Tecnologías Gerenciales



Editorial Ciencias Médicas

UNA OPORTUNIDAD PARA LOS SISTEMAS DE SALUD

Orlando Carnota Lauzán

TECNOLOGÍAS GERENCIALES

Una oportunidad para los sistemas de salud

TECNOLOGÍAS GERENCIALES

Una oportunidad para los sistemas de salud

Dr. Orlando Carnota Lauzán



La Habana, 2005

Datos CIP - Editorial Ciencias Médicas

Carnota Lauzán Orlando

Tecnologías Gerenciales. Una oportunidad para los Sistemas de salud. La Habana:

Editorial Ciencias Médicas; 2005

XIV 23p. Figs.

Incluye índice general. Incluye 8 capítulos con sus bibliografías al final. ISBN 959-212-179-6

1. INFORMÁTICA MÉDICA 2. PROCESAMIENTO AUTOMATIZADO DE DATOS 3. SISTEMAS DE SALUD 4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.

W26.6

Edición: Dr. Cs. Orlando Carnota Lauzán Diseño de cubierta: Lic. Lázaro Abreu Padrón Composición, diseño interior y maquetación: María Pacheco Gola

- © Orlando Carnota Lauzán, 2005
- © Sobre la presente edición: Editorial Ciencias Médicas, 2005

Editorial Ciencias Médicas Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas Calle I No. 202, esquina Línea, Vedado, Ciudad de La Habana, 10400, Cuba Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu

Teléfonos: 55 3375, 832 5338

ÍNDICE

Prólogo / XI
Introducción / XV
Capítulo I. El empoderamiento (empowerment) / 1
Marco general de acción / 1
Una aproximación al concepto / 2
Algo del árbol genealógico / 2
Precisando detalles / 2
Empoderamiento y sistemas de salud/4
Bases y métodos del empoderamiento. Limitaciones / 5
Seis ideas básicas / 6
Pero, a veces no resulta / 8
Las tres dimensiones del empoderamiento en la gerencia en salud/9
Empoderamiento del personal / 10
Empoderamiento de pacientes / 11
Empoderamiento comunitario / 15
Resumen / 18
Bibliografía / 19
Capítulo II. La informática médica (medical informatics) / 21
Marco general de acción / 21
Condición privilegiada de los sistemas de salud / 22
La informática médica y la práctica profesional / 23
Medicina basada en la evidencia (evidence based medicine) / 24
Razones que la justifican / 24
El proceso lógico de la medicina basada en la evidencia / 25
Informática aplicada a la gerencia en salud/31
La informática en red y sus aportes al campo de la salud / 32
Integración interna e integración extendida / 37
Las historias clínicas automatizadas como centro de los sistemas integrados
en salud. Aportes y efectos / 39
Pero la informática ni hace milagros, ni está exenta de problemas /44
Resumen / 46
Bibliografía/47
Capítulo III. Gestión del conocimiento / 51
Marco general de acción / 51
Conocimiento o información. ¿Cuál es la diferencia? / 52

```
Una aproximación al concepto / 53
  Gestión del conocimiento y sistemas de salud / 55
  Fuentes de conocimiento en el campo de la salud / 56
  El conocimiento y las "organizaciones inteligentes" / 61
    ¿Existen las organizaciones inteligentes?/61
    ¿Qué pudiera hacerse para "industrializar el conocimiento"?/61
  La gestión del conocimiento en Cuba / 65
  Condiciones para la gestión del conocimiento / 67
    Gestión de información / 67
    Pensamiento sistémico / 68
    Visión compartida / 69
    Liderazgo participativo / 70
    Gestión de recursos humanos / 71
    Participación e intersectorialidad / 71
  Resumen / 73
  Bibliografía/73
Capítulo IV. La referenciación competitiva (benchmarking) / 76
  Marco general de acción / 76
  Esquema general de la referenciación competitiva / 77
    Su empleo en el campo de la salud / 78
   Sistemas de salud y referenciación competitiva / 80
    ¿Qué se entiende por las mejores prácticas? / 80
    Condición privilegiada de los sistemas de salud / 81
    Beneficios esperados / 82
    Salud pública y referenciación competitiva. Una oportunidad / 83
  Referenciación competitiva y otras tecnologías gerenciales / 84
    Informática y referenciación competitiva. Un ejemplo / 84
    Otras tecnologías involucradas / 85
  Formas que adopta la referenciación competitiva / 86
    Enfoques para su aplicación y proceso lógico a seguir / 88
  Ética y referenciación competitiva / 90
   ¿Sólo para ricos o desarrollados? / 92
    Algunas recomendaciones finales / 93
  Resumen / 94
    Listado internacional de sitios web sobre referenciación competitiva,
    indicadores de desempeño y mejores prácticas / 94
  Bibliografía / 101
```

```
Cápítulo V. La tercerización (outsourcing) / 103
  Marco general de acción / 103
    Lo viejo renovado / 105
    Una aproximación al concepto / 106
  Tercerización y sistemas de salud / 108
    El contexto y la oportunidad / 108
    La tercerización en el continente americano / 109
    Beneficios esperados / 111
    Fuentes potenciales de tercerización en el sector salud / 112
   La decision de tercerizar / 113
    El aspecto económico / 113
    El aspecto estratégico / 114
    El aspecto social / 115
  El que vende tercerización. La contraparte / 116
    El que vende servicios ociosos o sobrantes / 116
    El que se dedica profesionalmente a vender el servicio / 117
   El lado oscuro de la tercerización / 118
    Problemas con el personal / 119
    Perjuicios al público / 120
    Riesgos con el proveedor / 120
   Resumen / 121
  Bibliografía/121
Capítulo VI. Evaluación de tecnologías de la salud / 123
  Marco general de acción / 123
    Las tecnologías de salud. Su alcance / 124
  La evaluación de tecnologías de salud. Conceptos básicos / 126
    Caracterización y objetivos / 126
    Razones que justifican el interés sobre las evaluaciones de tecnologías de la
    salud / 128
  El proceso de la evaluación de tecnologías de la salud / 129
    ¿Qué se busca con la evaluación? / 129
    El ciclo de vida de las tecnologías / 132
    El diseño del estudio / 133
  La evaluación de programas de salud. Un caso particular / 136
    Puntos de contacto / 136
    El ciclo de vida de los programas de salud / 137
```

