian algunos hospitales y son los principales responsables de los centros primarios de salud. En general, la calidad en salud en el sector público es reprochable: los hospitales garantizan la atención médica (son hospitales “de puertas abiertas”, en el sentido de que no restringen el acceso a ningún paciente), proveen altísima complejidad, pero no aseguran calidad en sus servicios. De hecho las tasas de infecciones intrahospitalarias son muy altas, y hay poco o ningún control de calidad, ya sea interno o externo.

BREVE RESEÑA DE LA EVOLUCIÓN DEL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD EN LA ARGENTINA:

La historia de los comienzos de la calidad en salud de la Argentina es muy escueta. Una de las primeras iniciativas data de 1957 y está relacionada con la educación médica. En aquel año, en el seno de la Asociación Médica Argentina, se creó el Sub- Comité de Residencias Hospitalarias, con el fin de evaluar aquellos hospitales en cuyos establecimientos tendrían lugar las residencias médicas. Diez años después- en 1967- se creó el Consejo Nacional de Residencias Médicas (CONAREME); entidad mixta- que aunaba varias e importantes instituciones de salud- cuyos fondos provenían de la Secretaría de Estado de Salud Pública. Desafortunadamente, tuvo una corta existencia: en 1976 cerró definitivamente sus puertas.⁶

Recién en 1970, se recurrió al uso de los primeros manuales y guías de evaluación en la Argentina; aplicadas en forma primigenia a las Obras Sociales. Diez años después, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) introduce el Programa de Acreditación Periódica de Establecimientos de segundo nivel.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), suscribieron – en 1990- un convenio de cooperación técnica con la finalidad de elaborar un manual de acreditación adecuado a la realidad de los hospitales públicos y privados de la región. El documento preliminar se originó en la Argentina a partir del trabajo de un conjunto de sociedades científicas. En mayo de 1991, en Washington y ante la presencia de veintidós países, fue finalmente aprobado con la denominación de Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. Se recomendó su aplicación a todos los países de la región.

⁶ En 1979, se promulgó la Ley 22127 sobre residencias médicas pero ésta nunca fue implementada.

En 1991, se conformó la CONCAM ⁷ que tuvo el mérito de llevar a cabo la primer iniciativa de acreditación en Argentina. Se trataba de una ambiciosa comisión no gubernamental producto del acuerdo del INSSJP (la Obra Social de los Jubilados), la Academia Nacional de Medicina, la Sociedad Argentina de Auditoria Médica, COSSPRA⁸ , IOMA⁹ (la Obra Social provincial más extensa), CONFELISA¹⁰ y otras organizaciones científicas. Durante su existencia (1991- 1992) redactó guías y estándares de acreditación, que estaban basados en un modelo voluntario de acreditación para instituciones polivalentes. Uno de sus aciertos principales fue obtener el compromiso de INSSJP y de IOMA (dos de sus miembros más importantes) para contratar sólo aquellas instituciones de salud que hubiesen pasado la correspondiente acreditación. No obstante, dos años después de su creación, ante las desavenencias y la falta de apoyo de sus miembros, fue desactivada por las autoridades sanitarias nacionales. ¹¹

Ante el fracaso de la CONCAM , OSDE¹² invita al sector privado a mancomunarse en un nuevo proyecto para promover la acreditación. De este modo, se conformó el Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES) en 1993. Dicha institución aún persiste en sus funciones y será materia de discusión a posteriori.

Por último, a principios de los 90', más específicamente en 1993 y 1994, el Concejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM), auspiciado por la Academia Nacional de Medicina y el Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA), lanzan la Certificación Profesional y la Recertificación Profesional voluntaria, respectivamente.

ACTORES INVOLUCRADOS EN EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD EN ARGENTINA

A los fines de esta investigación hemos analizado diez instituciones, gubernamentales y no gubernamentales, cuyas funciones y procedimientos están encauzados a garantizar, proveer o ayudar a mejorar la calidad en salud. Éstas son:

⁷ COMCAM: Comisión Mixta para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica.

⁸ COSSPRA: Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina.

⁹ IOMA: Instituto de Obra Médico Asistencial.

¹⁰ CONFELISA: Confederación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados.

¹¹ Marracino, Camilo, "Acreditación y Categorización de los Servicios de Salud", Los Servicios de Salud en Argentina-Instrumentos del Análisis y la Acción, 1era Edición, Fundación Universidad a Distancia "Hernandiarías", 1995, p.217.

¹² OSDE. Siglas de Organización de Servicios Directos Empresarios.

- **Ministerio de Salud de la Nación (MSN)**, a través de la actuación particular de tres de sus dependencias:
 - Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud, responsable del registro de los recursos de Salud.¹³
 - El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM).¹⁴
 - La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).¹⁵
- **Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)**, entidad autárquica de supervisión, fiscalización y control de los agentes del Seguro de Salud (Obras Sociales) en jurisdicción del Ministerio de Salud de la Nación.
- **Consejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM)**, auspiciado por la Academia Nacional de Medicina.
- **Consejo de Re-certificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA)**.
- **Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES)**, asociación civil sin fines de lucro, abocada a la acreditación de instituciones de salud.
- **Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM)**, que constituye una iniciativa conjunta de varias instituciones que persiguen el desarrollo de medidas pro-calidad.
- **Organismo Argentino de Acreditación (OAA)**, entidad privada sin fines de lucro, creada dentro del marco del Sistema Nacional de Normas, Calidad y Certificación (Decreto 1474/94), que acredita Organismos de Certificación de sistemas de la calidad y sistemas de gestión ambiental (además de laboratorios de ensayo, laboratorios de calibración y organismos de certificación de productos).
- **Instituto Argentino de Normalización (IRAM)**, organización no gubernamental de utilidad pública y de carácter privado que realiza la certificación de productos y sistemas de gestión, la certificación de conformidad de la fabricación, la certificación de conformidad con normas de servicios y la certificación ISO 9000 de gestión de la calidad; ISO 14001 de gestión ambiental e IRAM 3800 de Seguridad y Salud Ocupacional. Si bien dichas prácticas se aplican al sector salud, las actividades del IRAM están dirigidas a productos y tecnologías de las distintas actividades económicas.

¹³ La Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud es a su vez una dependencia de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria.

¹⁴ El Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica depende jerárquicamente de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción.

¹⁵ La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica responde a las políticas impartidas por la Secretaría de Políticas de Regulación Sanitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

ESFUERZOS EN POS DEL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN SALUD EN ARGENTINA

Como dijimos anteriormente, el propósito del presente estudio es el de analizar el marco regulatorio institucional y el impacto de regulaciones y auto-regulaciones específicas sobre la calidad de los servicios médicos. Los tipos de regulación que analizaremos son los siguientes:

- Matriculación Profesional
- Certificación y Recertificación Profesional
- Habilitación de Establecimientos de Salud
- Categorización de Establecimientos de Salud
- Acreditación de Instituciones Sanitarias

La calidad de los servicios de salud pueden ser salvaguardados de distintas formas. Nuestra investigación reeverá algunas iniciativas y/o políticas que intentan asegurar la calidad de los prestadores de salud, ya sea a nivel profesional como institucional.

En el plano de la competencia profesional, podemos mencionar que “un médico probo” (tanto en su sapiencia como en su ética) constituye uno de los determinantes más importantes de la calidad en salud. El médico se yergue ineludiblemente como un actor clave en el proceso de la atención médica. Es sabido que si no se actualiza lo suficientemente en el conocimiento científico y en la última tecnología de punta, si domina inadecuadamente las habilidades médicas necesarias para curar, si se invalida “su capacidad de acción” por el uso de drogas y alcohol, si adolece de enfermedades mentales, entre otras, se deriva en una situación de baja competitividad médica que puede ser causal de un diagnóstico erróneo, de un caso de mala-praxis o incluso en el peor de los desenlaces: la muerte de un paciente. Entonces, para contar con recursos humanos competentes en el cuidado de la salud, se requiere de un personal suficientemente educado y entrenado.¹⁶ Por eso, algunos de los medios disponibles para asegurar una educación continuada de los profesionales de la salud durante toda su carrera laboral son la certificación y re- certificación voluntaria. Otras iniciativas que se han desarrollado últimamente en los sistemas de salud más avanzados del mundo son: la aplicación de

¹⁶ Este trabajo no explora la situación del sistema de educación médico en la Argentina ni tampoco evalúa su impacto en la calidad de la fuerza laboral del sector, a pesar de que reconocemos que el Estado (a través del sistema universitario público) es una pieza clave del mismo.

protocolos médicos, la “evaluación por pares” (*peer-review*) basado en el principio de la “mejora continua de la calidad” y la implementación de informes de calidad (*report-cards*).¹⁷

La dimensión institucional del sistema de salud– estructura y procesos de las prestaciones médicas, si disertamos en un menor nivel de abstracción– también es fundamental a la hora de abordar un análisis sobre la promoción de la calidad en salud. En particular, la habilitación de establecimientos de salud se trata de un pre- requisito obligatorio para poder realizar prestaciones médicas. Generalmente, los estados locales son los que otorgan dichas licencias habilitatorias y definen los criterios relacionados con los aspectos físicos y del personal que componen las instituciones de salud (equipamiento, características edilicias, etc). Por otro lado, la acreditación, es un proceso autoregulatorio – y voluntario- por el cual una organización requiere una evaluación de una entidad externa, que garantiza si el establecimiento y/o programa en cuestión cumple ciertos estándares pre-determinados.