El proceso de evaluación de los programas / 137 Colaboración internacional / 139 Resumen / 140 Bibliografía / 141 Capítulo VII. Evaluación económica en salud / 144 Marco general de acción / 144 Las evaluaciones económicas en salud. Conceptos básicos / 145 Caracterización y objetivos / 145 Técnicas analíticas empleadas en las evaluaciones económicas. Componentes y tipos / 148 Los costos / 150 Los resultados / 155 Técnicas de análisis de la evaluación económica / 159 Los problemas de calidad en las evaluaciones económicas en salud / 162 El proceso de las evaluaciones económicas en salud / 163 Resumen / 167 Bibliografía / 168 Capítulo VIII. Garantía de calidad en salud / 171 Marco general de acción / 171 La salud como un caso particular de calidad / 175 El alcance del concepto de calidad en salud / 176 Las dimensiones y los enfoques de la calidad en la salud / 178 Las dimensiones de la calidad en salud / 178 El enfoque hacia áreas de problemas / 180 El enfoque orientado al proceso del control / 181 La evaluación de la calidad en salud. Técnicas, enfoques, limitaciones / 182 ¿Se puede evaluar la calidad en salud? / 182 Estrategias de evaluación para garantía de calidad en salud / 183 Empleo de bases o estándares para guiar la evaluación / 184 Acreditación / 191 Auditoría medica / 193 Estudios e investigaciones / 201 Sistemas de información / 201 La mejora continua de la calidad en salud. Técnicas, enfoques, limitaciones / 203 ¿Por qué hablar de una mejora continua? / 203 Estrategias para la mejora continua de la calidad en salud / 204

Empoderamiento de pacientes, familiares y la comunidad / 204

Referenciación competitiva (benchmarking) en salud / 205

Gestión del conocimiento en salud / 205

Sistemas integrados en red / 206

Alianzas estratégicas / 207

Motivación e incentivos / 207

Apoyo a la toma de decisiones / 208

Programa de mejora continua de la calidad / 209

Resumen / 209

Bibliografía/210

PRÓLOGO

La teoría económica clásica considera que existen tres factores de producción que son: La tierra, el trabajo y el capital, sin embargo, con el desarrollo de la era del conocimiento a fines del siglo pasado, y con el vertiginoso avance de la tecnología, algunos pensadores incorporaron otros factores de producción, como la capacidad empresarial y la tecnología, elementos indispensables para que las empresas, las organizaciones y los proyectos sean eficientes, eficaces, tengan impacto, con equidad, respetando la ecología.

Cada año, en la mayoría de nuestras naciones, el gasto en salud tiene una tendencia creciente, sin que se aprecie una mejoría en la calidad de los servicios prestados y mucho menos la satisfacción de los usuarios. Si a esto le sumamos que los países pobres gastan en salud cantidades que van del 3.5 % hasta el 9 % del PIB (producto interno bruto), y en algunos casos, cerca del 85 % al 90 % del presupuesto se utiliza en gasto de funcionamiento, especialmente en la contratación de recursos humanos (planilla), en situaciones de crisis o de impacto político, entonces queda muy poco para inversiones, con lo que de seguir así, la financiación de los servicios de salud continuará siendo insuficiente.

La brecha existente entre los profesionales de la salud y los de las ciencias económicas, la administración, la auditoria, la contabilidad y las leyes, entre otros, se ha ido acrecentando, lo que produce una gran asimetría de información en el campo administrativo de la salud, al punto que se comenta que cuando por alguna circunstancia se designa a un excelente médico en un puesto gerencial, se pierde un buen médico y se gana un mal administrador, ya que éste carece de los elementos básicos para entender el laberinto que representa la gestión, tanto pública como privada. Por otro lado, si tenemos un experto en administración que no conoce los detalles particulares en el campo de la salud, tampoco se alcanzan las metas trazadas y en ocasiones, llega a ser tan grave, que se cae en la administración conocida como bomberil, que se centra en resolver problemas coyunturales, sin lograr establecer un plan estratégico que apunte hacia algún sitio.

El Dr. Orlando Carnota con su obra, no solo contribuye a disminuir la brecha de conocimientos entre los trabajadores de la salud, especialmente médicos, odontólogos, tecnólogos médicos, enfermeras, nutricionistas y demás perso-

nal preparado y dedicado especialmente para la atención directa de los pacientes, con aquellos que por formación están calificados para gestionar, pero que a su vez conocen poco de la salud incluyendo las particularidades de un sistema sui géneris, sino que con éste magnífico aporte al conocimiento gerencial de los servicios de salud, se genera confianza al permitir a los gestores adentrarse en un mundo que debe responder a las necesidades de los usuarios, y que comprende que la calidad no es una moda, sino una obligación moral de los que les servimos a los pacientes.

La forma clara y sencilla con que el Dr. Carnota comparte sus experiencias y conocimientos, permite incorporar a la gestión pública elementos que antes se consideraban sólo de utilidad en la empresa privada, con lo que en un futuro cercano se generará una corriente que eleve el nivel de los gestores en salud del sector publico, de manera que al final del camino se respeten los méritos profesionales y académicos, depositando la confianza en profesionales especializados, en gerentes de los servicios de salud, y así maximizar el valor de las inversiones sociales de nuestros países.

Este magnifico libro sirve tanto a estudiantes, administradores, economistas, y otros, como también a profesionales de ciencias médicas y de la salud, que buscan consultar algún tema en particular; pero sobre todo resulta de gran utilidad para aquellos inmersos en el quehacer cotidiano de gestionar los escasos recursos disponibles en nuestros países, frente a necesidades crecientes de una población que demanda cada vez más y mejores servicios.