1. MATRICULACIÓN PROFESIONAL

La matriculación profesional se define como un proceso de autorización legal que debe tramitar todo facultativo médico para poder realizar aquellas actividades correspondientes a la práctica de la medicina. La matriculación es de carácter obligatorio para todo graduado universitario que quiera comenzar a ejercer su profesión. No hay evidencia sustentable de que la mera existencia de organismos de matriculación afecten la calidad de las prestaciones médicas. De todos modos, en un área de trabajo tan sensible a la sociedad como es la salud, la matriculación cumple el rol de ofrecer un mínimo de seguridad contra el fraude y la negligencia profesional.

La autoridad de aplicación de la matriculación en la Argentina ha sido delegada por el Estado a los Colegios Médicos locales. A excepción de la ciudad de Buenos Aires donde el Ministerio de Salud de la Nación- a través de la Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud- aún conserva dicha función. Cabe aclarar, de que las matriculaciones otorgadas por dichas instituciones no estatales de naturaleza deontológica, colegiadas o de ley, sólo tienen validez legal en aquellos estados en donde son efectuadas. Cuando el profesional se desplaza de jurisdicción, debe matricularse nuevamente en el lugar donde impartirá su prestación. También, las licencias concedidas por el Ministerio de Salud tienen vigencia solamente en la ciudad de Buenos Aires; que hasta 1994 era un distrito federal.

El número total de médicos matriculados en nuestro país se estima que asciende a 108.000. Si bien ésta cifra es la que comúnmente se cita, es imprecisa. Ello se explica por la manera en que la matriculación está organizada en el sistema de salud argentino, que nos priva de contar con un registro nacional de médicos exacto. La dificultad radica en que las responsabilidades de matriculación se hallan descentralizadas y que por añadidura, las mismas son sólo válidas en el estado en que fueron registradas. Por ende, hallamos situaciones tales en donde un único profesional cuenta con más de una matriculación por desarrollar sus actividades en diferentes jurisdicciones (esto es: matrículas

¹⁷Bodenheimer, T. and Kevin Grumbach *Understanding Health Policy*, Appleton & Lance, Stamford Connecticut, 1998.

nacionales, provinciales y/o de los colegios médicos). Por ejemplo, los médicos que viven en la zona metropolitana de Buenos Aires, pueden tener doble matrícula, ya sea por trabajar simultáneamente en la ciudad de Buenos Aires como en la Provincia de Buenos Aires.

Aunque no sea una de las metas de este proceso el de formular un registro actualizado de médicos matriculados – que en definitiva, lo que hace la matriculación es garantizar que los médicos tengan un conocimiento apropiado de su ciencia- es de esperar que conformen uno por la utilidad que arredra. Sin embargo, hasta la fecha, la Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, no ha integrado las bases de datos locales a un registro nacional, para evitar la duplicación de licencias. Por el momento, las autoridades pertinentes aducen estar enfrascados en la elaboración de un registro de profesionales médicos ordenados de acuerdo al número de DNI (Documento Nacional de Identidad) para solucionar este tema. Una vez que tengan finalizado el mismo, lo publicarán y lo harán asequible al público general que posee el derecho de comprobar si las credenciales de los médicos que los atienden son fidedignas (derecho que actualmente no pueden hacer efectivo).

Otro obstáculo es que este mecanismo en la Argentina es frecuentemente asociado a un mero requisito legal o a una simple petición burocrática. No se solicita ningún examen previo que evalúe el caudal (y calidad) de conocimientos del profesional. En un sistema con exceso de médicos, y donde los esfuerzos de certificación profesional están poco desarrollados, la matriculación debería ser más que un certificado legal. Hoy día, en Argentina, la matriculación no es garantía de que el facultativo médico tenga el entrenamiento adecuado o que posea las habilidades médicas necesarias para diagnosticar problemas de salud; y/o elegir los tratamientos e intervenciones apropiadas. Por su parte, las entidades de matriculación rara vez exigen a los médicos matriculados enviar información sobre sus prácticas; aplican sanciones disciplinarias; detectan falencias y/o revocan licencias.

2. CERTIFICACIÓN Y *Re-* CERTIFICACIÓN VOLUNTARIAS DE LOS PROFESIONALES MÉDICOS

En una ciencia como la medicina, donde el saber está en continua expansión, los requisitos de matriculación no aseguran que los médicos se mantengan constantemente actualizados en el conocimiento científico y en las mejores prácticas médicas. Los organismos encargados de matricular pueden intervenir dirimiendo sobre la competencia de un médico en particular -en caso de percibir alguna denuncia con respecto a él- pero escapa a sus posibilidades la evaluación rutinaria de la capacidad profesional de éste una vez efectuada la matriculación. Entonces, ¿quién ejerce dicha función de control? En EE.UU., por ejemplo, algunas organizaciones o sociedades profesionales exigen la realización de un examen -previa a otorgar la certificación- a través del cual miden conocimientos y competencias de los profesionales médicos, quienes voluntariamente buscan certificarse.¹⁸

¹⁸ *Institute of Medicine, Crossing the Quality Chasm, National Academy Press, USA, 2201.*

La certificación y la re-certificación constituyen ejemplos de funciones auto-regulatorias – en el nivel profesional- dirigidas a mantener los estándares de calidad. Es harto sabido – y probado- que la calidad en la atención médica se mejora con la experiencia de aquellos que imparten los servicios de salud.¹⁹ Por ende, la certificación como la re-certificación son medios para alcanzar dicho fin. Se trata de procesos tradicionalmente voluntarios y periódicos, mediante los cuales los profesionales de una especialidad determinada se someten a la evaluación de un comité de pares calificados. El certificado que se obtiene tiene carácter honorífico y carece de valor legal.

En Argentina, dos instituciones detentan este rol auto-regulatorio. Aunque el ejemplo del cual se valen es el de los ABMS (American Board of Medical Science de los EE.UU.). para emular su “plan de acción”, las especialidades y las subespecialidades están clasificadas en forma diferente a las del país del norte.

- a. El Concejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM), auspiciado por la Academia Nacional de Medicina, es una organización no gubernamental sin fines de lucro, autónoma, independiente, estrictamente médica; que se integra con miembros activos y miembros institucionales (entidades científicas con convenio). Su misión es desarrollar un procedimiento de alcance nacional para la certificación de profesionales médicos, con la ayuda de las diversas entidades actuantes a nivel local. Para ello, cuenta con las “Bases Comunes para la Certificación de Profesionales en Especialidades Médicas” (anexo 5), producto del consenso de las sociedades científicas de especialidades médicas correspondientes; y aprobadas por el Ministerio de Salud de la Nación.
- b. El Concejo de Re-certificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA) también es una ONG sin fines de lucro, cuya misión es la re-certificación voluntaria de especialistas médicos de todo el país para prestigiar y validar su actividad.

A pesar de que ambas instituciones certifican profesionales médicos en todas las especialidades, las autoridades de éstas concuerdan en que la respuesta a dicha iniciativa es muy débil. Pocos médicos han solicitado la certificación. Mientras que en EE.UU. la han obtenido más del 70% de los médicos, en Argentina apenas un 10% ha sido certificado por el CCPM y aproximadamente otro 10% re-certificado por la CRAMA. La justificación que se esgrime para explicar ésta disparidad tiene que ver con las políticas públicas y privadas. La primer diferencia con el sistema del país del norte reside en el hecho de que el proceso de matriculación es más restringido que en la Argentina. Es decir, el Estado certifica a través de *state boards*. Esta certificación- equivalente a nuestra matriculación- es de carácter obligatoria, periódica y con requisitos según los estados para poder ejercer la profesión médica. Inclusive, los “*state boards*” pueden exigir la evaluación por pares (*peer review*). Pero, el dato relevante es que, en los EE.UU., si el profesional médico no adquiere la certificación voluntaria, no puede trabajar en los hospitales acreditados por la JCAHO²⁰ y además, si el hospital en cuestión no le fue conferida la acreditación, tampoco le es permitido brindar sus servicios a Medicare y Medicaid²¹. En otras

¹⁹ Luft HS et al: *Hospital Volume, Physician Volume, and Patient Outcomes: Assessing the Evidence*, Health Administration Press, 1990.

²⁰ JCAHO: *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations*

²¹ Medicare es el programa de seguro de salud de EE.UU. para personas de 65 años de edad o más, ciertas personas incapacitadas menores de 65, y personas de cualquier edad que tienen insuficiencia renal permanente. Por su parte, Medicaid es un programa de seguro de salud para la población indigente de ese país.

palabras, el Estado – a través del poder de compra de servicios de Medicare- induce a los hospitales a obtener la acreditación. A su vez, la acreditación de los establecimientos de salud induce a los profesionales médicos a agenciarse la certificación. En síntesis, estamos ante una digna muestra de un ciclo “virtuoso”.

¿Cuánto tiempo le llevará a la Argentina poder mostrar tasas “normales” de médicos certificados voluntariamente? ¿Qué es lo que motivará a los médicos a contraer la necesidad de revalidar periódicamente sus credenciales? Las perspectivas son bastante desalentadoras. En un mercado como el de nuestro país, donde prima el exceso de oferta de médicos (evidenciado por altas tasas de médicos por cama y médicos por cada 1000 habitantes), la certificación y re-certificación pueden convertirse paulatinamente en importantes herramientas de diferenciación. En ésta línea de pensamiento, las instituciones financiadoras de Argentina han comenzado a requerir la certificación a sus profesionales. Sin embargo, las mismas representan un pequeño porcentaje del sistema de salud y por ende, tienen en su haber a un minúsculo número de médicos. Es indudable que lograríamos un cambio más drástico si tanto el sector público como el de la seguridad social se sumaran a este esfuerzo. Si el PAMI –que es el par argentino del Medicare de EE.UU.- exigiese (como así Medicare lo hizo en 1965) la acreditación hospitalaria y en forma indirecta, la certificación profesional, tales medidas impactarían, sin duda, sobre gran parte del sector prestador de nuestro sistema de salud.

3. HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Maximizar la excelencia de los profesionales médicos es uno de los ingredientes de la “receta” para obtener una elevada calidad en salud. Mejorar las instituciones de salud es otro de ellos.²²

En la literatura sobre calidad –en su mayoría originada en países desarrollados- es notoria la falta de atención que se presta al tema de los requisitos para habilitar establecimientos de salud. Después de todo, la habilitación constituye un procedimiento rutinario que incluye una etapa de inspección de auditoría de las instalaciones de los hospitales o de los centros de salud o consultorios, y de una etapa de control en conformidad con condiciones estructurales y ambientales predefinidas. Esta función es normalmente ejercida por departamentos locales de salud o en su defecto, delegada a organizaciones no gubernamentales.

La habilitación precede a la acreditación, y a diferencia de ésta última que se destaca por ser una práctica voluntaria, es un requerimiento obligatorio para un centro de salud, clínica y/o hospital, de modo que éstos puedan abrir sus puertas al público en general. Se trata de un proceso íntimamente relacionado con la seguridad del paciente y es tan importante como la matriculación profesional. Por ejemplo, un lugar no adecuadamente ventilado o una sala de operación improvisada son tan peligrosos para la salud de los pacientes como un médico no calificado para ejercer la medicina. En ausencia de oportunidades de control subsiguientes (esto es, inexistencia o bajos niveles de acreditación de establecimientos de salud), la habilitación juega un rol fundamental, que no debe ser subestimado.

²² Bodenheimer T. And Kevin Grumbach, *Understanding Health Policy: A Clinical Approach*, Appleton & Lange, 1998.

En Argentina, la habilitación es una responsabilidad no delegada por el Estado. La misma es obligatoria para las instituciones privadas. El gobierno nacional, a través de un organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Nación ²³, efectúa la habilitación de los hospitales e instituciones nacionales, así como también los hospitales de las Fuerzas Armadas, de los de Comunidad, de los Universitarios, de todo el país. En el orden provincial, los respectivos Estados habilitan los hospitales y las instituciones de salud. Lo mismo ocurre a nivel municipal, donde son los gobiernos locales quienes realizan la habilitación a sus propios establecimientos.

La ciudad de Buenos Aires, que concentra la mayor cantidad de prestadores, se yergue como un caso especial. Su sistema de salud ha sido tradicionalmente percibido por la gente que vive en las provincias como un sistema de “referencia”. Muchos de ellos se atienden en sus clínicas privadas y/o hospitales públicos a la hora de sufrir una intervención quirúrgica compleja. No es un dato menor, que gran cantidad de los trasplantes se hacen en instituciones públicas de salud de la capital de nuestro país. También, el gobierno nacional sigue siendo responsable de conferir la habilitación a todos los prestadores privados de la ciudad de Buenos Aires, que hasta la Reforma Constitucional de 1994 era un Distrito Federal, y a partir del 6 de agosto de 1996, con la asunción del Jefe de Gobierno electo se constituye en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionándose su estatuto constituyente el 1 de octubre del mismo año. En realidad, el gobierno local en 1994 debería haber asumido dicha función – que tiene un especial impacto en toda la calidad en salud en general- pero la ha ignorado por el espacio de los últimos cinco años.

Generalmente, la frecuencia de habilitación de un establecimiento es única (efectuado al inicio de sus actividades). Si éste cumple con los estándares de seguridad pre-establecidos, se otorga una habilitación de por vida. No obstante, se realizan controles periódicos en aquellas instituciones u áreas que ofrecen mayores riesgos, como: hemoterapia, bancos de sangre, centros de diálisis, quirófano, farmacias y radio física. En resumen, a excepción de las actividades de alto riesgo, y de algunas otras, la habilitación es vitalicia. La responsabilidad de asegurar la continuidad de las condiciones de la habilitación en el tiempo (normas de seguridad, limpieza, etc.), recae sobre el Director Médico de la institución; quien debe responder a las autoridades locales de salud ante problemas, denuncias o cuando éstos lo soliciten.

En suma, en la Argentina, la habilitación de establecimientos de salud carece de rigurosidad, universalidad (excluye, por ejemplo, a los 33 hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires), control efectivo y de periodicidad (en caso de darse ésta última situación). Además, el Ministerio de Salud no tiene a disposición estatutos o manuales de evaluación escritos que especifiquen que es lo que el auditor debe observar en una institución para que cumplimente los requerimientos de la habilitación. Por si ésto fuera poco, a veces se registran denuncias de corrupción y fraude en relación a este proceso. Dicho problema es relativamente fácil de erradicar y es de esperar retornos potencialmente altos como producto de tal esfuerzo. En definitiva, todos los gobiernos poseen una importante herramienta a su servicio para regular a los prestadores de salud, esto es, para purgar a las “manzanas podridas” del sistema, que no sólo implican altos riesgos para la salud de su población sino que también representan

²³ El órgano responsable de efectuar la habilitación se denomina Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud, que depende de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria.

una competencia desleal para aquellos que invierten en establecimientos de excelencia y que cumplen con todas las normas de calidad.

4. CATEGORIZACIÓN: CLASIFICACIÓN POR RIESGO

La categorización o la clasificación por riesgo no tiene una incidencia directa en la salud, ni tampoco garantiza la seguridad o la correcta atención médica per se. Sin embargo, está estrechamente relacionada con el proceso de habilitación y por consiguiente con el de acreditación de los institutos de salud. Adquiere relevancia en aquellos sistemas de salud en donde la habilitación no diferencia ni controla los niveles de complejidad de la atención médica prestada.

En Argentina, el término categorización alude a la clasificación de los hospitales y de los centros de salud de acuerdo a la complejidad tecnológica que posean y /o el riesgo vital de los enfermos que deban atender.

La categorización ha tenido un patrón de desarrollo irregular en nuestro país. La Provincia de Buenos Aires aprobó el Decreto 3280/90²⁴ que requiere la categorización por nivel de complejidad de todas las instituciones de salud.

Por otra parte, el Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa llamado PNGCAM²⁵ que será posteriormente discutido en este estudio, aprobó -en 1994- una resolución²⁶ que establece los criterios básicos de categorización de establecimientos asistenciales con internación. Define tres categorías según el riesgo: instituciones de bajo, mediano y alto riesgo. Por cada categoría, desarrolla estándares estructurales en relación con (a) la infraestructura, (b) los procesos internos, (c) los recursos humanos, y (d) el equipamiento tecnológico, necesarios para asegurar y garantizar la adecuada calidad de atención de las patologías autorizadas a atender en los diferentes niveles²⁷.

Lamentablemente, a pesar del tiempo transcurrido desde que dicha resolución fue elaborada, la misma aún no tuvo visos de ser implementada.

En nuestra opinión, la categorización –por complejidad o por riesgo del paciente- debería ser parte del procedimiento de habilitación, transformando la clásica habilitación en “habilitación categorizante”. Si no, en Argentina, las instituciones adquieren tecnología por encima del nivel de complejidad categorizado, a pesar del nivel de complejidad con el cuál empezaron y bajo el cuál fueron habilitados.

²⁴ Decreto 3280 del 17 de Abril de 1990.

²⁵ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación., 1996. p. 243.

²⁶ Resolución 282/94

²⁷ Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica: Categorización de Establecimientos, (Res 282/94 & anexo), 15 de Abril de 1994.

5. ACREDITACIÓN

La acreditación en la Argentina - al igual que muchos otros países en el mundo- es un proceso voluntario, por el cual una institución que quiere obtener dicha credencial se somete a una auditoria o verificación externa que evalúa básicamente su estructura (y a veces sus procesos) con un conjunto de estándares que miden calidad. Auditores externos revisan los registros más relevantes de la estructura, procesos y resultados de un establecimiento de salud.

En general, la acreditación es un procedimiento voluntario, periódico, participativo y confidencial. Es objetivo, en el sentido de que evalúa el grado de cumplimiento o conformidad de una institución con estándares previamente definidos y establecidos. Usualmente la acreditación es desarrollada por una organización no gubernamental, independiente, cuya reputación debe ser intachable para que realmente la misma adquiera significancia y valor.

En Argentina la acreditación tuvo una corta historia y limitada performance. Básicamente contamos con dos instituciones acreditadoras:

(a) El Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES) –miembro del Programa Alpha de la ISQUA- es una de las organizaciones no gubernamentales que acredita instituciones de salud, en su mayoría hospitales. Fue fundado en 1993 y elaboró sus propios estándares²⁸ y guías de evaluación. Ante cualquier requerimiento de evaluación, el mismo está listo para realizar el análisis de la documentación correspondiente y las visitas interinas, que estudian los procesos y el desempeño. Después de haber supervisado y auditado la institución, le otorga la credencial de “acreditada”.

(b) Desde 1995, en la Provincia de Buenos Aires, otra institución tomó ingerencia en esta temática. Se trata de la CIDCAM²⁹, una ONG que posee el apoyo de un importante centro universitario para la salud³⁰, y el auspicio del Ministerio de Salud de la provincia, CONFELISA, y de IOMA, la Obra Social de la Provincia de Buenos Aires. Su misión intenta ir más allá de la acreditación en sí, ya que asiste a instituciones de salud públicas y privadas en el mejoramiento de la eficiencia y la calidad de los estándares. Promueve la auto- evaluación previa a la acreditación de los establecimientos.³¹

(c) El PNGCAM fue ideado para dar origen a otras instituciones acreditadoras, pero éste no fue implementado.