Al hecho irrefutable que no es posible tener desarrollo sin salud y que no se puede esperar incrementar la productividad de un pueblo enfermo, los Estados tienen que repensar la forma en que se han venido administrando los recursos públicos, que en la mayoría de los países de Latinoamérica están centrados en la enfermedad y no en la salud, ya que gran parte de los recursos van dirigidos a curar y muy poco a promover estilos de vida saludables y a prevenir enfermedades. Es por eso que algunos pensadores consideran que la crisis que vive el sector no podemos atribuirla exclusivamente a la escasez de recursos financieros, sino que es necesario que éstos se gestionen mejor y para ellos los gerentes deberán capacitarse con técnicas y nuevas herramientas que les permitan cumplir con su misión.

La ciudadanía reclama excelencia y calidad de la prestación de los servicios que recibe, exige que sus impuestos y las contribuciones a la Seguridad Social,

produzcan resultados en sus intervenciones. Muy pronto veremos a los gestores "rindiendo cuenta", ya no es suficiente que las acciones administrativas tengan fundamento legal y cumplan con la ley de presupuesto, sino que se requerirá aprobar las auditorias del desempeño para determinar si la acción fue eficiente, si se utilizó la mejor técnica y si era lo deseable por la sociedad. Nos abocamos a una nueva era de "rendición de cuentas y participación ciudadana" y los gerentes tendrán que estar debidamente capacitados, por lo que en mi opinion este libro le permitirá al lector, y al estudioso conocer y analizar: ¿por qué del empoderamiento? ¿Cómo y cuando tercerizar" ¿Qué es la referenciación competitiva? ¿Cómo se hace la evaluación económica y cómo aplicamos sus resultados? Y muchos otros temas de interés, que definitivamente serán el inicio de un largo caminar a través de la gestión de los servicios de salud.

Con la revisión de la aplicación de la informática médica, los sistemas de información gerencial, las redes, las historias clínicas digitales y la gestión del conocimiento, Carnota nos adentra en un mundo fascinante que nos permite transitar de cómo recibir la información, cómo se procesa la misma, para finalmente convertirla en conocimiento y que éste sea de utilidad, es así como a lo largo de este aporte intelectual, podremos valorar la necesidad de incluir el conocimiento y la tecnología como nuevos factores de producción de acuerdo con la teoría económica moderna. Estos y muchos otros aspectos colocarán esta obra entre las consultas obligadas de todos los que tenemos la responsabilidad de administrar los recursos en salud.

Dr. Enrique Lau Cortes Economista de la Salud Universidad de Panamá

INTRODUCCIÓN

El libro tiene el propósito principal de acercar a dirigentes, especialistas, planificadores y profesionales de la salud en general, a un grupo de técnicas y procedimientos, que aunque surgidos originalmente en la industria y el comercio, han demostrado su validez en el campo de la salud, tanto en los aspectos clínicos como en los de calidad, eficiencia y reducción de costos. El conocimiento de muchas de ellas, para el campo de la salud, no está suficientemente generalizado, sobre todo en los países del llamado tercer mundo.

Hemos agrupado estas técnicas y procedimientos bajo la denominación de tecnologías gerenciales, para distinguirlas de las habilidades gerenciales, pues consideramos que se trata de cuestiones diferentes.

El autor estima que las habilidades gerenciales se refieren más bien a aquellos enfoques y métodos de dirección que se corresponden con la organización personal del trabajo del dirigente y con los estilos asociados a alcanzar el liderazgo. Esto quiere decir que la persona que dirige debe estar en condiciones de conocerlas y dominarlas a profundidad, pues constituyen su herramienta principal de trabajo. Son ejemplo de lo anterior, las técnicas de organización del tiempo y el enfoque participativo.

Según esta misma consideración, las tecnologías gerenciales se refieren más bien a técnicas y procedimientos que corresponden al campo de determinados especialistas y que el directivo no tiene que dominar a profundidad, pero que sí debe tener un conocimiento básico de ellas, sobre todo en cuanto a requerimientos, aplicación y limitaciones, de manera que sepa demandarlas cuando se requiera, pueda entenderse con los especialistas cuando sea necesario y sepa qué tiene que preguntar y qué exigir en su carácter de jefe. Son ejemplos de lo anterior, la evaluación económica en salud y la garantía de calidad en salud.