²⁸ En la última década, el proceso de acreditación evolucionó en el mundo desarrollado y por ende, se rediseñaron nuevos estándares. En Argentina, las instituciones acreditadoras no copiaron los estándares americanos, pero crearon estándares propios que se consideraron en su momento más apropiados a la realidad del sector salud en la Argentina.

²⁹ CIDCAM: Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica.

³⁰ Centro Inus, Universidad Nacional de La Plata.

³¹ Boletín CIDCAM, Hacia la Calidad en Salud, Año 1 numero 1 enero-abril 2001.

Entrevistas efectuadas a las autoridades responsables de ambas instituciones revelaron que ninguna de ellas cumplen con la demanda esperada. En el caso del ITAES, sólo 15 instituciones de Argentina (todas ellas privadas) se expusieron a un proceso de acreditación voluntario. Dicha cifra constituye menos de un 0.5% del total de instituciones con internación del país. Ningún hospital público- ni siquiera aquellos que se vieron beneficiados con préstamos del Banco Mundial para reformar la estructura y adquirir equipamiento³²- pidieron la acreditación. Tampoco lo han hecho los hospitales universitarios que dependen de las universidades públicas.

En Argentina, los prestadores de salud evidencian una falta de interés en la acreditación. Ello no significa que varios prestadores no hayan internamente implementado iniciativas de mejoramiento de la calidad. A pesar de esos esfuerzos, no se ven deseosos ni aún interesados en conseguir la validación externa de la calidad de los servicios prestados. Este desinterés es tolerado y consentido por instituciones financiadoras de salud – tanto del sector privado como de la seguridad social- que no exigen ni premian la acreditación de los prestadores que contrata. En la misma línea, el Estado que tiene la doble función de proveer y financiar servicios de salud, desalentó y no facilitó el desarrollo de procesos de acreditación.

¿Qué puede hacer entonces el Estado para propiciar la acreditación? Algunas experiencias internacionales dan luz a este dilema:

En los Estados Unidos – desde 1965- Medicare y Medicaid, los dos programas públicos más importantes, exigen la acreditación. De ese modo, los reguladores federales respaldaron la acreditación de la JCAHO para los propósitos regulatorios. La contribución de Medicare se extiende más allá de la simple promoción de las prácticas de acreditación. También tiene el crédito de haber mejorado la atención médica de los hospitales a través de la difusión de las organizaciones de evaluación por pares (Peer Review Organizations -PROs), que pasaron con éxito las pruebas de las Organizaciones Examinadoras de Estándares Profesionales (Professional Standard Review Organizations). Además, la HCFA (Health Care Financing Administration) ha venido remando en la misma dirección a través de varios emprendimientos como la denominada “Iniciativa del Mejoramiento de la Calidad en Salud” (Health Care Quality Improvement Initiative) lanzada en 1992.³³

En España, varias comunidades emularon la tendencia introducida por la Comunidad Autónoma de Cataluña en 1984, que dispuso que todos aquellos hospitales que quisiesen renovar sus contratos con el Sistema de la Seguridad Social, debían obtener previamente la acreditación. Constituye un caso “parteaguas” dentro de la literatura de calidad ya que la acreditación se convirtió en obligatoria en dicha región. Sólo el 70% de los hospitales obtuvieron la credencial. El 30% restante no pudieron alcanzar la misma, y por tanto, muchos de ellos debieron cerrar sus puertas.

³² Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, *La salud de los argentinos al final del siglo. Planes y programas de reforma y transformación del modelo de atención de la salud en la Argentina. Proyecto de Reforma del Sector Salud*, PRESSAL, 1999, Pág. 103.

³³ Brennan, Troyen A. *The Role of Regulation in Quality Improvement. The Milbank Quarterly*, Volume 76, number 4, 1998.

Como se explicó en un apartado anterior, la Argentina posee un sistema de salud mixto en el cual coexisten tres modalidades o subsectores. El Estado que financia y provee de servicios de salud a través de las instituciones públicas, un sistema de seguridad social manejado por los sindicatos, y un sistema privado. Estos dos últimos subsectores son compradores de servicios de los prestadores privados. Independientemente de su rol financiador y prestador, el Estado sirve como regulador de éstos tres subsectores. La garantía de estándares mínimos de calidad y de la seguridad del paciente constituye una función netamente pública. El Estado, nacional y/o provincial, debe ejercer su influencia como regulador para afectar los resultados, tanto en términos de accesibilidad como de calidad de la atención médica brindada. Los dos párrafos anteriores nos ejemplifican, como los medios disponibles afectan, en este caso, el porcentaje de prestadores que se someten a la acreditación.

En particular, el Estado -a través del sistema de la seguridad social- está contratando servicios de salud por alrededor de 8250 millones de dólares anuales³⁴. Si bien el Estado argentino ha sido laxo a la hora de regular el sector privado de salud³⁵ tiene una larga trayectoria en la regulación del sistema de seguridad social. Actualmente se encuentra enfrascado en la reestructuración de su principal Obra Social: PAMI, una institución que cumple la misma función que el Medicare de EE.UU. Las Obras Sociales de la Seguridad Social –inclusive PAMI- no requieren una acreditación externa para contratar prestadores. Prefieren realizar sus propias evaluaciones. Tales exámenes ponen sobre el tapete las estructuras burocráticas que desarrollan sus propias guías y coordinan la acción de sus propios empleados de auditoría. Como es de conocimiento general, una de las deficiencias del sistema de la seguridad social en la Argentina, reside en sus altos costos administrativos. Entonces, el desprendimiento definitivo de las evaluaciones “caseras” y la exigencia de válidas acreditaciones externas removerán algunos de los costos burocráticos de éstas organizaciones financiadoras.

Las instituciones financiadoras de salud no han demostrado interés en requerir la acreditación, ni los prestadores han tratado de diferenciarse entre sí en términos de los estándares de calidad. En Argentina, la mayoría de los expertos que hemos entrevistado coinciden en la moción de que carecemos de una “cultura de calidad” o que los “esfuerzos pro- calidad no están suficientemente desarrollados”. De los prestadores mismos hemos escuchado frases tales como “en los niveles actuales de capitación es imposible invertir en el mejoramiento de la calidad”. Dicha renuencia es por algunos atribuida a la presunción de que la propia institución está operando con muy bajos estándares de calidad (probablemente cierto para la gran mayoría de los prestadores). Otras personas aluden a la gran indiferencia e ignorancia de los prestadores (las metodologías del mejoramiento de la calidad, la acreditación y la certificación no están en la agenda pública), y finalmente, otras voces critican el poco marketing que se realiza de las instituciones acreditadoras. En el análisis final, la acreditación en la actualidad no constituye un requisito ni una ventaja en la contratación por parte de las instituciones financiadoras actuales de Argentina.

³⁴ Fuentes: Superintendencia de Servicios de Salud (1998), Censo de Empleadores del Anses (1996/1997), Lic. María Cristina Flood, Cosspra, Boston Consulting Group, José Luis Machinea, Anuario de Clarín (97/98), INSSJP y Ministerio de Economía de la Nación.

³⁵ Excepto en la exigencia de un paquete mínimo de servicios de salud.

En conclusión, la acreditación de establecimientos de salud está todavía subdesarrollada en Argentina. Esta se ha implementado aún en menor medida que la certificación profesional. Uno de los medios para acelerar su desenvolvimiento es a través de la regulación. Por ejemplo, en EE.UU. Medicare obliga a los prestadores a acreditarse periódicamente. Por supuesto, mientras algunas instituciones obtienen la acreditación, otras se ven forzadas a salirse del sistema.

En la situación actual en donde coexisten instituciones de alta y baja calidad, la competencia en precios beneficia a los peores prestadores. A ello se suma, que el rédito por invertir en calidad en el mercado de la salud de la Argentina es muy pequeño. No es rentable ser un prestador de alta calidad. Hoy rinde aceptar cápitas bajas y en contrapartida subprestar atención médica. Rinde firmar contratos capitados con grandes Obras Sociales y, construir barreras internas que previenen el acceso a los beneficiarios. En otras palabras, paga tener una enmarañada red de prestadores, para que llegado el caso los beneficiarios (que pagan contribuciones obligatorias deducidas de la nómina para el sistema de la seguridad social) terminen acudiendo a los hospitales públicos y de ésta manera, alivien a los prestadores privados del costo de atenderlos. Los incentivos en el mercado de salud de la Argentina son perversos, y está al alcance del Estado revertir ésta situación a través de los mecanismos que probaron ser realmente efectivos en otros países.

6. OTRAS INSTITUCIONES RELACIONADAS CON LA CALIDAD

6.1. La ANMAT³⁶

La ANMAT es una agencia nacional encargada de controlar la seguridad de los medicamentos, los alimentos y la tecnología médica.³⁷ Aunque se reporta al Ministerio Nacional de Salud, constituye un organismo descentralizado y autónomo con jurisdicción en todo el territorio nacional. Tiene tres direcciones operativas: una, que se ocupa de la administración de los medicamentos (INAME³⁸), otra, que fiscaliza los productos alimenticios (INAL³⁹) y la tercera, que se aboca a la supervisión de la

³⁶ *Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica, dependiente de la Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria, del Ministerio de Salud de la Nación.*

³⁷ *Creada por el Decreto 1490/92.*

³⁸ *INAME: Instituto Nacional de Medicamentos.*

³⁹ *INAL: Instituto Nacional de Alimentos.*

tecnología médica. Sus funciones comprenden el registro y control de todos los medicamentos, alimentos y tecnologías relacionadas con la medicina que están en los mercados. La autorización de la ANMAT es imprescindible para comercializar los nuevos productos.

6.2 La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)

Entidad que regula todo el sistema de la seguridad social. Es autónoma y sus diversas funciones dan cuenta del rol destacable que despliega en el sistema de salud. Éstas son:

- Fiscalización del cumplimiento del PNGCAM, en (a) todos los entes comprendidos en el sistema de la seguridad social definidos en las leyes 23.660 y 23.661, y (b) en todos los hospitales públicos de autogestión.⁴⁰ Su jurisdicción no incluye las obras sociales provinciales, las obras sociales de las fuerzas armadas, de la seguridad, de las universidades, del Congreso y la del Poder Judicial.
- Control del cumplimiento del PNGCAM por parte de las Obras Sociales, y de los procesos de auditoría médica de éstas.
- Verificación de registros, manuales y normas de procedimiento de los prestadores institucionales del sistema.
- Inscripción en el registro nacional de todos los prestadores profesionales e institucionales cada cinco años. (los requisitos exigen solamente la presentación de la documentación correspondiente).
- Control del cumplimiento de toda otra legislación vigente como, por ejemplo, el Programa Médico Obligatorio (PMO).

6.3 El OAA⁴¹

Constituye una organización privada sin fines de lucro que fue creada como consecuencia del PNGCAM para desempeñar la función de acreditación de instituciones y de certificación de todo tipo de entidades acreditadoras. En teoría, debido a que su área de influencia excede el campo del cuidado de la salud se la asocia frecuentemente a la Secretaría de Industria⁴² y no al Ministerio de Salud de la Nación. En la práctica, durante su existencia, solamente ha logrado acreditar a algunos laboratorios de ensayo y de calibración. En resumidas cuentas, el OAA nunca adquirió posesión plena de sus funciones -definidas en el Decreto que le dieron nacimiento- y por añadidura, el Estado tampoco se esmeró en promocionar su desarrollo.

⁴⁰ Dichos hospitales son conocidos también como Hospitales de Gestión Descentralizada. Están inscriptos en el respectivo registro y normados a través del Decreto 993/00, entre cuyos requisitos se encuentra el PNGCAM.

⁴¹ OAA: Organismo Argentino de Acreditación.

⁴² La “asociación” a la que nos referimos constituye la participación de dos representantes elegidos por la Secretaría de Industria en el Consejo del OAA.

6.4. El IRAM

Su rol y funcionamiento también excede el campo de la salud. Es la única organización argentina que representa agencias internacionales como ISO, AMN y COPANT⁴³ y su negocio tiene una gran cuota del mercado que va en aumento. Los productos y los procesos de todo tipo solicitan la certificación del IRAM para usos marketineros. El desarrollo de sus servicios recibió un espaldarazo cuando el Estado lo nombró como el Instituto Argentino de Normalización. De todos modos, el cumplimiento de las disposiciones del IRAM es voluntario, y a diferencia de la ANMAT, los sellos IRAM no constituyen un requisito para la comercialización o la producción.

Su principal función es la de ofrecer la conformidad de IRAM cuando un producto o proceso cumple con sus normas y guías de procedimiento (definidas por la certificación ISO 9000 de gestión de la calidad, por la certificación IRAM 3800 de seguridad y salud ocupacional, y por la certificación ISO14100 de gestión ambiental). Además, desarrollan guías de producción para los distintos productos y sistemas de gestión, como así también ofrecen servicios de capacitación para empresas, instituciones e individuos.

TENTATIVAS PARA OBTENER UN PROGRAMA NACIONAL DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La mayoría de las iniciativas ampliamente discutidas en este trabajo constituyen esfuerzos aislados de las ONGs. En todos los casos mencionados existió poca ingerencia por parte del Estado, ya sea de corte formal o informal. Hasta principios de la década de los noventa el Estado consideraba que los emprendimientos pro-calidad no eran asuntos propios de las políticas públicas.

En Noviembre de 1992, el Ministerio de Salud de la Nación⁴⁴ lanzó un ambicioso proyecto llamado Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM). Llevó casi 5 años implementarlo⁴⁵ y otro tanto para definir sus regulaciones⁴⁶.

⁴³ Siglas de: ISO: International Organization for Standardization, AMN: Asociación MERCOSUR de Normalización,

COPANT: Comisión Panamericana de Normas Técnicas.

⁴⁴ Resolución 432, 27 de Noviembre de 1992.

⁴⁵ Resolución 149/93

⁴⁶ Decreto 1424/92

EL ESPÍRITU DEL PROGRAMA

La iniciativa del PNGCAM reflejó una nueva visión del Ministerio de Salud. El énfasis fue puesto en el planeamiento y en la regulación de las actividades, y en la aplicación de herramientas de gestión de dominio de la atención médica.

Por el Decreto 1424/97 se anunció que el PNGCAM se implementaría en todas las instituciones nacionales de salud, en los establecimientos correspondientes al sistema de la seguridad social

- inclusive el PAMI (la Obra Social de los jubilados)- y la mayoría de los hospitales públicos⁴⁷. Se le confirió jurisdicción nacional e incluye en la misma a la ciudad de Buenos Aires y a las provincias. Dejó la puerta abierta a todas las instituciones para que se adhiriesen al mismo.

Se basó en cinco pilares:

- **Componente 1: Calidad en la Estructura de los Servicios de Salud.**

Este componente prevé las actividades relacionadas con la habilitación y la categorización o clasificación por riesgo, de los establecimientos de salud.

- **Componente 2: Calidad en los Recursos Humanos.**

Se refiere al ejercicio de la profesión médica. Ambicionando la excelencia de los integrantes del equipo de salud, cubre todas las actividades relacionadas con: la matriculación y la certificación profesional de especialidad; la certificación y la re-certificación. Invitó además a participar a todas las instituciones relacionadas con dichas cuestiones.

- **Componente 3: Calidad en los Procesos y Gestión de los Servicios de Salud.**

El tercer componente desarrolla los estándares y los protocolos médicos así como también las guías de procedimiento para la gestión de los servicios de salud.

- **Componente 4: Evaluación y Control de la Calidad.**

Su objetivo es la elaboración y la implementación de indicadores de calidad y de performance relacionados con la estructura, procesos y resultados de las prestaciones de los servicios de salud. Se ideó para que compatibilice los distintos esfuerzos de calidad – tanto internos como externos- que están en disponibilidad.

- **Componente 5: Cooperación Técnica y Capacitación.**

Este programa se encarga de la capacitación y la asesoría técnica de las autoridades e instituciones provinciales y locales.

DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA:

⁴⁷ Aquellos hospitales denominados como *Hospitales Públicos de Autogestión*, están autorizados para cobrar a las Obras Sociales por los servicios prestados a la población con cobertura.

El PNGCAM fue concebido como un programa “nacional” y en su conceptualización se introdujo la mayoría – sino es que todas- las áreas de calidad, relacionadas con políticas de: calidad profesional, cuestiones institucionales, evaluación del desempeño, e inclusive educación y capacitación.

Sin embargo, si bien las intenciones del Programa fueron buenas, la implementación no cumplió con las expectativas puestas en él. Desde que se lanzó en 1997, se lograron pocos progresos en la promoción de la calidad, a excepción de la redacción de estándares y guías. De hecho, muchas guías se han desarrollado. En todos los casos, fueron consensuadas por los representantes de todas las asociaciones médicas profesionales.

A pesar del gran esfuerzo y del progreso logrado en la elaboración de los respectivos protocolos, éstos no rindieron sus frutos: ninguna de las instituciones se preocupó por implementarlos. Varias razones pueden explicar el truncamiento de la implementación. Pudo haber pasado que, en la Argentina, dichos lineamientos se hayan percibido como estándares de “máxima” (en el sentido de que tenían “aspiraciones” muy altas), en contraposición a los estándares de acreditación que frecuentemente se conciben como estándares de “mínima” (que aún así, a la mayoría de los prestadores se les hace difícil cumplimentar). A su vez, la falta de éxito del PNGCAM en las provincias refleja que sus metas no está adaptadas a las diferentes realidades regionales y que los prestadores del interior del país tienen un largo trayecto que recorrer en materia de calidad.

No sólo las normativas desarrolladas están subutilizadas, también el Programa ha fallado en avanzar en el resto de los componentes. La habilitación, la categorización y la acreditación siguen inalteradas por el mismo. Los procesos de habilitación permanecen igual que antes de la hechura del PNGCAM, la categorización no fue impuesta, y la acreditación sufrió pocas transformaciones positivas.

El débil empuje que ha recibido el Programa en su expansión en el resto del país, contrasta con el gran esfuerzo que se ha realizado en pos de armonizar sus normativas con la de los otros socios del MERCOSUR.⁴⁸ Un grupo de trabajo⁴⁹ se encuentra analizando la legislación que afecta las prácticas profesionales, los servicios de salud y las tecnologías del sector.

De acuerdo a la misión formal del grupo las siguientes políticas serán armonizadas y coordinadas entre los estados miembro:

a) Prestaciones de Servicios de Salud

- Habilitación de establecimientos e instituciones de salud.
- Elaboración de procedimientos y requisitos.
- Armonización de normas en áreas prioritarias.

⁴⁸ Los miembros de la unión aduanera del MERCOSUR son : Argentina , Paraguay, Uruguay y Brasil. (MERCOSUR: Mercado Común del Sur).

⁴⁹ Subgrupo de trabajo 11-Salud (SGT/REC N° 01/97).

- Categorización por niveles de atención y complejidad de los servicios.
- Coordinación de actividades de promoción y prevención.

b) Ejercicio profesional

- Requisitos de habilitación profesional para el nivel superior, técnico y auxiliar.
- Sistema de control del ejercicio profesional.
- Reconocimiento de especialidades.
- Programas conjuntos de adiestramiento en servicio y fortalecimiento de entidades de salud formadoras de recursos humanos.

c) Tecnología en Salud:

- Análisis de la tecnología y definición de tecnología apropiada.
- Calidad de la Tecnología.
- Uso de la Tecnología.
- Incorporación de nuevas tecnologías.