A lo anterior puede añadirse que, en el caso de los sistemas de salud, aunque estas tecnologías vienen introduciéndose de forma relativamente acelerada, todavía muchos dirigentes se sienten con dificultades cuando le hablan de alguna, y a veces se conforman con versiones "blandas" que son una especie de caricatura, pues tienen los rasgos de la tecnología, pero ni es ella realmente, ni tampoco han producido cambios reales en la gerencia y en los resultados de la organización.

Aquí no aparecen todas las tecnologías gerenciales que se relacionan con la salud. Hemos hecho una selección considerando aquellas cuyo impacto está más en sintonía con las características, objetivos y campo de acción de los sistemas de salud, y sobre las cuales se han acumulado internacionalmente suficientes experiencias y resultados como para convertirse en un campo de interés, no

sólo para investigadores, sino sobre todo para los que asesoran, toman decisiones y ejecutan acciones en este sector. Este ha sido nuestro primer propósito.

Un segundo propósito consiste en desmitificar el mundo de las tecnologías gerenciales y darles un enfoque más "terrenal", para evitar en definitiva, que se sigan considerando como algo maravilloso, ajeno a determinados requisitos, condiciones y limitaciones que al desconocerse, convierten la promesa en un fracaso. Muchas de estas tecnologías no requieren inversiones cuantiosas, sino simplemente el empleo de la voluntad y el talento de las personas y esta es una idea que quisiéramos destacar.

Se ha tratado por tanto, de esclarecer que todas están de una manera u otra relacionadas entre sí, que ninguna representa aisladamente una solución única y generalizable a todos los casos y todas las situaciones, y que en forma alguna se puede considerar que bastan por sí solas o por su simple aplicación para que la organización obtenga ventajas competitivas.

Un tercer propósito es pasar de lo general a lo particular. Sucede que muchas personas vinculadas al sector de salud, estudian estas tecnologías en materiales escritos para el gran público, o sea, manteniéndose en un rango teórico que sirva para cualquier lector. Otros materiales, la mayoría, se refieren a sectores que tienen poco que ver con la salud, por lo que sus experiencias y conclusiones no solo dicen poco, sino que incluso pueden inducir a error.

En consecuencia con lo anterior, la redacción está concebida en un lenguaje lo más accesible posible para el personal al cual va destinado, evitando al máximo el empleo de terminología técnica o de descripción detallada de procesos que pertenecen más bien al campo de los expertos o especialistas. Todos los términos en idioma extranjero se han expresado en español, empleando el vocablo mejor de los disponibles, aunque manteniendo la referencia original para aclarar su origen.

Todas las tecnologías explicadas muestran cuáles características y particularidades de los sistemas de salud las hacen candidatas ideales para su aplicación en ese contexto, informa acerca de las experiencias de su empleo incluyendo ejemplos, casos y referencias a Internet para su ampliación si así lo deseara el lector, y se realiza una evaluación crítica de sus condiciones de aplicación, los riesgos, los posibles errores y sus limitaciones.

Todo capítulo cierra con un resumen y un bibliografía amplia y reciente, tanto en soporte convencional como en páginas de Internet.

Finalmente, no es necesario leer el libro en el mismo orden en que aparecen los capítulos, sino de acuerdo con el interés de cada lector en particular. Si un capítulo emplea a su vez la tecnología explicada en otro, se ha optado por incluir en aquel, una breve descripción de esa tecnología y se ha añadido una referencia cruzada para el caso en que el lector desea profundizar algo más.

Agradecemos por anticipado cualquier observación crítica, sugerencia o aporte que los que se decidan a leerlo tenga a bien hacernos.

CAPÍTULO I EL EMPODERAMIENTO (EMPOWERMENT)

MARCO GENERAL DE ACCIÓN

La vocación por buscarle equivalente en idioma español a vocablos técnicos que proceden de otros idiomas, entra en una situación crítica cuando se trata de la palabra *empowerment*. Varios problemas conspiran contra ello.