PERSPECTIVAS

El PNGCAM tuvo –y aún posee- un gran potencial. Pudo haberse convertido en el tan necesario pilar de calidad para el marco regulatorio de la Argentina. Pudo haber redefinido la situación actual de la habilitación, categorización y acreditación institucional como así también la regulación de la práctica profesional. Además, el Estado en su rol de regulador del sistema debería haber prestado más atención a la coordinación de las actividades de las varias organizaciones involucradas en los esfuerzos actuales pro- calidad, y el PNGCAM constituye el encuadramiento perfecto para ello.

En todas las instancias, las normas definitorias no debieran ser un objetivo sino un medio para afectar los procesos y las instituciones. Igualmente importante es la exigencia del cumplimiento de las guías y de los reglamentos. El Programa debiera ser evaluado de acuerdo al éxito que obtuvo en la implementación de sus normas, al cambio de las reglamentaciones por las cuales se otorga la habilitación, y al logro de cambios sistémicos.

Después de tres años, la mayoría de las normativas al respecto se han escrito. Por eso, es tiempo de focalizarse en la implementación de las mismas, y a su vez, en el desarrollo de programas que hagan propias tales medidas.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Los gobiernos y las organizaciones privadas juegan un rol crucial a la hora de crear las condiciones a través de las cuales los prestadores ofrecerán niveles de accesibilidad, calidad y costos demandados por los consumidores. A su vez, los individuos -como consumidores de atención médica- tienen impacto en éste “diseño” cuando eligen a los prestadores de su preferencia. El quid es que, para ello, necesitan poder de ingerencia en la calidad del cuidado médico para poder comparar a los prestadores. Por eso, la pregunta clave es: ¿quiénes proveen dicha información tan esencial a los consumidores para que efectúen comparaciones de calidad en salud? La respuesta es que los gobiernos como las instituciones privadas deberían intervenir, diseñar, desarrollar y diseminar toda información relevante.

Otro punto a destacar es que si bien la auto-regulación es importante, ésta no reemplaza a la regulación. La auto-regulación tiene lugar solamente cuando la mayor parte de los prestadores de salud perciben que los beneficios exceden a los costos. Es decir, los beneficios de adquirir el status de “certificado” y/o “acreditado” depende de los “premios” del mercado (esto es, más contratos o mejores condiciones en los términos de los contratos).

En cambio, la regulación gubernamental es complementaria a los esfuerzos auto-regulatorios. El Estado debe ocuparse de asegurar que en ausencia o falla de las auto-regulaciones, los pacientes

cuenten con un mínimo de calidad en la atención médica. Idealmente, el Estado debe estimular prácticas que permitan subir ese “piso” a lo largo del tiempo.

En Argentina, las iniciativas auto-regulatorias no han cosechado mucho éxito. Hay dos organizaciones no gubernamentales que otorgan la certificación profesional y, una nacional y otra provincial, que confieren la acreditación de instituciones de salud. Sin embargo, pocos médicos y pocos establecimientos han solicitado su intervención. Por otro lado, las políticas regulatorias han fallado en su implementación. El Estado no está utilizando todos los recursos que tiene a su disposición para afectar la calidad en salud brindada a sus ciudadanos, que son los que en definitiva demandan tales servicios de los sectores privados, de la seguridad social y del sector público.

A continuación presentamos propuestas concretas de políticas públicas para Argentina, para que promuevan iniciativas pro-calidad tanto en el corto como en el mediano plazo:

a. Respecto de asegurar requerimientos mínimos, el Estado debería:

- Reforzar los requisitos de matriculación profesional, para que éstos sean más restringidos y significativos.
- Redefinir los requisitos de la habilitación de las instituciones de salud y establecer su periodicidad.
- Hacer cumplir ambos procedimientos, o en otras palabras, imponer el cumplimiento de los requisitos tanto de la matriculación profesional como de la habilitación institucional.
- Lograr la “habilitación categorizante”, esto es, hacer uso de la categorización o clasificación por riesgo como complemento de la habilitación de establecimientos de salud.

b. Respecto de la regulación, debería:

- Exigir el cumplimiento de las regulaciones existentes antes de crear otras nuevas. El PNGCAM claramente define todas las áreas de ingerencia del gobierno en las cuales se desarrollan actividades pro-calidad. La plena implementación y control posterior de dichas políticas tendrán, sin duda, una manifiesta repercusión.
- Armonizar todas las leyes promulgadas y definir cuidadosamente las jurisdicciones de los gobiernos nacional, provinciales y municipales.
- Exigir que las agencias del gobierno como sus autoridades realicen “rendición de cuentas” en relación al cumplimiento de los requisitos de matriculación profesional como de la habilitación institucional.

c. Respecto de los esfuerzos de las ONGs, debería:

- Promover los procesos de acreditación:
 - i. Estableciendo una acreditación obligatoria para todos los prestadores que efectúan contratos con instituciones financiadoras públicas y semipúblicas, como

es el caso del programa del PAMI o el de las Obras Sociales de la Seguridad Social (a la usanza de Medicare en EE.UU.).

- ii. Incentivando financieramente aquellas instituciones públicas –cuyos recursos provienen del erario público- que voluntariamente se sometan a los procesos de evaluación externa y/o acreditación.

- Promover la certificación:

- i. Exigiendo la certificación en forma periódica a los profesionales de la salud que trabajan en establecimientos asistenciales públicos con y sin internación.
- ii. Incluyendo una cláusula en la regulación del sistema de la seguridad social, que permita a las Obras Sociales contratar exclusivamente prestadores, cuyo “staff” médico esté certificado.
- iii. Requiriendo que las organizaciones financiadoras y prestadoras del sector privado publiquen la lista o los profesionales médicos certificados entre su personal.

- Compensar los esfuerzos pro-calidad:

- i. Financiando explícitamente las instituciones públicas de acuerdo a su performance y a los resultados obtenidos.
- ii. Deduciendo impuestos de las inversiones realizadas en calidad en salud (por ejemplo, como la certificación y la acreditación voluntarias).

- Coordinar la acción de las organizaciones no gubernamentales, confiriéndoles un marco regulatorio en donde cada institución tenga bien delimitadas su jurisdicción y funciones, evitando así el derroche y la duplicación de actividades.

- Asegurar que las organizaciones no gubernamentales no monopolicen la provisión de los servicios. Debe existir más de un organismo acreditador reconocido por el Estado; que a su vez compitan entre sí y devengan en instituciones de reputación intachable.

d. Respecto de la información, debería:

- Asegurar que la información referida a los resultados de los prestadores médicos sea debidamente recopilada, procesada y publicitada, para que esté a disponibilidad de quienes la precisen.
- Establecer los mecanismos para que las instituciones financieras, las aseguradoras de mala praxis y los consumidores accedan a los registros de médicos profesionales certificados y asimismo de las instituciones acreditadas.
- Penalizar a las instituciones y a sus autoridades por la difusión de datos falsos o imprecisos.
- Alentar la implementación de tecnologías de información, para que el monitoreo interno y/o externo de la atención médica sea más fácil y económico.

e. Otras oportunidades

- Desarrollar procesos formales de denuncias y apelaciones por parte de los pacientes-consumidores activando su participación en el control de calidad.

- Revertir la regulación actual sobre mala praxis y alinear sus incentivos con la calidad.
- Ante la evidencia de que el volumen está asociado a evaluaciones superiores, el gobierno en su rol de comprador de servicios puede inducir la concentración de los mismos mediante la aplicación de los métodos de contratación selectiva y concentración regional.
- Revisar los actuales mecanismos de pago, tanto del sector público como privado, sin dejar librado al azar los incentivos a la calidad.

CONCLUSIONES

Desde una perspectiva orientada a la calidad, la situación de la Argentina es desalentadora. Es cierto que hay algunos organismos del gobierno y varias ONGs que detentan funciones pro-calidad. Dichas ONGs se han desenvuelto en aquellos “nichos” en donde el Estado ha fallado en cumplir con las tareas de supervisión y control de la calidad en salud. No obstante, como bien se ha descripto previamente, tales instituciones han demostrado tener una pobre interacción entre ellas y con el Estado dado que todas se desarrollan y manejan de modo independiente.

Hasta la fecha, en Argentina, el Estado se muestra renuente a intervenir, y la capacidad de influencia de las ONGs ha sido limitada, en parte debido al aislamiento de las mismas que trajo como consecuencia la dispersión y la incoordinación de los esfuerzos evaluativos, y además, gracias a la falta de involucramiento estatal. El Estado pareciera ignorar estos emprendimientos particulares en vez de tratar de coordinar y maximizar el impacto de sus acciones. Como corolario, no contamos con políticas públicas dirigidas a estimular tanto el desarrollo como la influencia de las ONGs en el sector salud.

A diferencia de otros países donde han adquirido creciente importancia las prácticas de autorregulación, en Argentina, las funciones de certificación y acreditación continúan en un estadio subdesarrollado. A ello se suma que, en dichos países donde las prácticas pro-calidad tienen aquiescencia, la información sobre profesionales médicos certificados o de establecimientos de salud acreditados, como así también la de los resultados médicos y el desempeño de los prestadores, es de fácil acceso para aquellas personas y/o organizaciones que la requieran. En Argentina, ni el gobierno ni las ONGs han tenido éxito en este punto tan sensible como es el de estatuir prácticas de salud pro-calidad. Para dificultar aún más las cosas, poca información relevante se encuentra disponible con la finalidad de ser consultada por las instituciones financieras, los prestadores de salud y los pacientes-consumidores.

Por lo tanto, concluimos que existe una gran oportunidad para las políticas públicas para promover iniciativas pro- calidad en salud. El primer cambio que el Estado argentino debería realizar es el de informarse de las herramientas a su alcance. Luego, debería hacer cumplimentar las actuales regulaciones o determinar porque aún no han sido efectivamente implementadas. Por ultimo, éste debe pensar proactivamente en términos de promocionar y coordinar esfuerzos no-gubernamentales.

APÉNDICE : TABLAS COMPARATIVAS

TABLA 1

Áreas de influencia de las instituciones que regulan y auto-regulan la Calidad en Salud en Argentina

	INSTITUCIONES PÚBLICAS				ONGs					
	Ministerio de Salud de la Nación (MSN)			Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)	ITAES (1)	CCPM / auspiciado por la Academia Nacional de Medicina (2)	CRAMA / auspiciado por la Asociación Médica Argentina (3)	IRAM (4)	OA A (5)	CID CAM (Provincia de Buenos Aires) (6)
	Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud	Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM)	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT)							
PLANTA FÍSICA	SI	SI*	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI **	SI
EQUIPAMIENTO	SI	SI*	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI**	SI
RECURSOS HUMANOS	SI	SI * (a través del CCPM y el CRAMA).	NO	SI	SI (como parte del análisis estructural)	SI (certificación profesional).	SI (re -certificación profesional).	NO	SI**	NO(certificación profesional) SI (como parte del análisis estructural)
PROCESOS	NO	SI *	SI	Algunos	SI	NO	NO	SI	SI**	SI
GESTIÓN	NO	SI*	SI	Algunos	Algunos	NO	NO	SI	SI**	SI
RESULTADOS	NO	SI*	SI	Algunos	Algunos	NO	NO	SI	SI**	SI

Referencias: *Aún no completamente implementados.

**Sólo de Laboratorios de Ensayo y Calibración, y de Organismos Certificadores.

Abreviaturas:

(1) (ITAES) Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud.

(2) DE ACREDITACIÓN.

(3) (CIDCAM) Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (Provincia de Buenos Aires).

TABLA 2

Funciones de las instituciones que regulan y auto-regulan la Calidad en Salud en Argentina

		INSTITUCIONES PÚBLICAS			ONGs						
		Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud (MSN) (1)	Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)	Gobiernos provinciales y municipales	CCPM / auspiciado por la Academia Nacional de Medicina (2)	CRAMA / auspiciado por la Asociación Médica Argentina (3)	Colegios Médicos y Facultades de Medicina locales o regionales	IRAM (4)	OAA (5)	ITAES (6)	CIDCAM (Provincia de Bs. As.) (7)
PROFESIONALES	Matriculación	X		X							
	Certificación Profesional de Especialidad (obligatoria)	X		X			X				
	Certificación Profesional (voluntaria y periódica)				X		X				
	Re-certificación Profesional (voluntaria y periódica)					X	X				
INSTITUCIONES	Habilitación	X	X	X							
	Categorización										
	Certificación de procesos y sistemas de salud							X			
	Acreditación de hospitales y establecimientos de salud									X	X
	Acreditación de laboratorios e instituciones certificadoras								X		

Referencias:

Abreviaturas:

- (1) (MSN) Ministerio de Salud de la Nación.
- (2) (CCPM) Consejo de Certificación de Profesionales Médicos- auspiciado por la Academia Nacional de Medicina.
- (3) (CRAMA) Comité de Recertificación de la Asociación Médica Argentina.
- (4) (IRAM) Instituto Argentino de Normalización.
- (5) (OAA) Organismo Argentino de Acreditación.
- (6) (ITAES) Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud.
- (7) (CIDCAM) Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (Provincia de Buenos Air

TABLA 3

Normas e instituciones públicas que regulan la Calidad en Salud en la Argentina

	Ministerio de Salud de la Nación (MSN)			Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)
	Dirección de Registro y Fiscalización de Recursos de Salud	Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica (PNGCAM)	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT)	
Jurisdicción	Capital Federal (en la habilitación se exceptúa los 33 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires).	Nacional	Nacional	Nacional
Tipo de organización	Gubernamental	Gubernamental	Gubernamental. Autárquica económica y financieramente.	Gubernamental. Autárquica.
Año de creación	1949	1992 Normalizado por el Decreto 1424/97	1992 Decreto 1490/92	1996 Decreto 1615/96
Tipo de evaluación que realiza	-Matriculación de profesionales auxiliares y técnicos de salud. -Certificación Profesional de Especialidad. -Certificado Ético Profesional. -Registración de profesionales extranjeros. -Reconocimiento de títulos. -Habilitación de droguería-herboristería, farmacia, gabinetes, centros médicos, consultorios, sanatorios, etc.	-Habilitación y categorización. -Certificación y re-certificación profesional a través de entidades autorizadas. -Manuales de procedimiento. Guías diagnósticas terapéuticas. -Estándares de producción y rendimiento. Mecanismos de fiscalización.	-Registro, control, fiscalización y vigilancia de alimentos, medicamentos y dispositivos médicos.	-Fiscalizar cumplimiento del PNGCAM en el sector de la seguridad social. -Controlar auditorías médicas implementadas por las Obras Sociales.
Manuales/ guías de evaluación	NO	SI	SI	SI
Duración de la autorización	-Vitalicia en matriculación; y habilitación si no hay cambios institucionales (a pedido del interesado). -Control periódico en radiofísica, quirófano, farmacia y hemoterapia.	Periódica	Fiscalización y control de: a) Medicamentos, cosméticos y productos de diagnóstico: anual. b) alimentos y suplementos dietarios: cada vez que ingresan las muestras.	-Inscripción en el registro Nacional de Prestadores Profesionales e Instituciones: cada 5 años.

<i>CARÁCTER</i>	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria	Obligatoria
Área de influencia (responsabilidad)	-Profesionales de la Salud. -Establecimientos asistenciales con y sin internación (incluyendo consultorios odontológicos, laboratorios, farmacias, ópticas)	-Establecimientos nacionales, de la seguridad social (incluyendo PAMI), del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión, provinciales, de la Ciudad de Buenos Aires y aquellos privados que adhieran al PNGCAM.	-Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica.	-Obras Sociales incluidas en las Leyes 23660 y 23661. -Entidades mutuales que firmen convenios de adhesión. -Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (Decreto 993/00_PEN) que cumplan PNGCAM.
Modalidad de Acción y control Posterior	-Vitalicia en consultorios médicos y odontológicos e instituciones de salud. Laboratorios, farmacias, ópticas y herboristerías. -Periodicidad irregular en el control de áreas de riesgo (Banco de Sangre, Quirófano, Farmacia). -Mediante denuncias.	No se implementó.	- "Círculos de Calidad" (equipos de 3-6 personas): registran, vigilan, controlan, fiscalizan, consultan, participan, difunden y atienden al cliente en materia de alimentos, medicamentos y tecnología médica.	-Equipos colegiados de médico, contador, abogado y trabajador social (17 personas) que fiscalizan un número predeterminado de Obras Sociales, mediante "circulares". Este procedimiento fue aplicado a 197 Obras Sociales.
Contactos Internacionales	NO	MERCOSUR	FDA (USA). EMEA (UNIÓN EUROPEA). MERCOSUR (CON BOLIVIA Y CHILE)- DRUG INTERNATIONAL	NO

TABLA 4

Rol de las ONGs relacionadas con la Calidad en Salud en Argentina

	Inst. Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES)	Concejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM) / Academia Nacional de Medicina	Concejo de Recertificación de la Asociación Médica Argentina (CRAMA)	Instituto Argentino de Normalización (IRAM)	Organismo Argentino de Acreditación (OAA)	Comisión Interinstitucional para el desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM)
<i>JURISDICCIÓN</i>	Nacional	NACIONAL Representado en las provincias a través de las Sociedades Científicas de Sociedades Médicas acreditadas con convenio (35 en total).	Nacional. Los profesionales médicos del interior deben recertificarse en la Ciudad de Buenos Aires.	Nacional. Con filiales en: Rosario, Tucumán, Mendoza, y Córdoba.	Nacional	Provincia de Buenos Aires
Tipo de organización	Asociación Civil sin fines de lucro.	ONG. Independiente, privada y estrictamente médica. Se integra con miembros activos e institucionales.	ONG sin fines de lucro.	ONG. De utilidad pública. Privada. Tripartita: Intereses generales, Producción y Consumo.	PRIVADA. SIN FINES DE LUCRO. Creada dentro del Sistema Nac. de Normas, Calidad y Certificación (Decreto 1474/94)	ONG SIN FINES DE LUCRO. Posee el apoyo del Centro INUS (Fac. de Medicina- UNLP. Auspiciada por el Ministerio de Salud de la Prov. de Bs.As., CONFELISA, y el IOMA.
Año de creación	1993	-Academia Nacional de Medicina: 1822. -CCPM: 1991.	-AMA: 1891. CRAMA: 1994	-Institucional: 1935. -Org. Arg. de Normalización: Decreto 1474/94.	1994-95	1995
Tipo de evaluación que realiza	-Acreditación de Establecimientos de Salud (Asistenciales de Agudos, de Diagnóstico y Tratamiento Ambulatorio y de Salud Mental). -Evaluación de establecimientos a pedido de los financiadores (evaluación de prestadores).	-Certificación Profesional Voluntaria. -No tiene valor legal. Indica que es buen especialista y éticamente confiable. -Evaluación por pares. -Medicina Interna, Psiquiatría y Salud Pública certifican a través de Comisiones Ad Hoc creadas por el CCPM.	-Recertificación Profesional Voluntaria. -Coordinación y fiscalización de los Programas de Recertificación. -Responsabilidad asistencial, legal y ética. - Recertificación de los médicos aprobados por la Asociación Gremial de Médicos Municipales de la ciudad de Bs.As.	-Normalización y Certificación de Productos y Sistemas de Gestión. -Certificación ISO, AMN y COPANT. -Análisis de Documentación. -Capacitación. -Asesoramiento al Estado en sus tres niveles.	Acreditación de: -Laboratorios de ensayo y calibración. -Organismos de certificación de sistemas de la calidad y de gestión ambiental. -Organismos de certificación de productos.	-PROCESOS DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS Y LA ACREDITACIÓN DE LOS MISMOS; AUTOEVALUACIÓN PARTICIPATIVA ESTRUCTURADA (APEC). -INSTITUCIONES ACREDITADAS SE CATEGORIZAN COMO UNIDADES DOCENTES ASISTENCIALES Y SE INCORPORAN AL HOSPITAL UNIVERSITARIO INTEGRADO A LA FAC. DE MEDICINA DE LA UNLP.
Manuales/ Guías de Evaluación	SI Manuales. Inst. Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud (ITAES)	SI Manuales y normas. Concejo de Certificación de Profesionales Médicos (CCPM) / Academia Nacional de Medicina	SI Manuales y Código de Ética para el Equipo de Salud 2001. CONSEJO DE RECERTIFICACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA (CRAMA)	SI Sello y Registro IRAM. ISO 9000 (gestión de la calidad), ISO 14001 (gestión ambiental), IRAM 3800 (de Seguridad y Salud Ocupacional). Instituto Argentino de Normalización (IRAM)	SI Guías regionales e internacionales. Organismo Argentino de Acreditación (OAA)	SI Manuales. Comisión Interinstitucional para el desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM)
Duración de la autorización	- A CREDITACIÓN PLENA Y CON MÉRITO: 3 AÑOS. -Acreditación Transitoria: un año.	5 años	5 años	-Sellos: 3 años, con auditorias semestrales. -Certificación de productos tangibles: mensual (y el sello es	3 años	Cada vez que se cumple una de las 5 etapas estratégicas (de las 12 etapas) la CIDCAM entrega un certificado.