La acepción que otorgan los diccionarios del propio idioma inglés a este término se queda muy corta con respecto al alcance que tiene en la actualidad, lo que ha provocado que muchos especialistas hayan creado sus propias definiciones en dicho idioma.

La manera en que se interpreta el término en los diferentes países no es igual. *Empowerment* en países como Estados Unidos, Canadá o Inglaterra tiene que ver fundamentalmente con los trabajadores de una organización¹ (y con los pacientes en el caso de la salud²), pero en muchos países de Latinoamérica, se le vincula con la capacidad de lucha y liberación de las comunidades, y sobre todo de las mujeres de dichas comunidades por resolver sus problemas, especialmente la salud. Para algunos, este es el concepto original de *empowerment*.³

Los intentos que se han hecho de buscar equivalentes aproximados en idioma español no siguen una dirección convergente (empoderamiento, delegación, potenciación, facultación, etc.). Ante la disyuntiva de no gustarles ninguno, muchos autores han decidido quedarse con el original, lo cual no es buena idea.

La propia tecnología es en cierto modo algo difusa. Sus fronteras no están tan bien definidas como en otras disciplinas y muchas veces no se está seguro de si su esencia es trabajo en equipos autodirigidos, delegación de autoridad o gestión de recursos humanos.

Lo cierto es que cuando alguien inventa o adapta un término ya existente para describir una nueva disciplina o un nuevo producto, está tratando de llenar un vacío. Al hablarse de esa misma disciplina en otro idioma, debiera evitarse reproducir el término original, por lo que sería mejor hacer también una adaptación, pero de uno propio. Por tanto, en este capítulo utilizaremos empoderamiento en vez de *empowerment* hasta que alguien más calificado encuentre una versión de mejor calidad en el idioma español. O sea, deseamos aclarar que no estamos proponiendo que sea ésta, sólo estamos evitando quedarnos con el nombre en inglés.

UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO

Siguiendo la política de evitar definiciones académicas, sino más bien tratar de familiarizar a los gerentes con los aspectos fundamentales de estas tecnologías, vamos a presentar algunas ideas básicas que pueden ayudar a comprender el concepto.

ALGO DEL ÁRBOL GENEALÓGICO

El empoderamiento tiene su antecedente notable en una habilidad gerencial, que a pesar de los años no ha perdido importancia: la delegación de autoridad. Es un parentesco que muchos especialistas tratan de ignorar para que el empoderamiento aparezca más novedoso y atractivo para los gerentes, pero está ahí y no puede desconocerse. Los que duden esto, lo invitamos a que consulten algún texto de los años 70 o anteriores, donde se trate la delegación de autoridad a fondo, y compárelo con lo que se dice del empoderamiento.

Su otro antecedente, esta vez más reciente, es el enfoque participativo, sobre todo en cuanto al trabajo con equipos autodirigidos. La filosofía del empoderamiento, en cuanto al trabajo en equipos, toma en cuenta prácticamente todo lo que de bueno tiene ese enfoque.

El otro aporte importante viene dado por la gestión del conocimiento, una tecnología gerencial que pone en el primer plano la utilización inteligente de la información por las organizaciones y por los individuos que la componen.

Los tres puntos que mencionamos anteriormente tienen algo en común: el trabajo con las personas. Esa es la dirección que sigue el empoderamiento, o sea, dotar al personal de autoridad y conocimientos, y en función de ello, otorgarles poder de decisión sobre la actividad que realizan. Hasta aquí una primera idea, pero hay varias cosas más.

PRECISANDO DETALLES

Varias de las más famosas tecnologías gerenciales (calidad total, reingeniería de procesos, desarrollo organizacional, etc.) han experimentado un rotundo fracaso cuando las habilidades, experiencias, sentimientos y actitudes del personal de la organización objeto, no han estado a la altura de lo que demanda el cambio proyectado. Lamentablemente han ignorado el lado humano del cambio y eso cuesta.