				permanente).		
Carácter	Voluntaria	Voluntaria	Voluntaria	Voluntaria	Voluntaria	Voluntaria
Área de influencia (responsabilidad)	Toda la organización. Estructura, Procesos y Resultados.	Profesionales Médicos.	Profesionales Médicos.	Productos y sistemas de gestión.	Organismos de Certificación, laboratorios de ensayo y calibración.	Establecimientos públicos y privados.
Modalidad de acción y control posterior	- A NÁLISIS DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA. - Relevamiento del establecimiento (formulario operativo). - Análisis por muestreo (planillas). - Procesamiento de datos. - Propuesta evaluada por el Comité de Dictámenes.	PRÓXIMAMENTE RE-CERTIFICARÁN. Ya la han comenzado la Asoc. Arg. de Ortopedia, la Soc. Arg. de Patología y la Soc. de Neurocirugía y Dermatología.	Re-certificación automática por antecedentes, realización de cursos o programas, pasantías con evaluación en servicios acreditados en la especialidad, etc.	Auditorías semestrales, o más frecuentes según los casos.	Se eleva un informe con desviaciones de la entidad a acreditar al Comité del OAA. Si es aprobado se firma un convenio entre la entidad y el OAA por 3 años. Visitas de seguimiento a los 6, 12 y 24 meses de acreditación.	Programa G-CAM de Garantía de Calidad de la Atención Médica, con sus tres componentes de capacitación de asesoría permanente a través de una red de información para la calidad (RICA) y de investigación.
Contactos internacionales	- Programa Alpha. ISQUA. - JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations).	- ABMS (American Boards of Medical Specialties). - Academias de Chile y Uruguay. - Asociación de Facultad y Medicina (Caracas y Bogotá).	NO	- IMQ (ITALIA). - AENOR (España). - INMETRO, ABNT (Brasil). - NFPA (EE.UU). - AFNOR (Francia). - INN (Chile). - IQNET, y muchos otros.	- IAF (International Accreditation Forum). - ILAC (International Laboratory Accreditation Cooperation). - IAAC (Interamerican Accreditation Cooperation). - MERCOSUR.	Informalmente con la JCAHO.

BIBLIOGRAFÍA

a. Libros

- Asenjo M.A. y Cols. *Gestión Diaria del Hospital 1999- Acreditación Hospitalaria*.
- Asociación Médica Argentina. *Código de Ética para el Equipo de Salud*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2001.
- Aranguren E. C y Cols. *Auditoria Médica- Garantía de Calidad en la atención de Salud*. Buenos Aires: Centro Editor de la Fundación Favaloro, 1996; Tomo I.
- Bodenheimer T. and Kevin Grumbach. *Understanding Health Policy*. Stamford Connecticut : Appleton & Lance, 1998.
- Brennan Troyen A. *The Role of Regulation in Quality Improvement*. *The Milbank Quarterly* 1998; Vol. 76, 4 .
- Carrasco Prieto A. y Zurro Hernández J. *Manual de Acreditación de Hospitales*. Universidad de Valladolid, 1999.
- López de Jáuregui L. *El proceso de Acreditación en Instituciones de Salud -tesis de maestría*. Buenos Aires: Universidad René Favaloro.
- Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm*. USA: National Academy Press, 2001.
- Luft HS. et al. *Hospital Volume, Physician Volume, and Patient Outcomes: Assessing the Evidence*. Health Administration Press, 1990.
- Marracino Camilo. *Los Servicios de Salud en Argentina-Instrumentos del Análisis y la Acción*. Buenos Aires: Fundación Universidad a Distancia "Hernandarias", 1995.
- Mc. Laughlin C and P. Ginsburg. *Competition, Quality of Care and the Role of the Consumer*. *Milbank Quarterly* 1998; Vol. 76, 4: 737-743.
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. *La salud de los argentinos al final del siglo- Planes y programas de reforma y transformación del modelo de atención de salud en la Argentina*. Buenos Aires: PRESSAL, 1999.
- Sisk Jane E. *Increased Competition and the Quality of Health Care*. *Milbank Quarterly*, 1998; Vol.76, 4: 687-705.

b. Revistas- Boletines- Catálogos- Leyes

Academia Nacional de Medicina. XIV Seminario: Métodos Idóneos de Formación de Especialistas Médicos para Certificación Profesional. Mayo de 1999.

ANMAT. Boletín para Profesionales- Número especial Carta Compromiso con el ciudadano 2000. Vol. VIII , 5-6 : 65-92.

ANMAT. Normas de buenas prácticas de fabricación y control de calidad de medicamentos, serie de manuales ANMAT.

Concejo de Certificación de Profesionales Médicos. Brochure institucional. 2001.

CIDCAM. Boletín CIDCAM- Hacia la calidad en Salud 2001. 1-1

CIDCAM. Boletín CIDCAM- Hacia la calidad en Salud 2001. 1- 2

CIDCAM. La autoevaluación de establecimientos de salud – Instructivo y definiciones operacionales – Base para el análisis del formulario de autoevaluación. Marzo 2001.

Concejo de Certificación de Profesionales Médicos. Requisitos para la Certificación en Psiquiatría a través del Sistema de Residencia. Comisión Educativa Psiquiátrica : 2000.

Instituto Argentino de Normalización- IRAM. Seguridad y Salud Ocupacional. Catálogo de Normas IRAM . Abril 2001.

Instituto Argentino de Normalización- IRAM. Salud. Catálogo de Normas IRAM. Noviembre 1999.

Instituto Argentino de Normalización- IRAM. 65 años (1935-2000). Brochure.

Instituto Argentino de Normalización- IRAM. Boletín 2001, 7- 58,

Instituto Argentino de Normalización- IRAM. Boletín 2001, 7- 59.

Instituto Argentino de Normalización- IRAM. Plan de Estudio de Normas 2001.

ITAES. Revista trimestral 2000. Vol. 5, 1.

ITAES. Revista trimestral 2000, Vol. 5, 2.

ITAES. Revista trimestral 2000, Vol. 5, 3.

ITAES. Revista trimestral 2000, Vol. 5, 4.

Katz, I. Gestión y organización del tecnosistema hospitalario. Revista Médicos-medicina global 2001, 16: 12.

Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ley Básica de Salud. texto de la Ley 153 sancionada en la sesión del 16 de Febrero de 1999.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica: Categorización de Establecimientos. Resolución 282/94 & anexo.15 de Abril de 1994.

Ministerio de Salud de Argentina. Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Estadísticas Vitales de Recursos y Producción de Servicios. Año 1995. 2000: 87.

Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica: Decreto N° 1424/1997. Publicado en el Boletín Oficial el 30 de Diciembre de 1997.

Poder Ejecutivo de la Provincia de Buenos Aires. Decreto N° 3280 del 17 de Abril de 1990.

Secretaría de Salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. 1996. p.243.

Univ. Nacional de La Plata- Municipalidad de Berisso- Municipalidad de Ensenada- Municipalidad de La Plata. Proyecto: Enseñanza y práctica de una nueva salud pública para la promoción de la salud en el municipio- Salud integral Municipal (Berisso- Ensenada- La Plata). Informe de evaluación. Febrero 1998/ Enero1999.

Univ. Nacional de La Plata- Municipalidad de Berisso- Municipalidad de Ensenada- Municipalidad de La Plata, Proyecto: Enseñanza y práctica de una nueva salud pública para la promoción de la salud en el municipio- Salud integral Municipal (Berisso- Ensenada- La Plata). Informe de evaluación. Febrero 1999/ Enero 2000.