De hecho, el empoderamiento surge a finales de los años 80 como una forma de resolver tales carencias,⁴ sobre todo en la aplicación de tecnologías gerenciales

que implican cambios notables e integrales. Por otra parte, se puede asegurar que en el terreno gerencial, ninguna tecnología triunfa cuando va acompañada de la indiferencia o la oposición de los actores principales. La literatura está llena de ejemplos.

Cuando las personas de la organización tienen algunas de estas características:

- Son indiferentes al destino de esta. La visión, misión y objetivos son consignas que incluso pueden repetir de memoria, pero no saben qué significan.
- No experimentan entusiasmo por lo que realizan. Sienten el trabajo como un mal necesario que sólo sirve para percibir un salario.
- Diseñan su actividad diaria de manera de hacer lo menos posible y dejar para mañana todo lo más que puedan dejar.
- Sienten que el trabajo en equipo es una forma muy interesante de perder el tiempo, pues bastante hacen con ocuparse de lo propio.
- Están cansados de las "nuevas ideas" y del "futuro luminoso" y prefieren seguir como están.
- Se ajustan estrictamente a los que le toca y su frase predilecta es "eso no es mío".
 Su libro de cabecera es el manual de normas y procedimientos de la organización.
- Pasan cualquier curso que se les ofrezca, siempre que sea en horas de trabajo, le mantengan el salario y no le vayan a exigir que además aprenda lo que le enseñaron y mucho menos que lo pongan en práctica.
- No conocen realmente si están haciendo bien su trabajo o no, y por otra parte no les interesa saberlo.

En situaciones de este tipo, se puede decir que muchos factores claves de la gerencia moderna están faltando. Podemos mencionar algunos a manera de ejemplo: aptitud, actitud, compromiso, conocimientos, habilidad, autoridad, comunicación, etc. El empoderamiento trata de resolver estas carencias, integrándolas en un solo programa de acción.

Claro, habría que decir que muchas de las cosas que se describen arriba, no son generalmente tan evidentes. Es más, el que viene de afuera las nota más fácilmente que el que está dentro. Les cuento una anécdota:

Nunca sin ellos

Recientemente un alto jefe de una organización me pidió le hiciera un trabajo con técnicas de creatividad, para que sus técnicos y especialistas aportaran lo más y mejor posible, para mejorar la organización del trabajo y para elevar las ventas.

Traté de convencerlo de que un trabajo así era muy riesgoso, pues creaba expectativas en el personal que a lo mejor no podía resolver, pero insistió en que él haría "todo lo que pidieran".

Lo más que conseguí fue que aceptará hiciéramos un trabajo de prediagnóstico en varias unidades del país. Se utilizó el sistema de entrevistas abiertas, casi en el tono de confesiones. Los resultados fueron desalentadores. Las personas estaban cansadas de hacer sugerencias que se perdían en el espacio, los más osados ya no quería correr el peligro de hablar por el riesgo de ser declarados "conflictivos". Otro grupo importante quería cursos, muchos cursos aunque fueran de música barroca. Un número importante no sabía nada de las estrategias para los próximos años, los objetivos, la misión y la visión de la organización pues eso era trabajo "de arriba". Casi nadie tenía interés en participar en sesiones de trabajo en equipo pues iban a perder su tiempo y cosas por el estilo. Sin romper ese nudo, nada podía hacerse.

¿Qué persigue entonces el empoderamiento?

El empoderamiento intenta hacer un cambio en situaciones como las explicadas anteriormente, de manera que:

- 1. La gente tenga la autoridad suficiente para desarrollar a plenitud su trabajo.
- 2. Posea acceso amplio a la información que requiera.
- 3. Esté habilitado para analizar y solucionar problemas y pueda efectivamente tomar las decisiones al respecto.
- 4. Esté preparado para trabajar en equipo y haya desarrollado las actitudes y aptitudes para hacerlo bien.
- 5. Se sienta comprometido con la organización y con su trabajo para lo cual debe haber participado en la creación de su estrategia.
- 6. Reciba una compensación en función de su desempeño y sienta confianza en sus líderes.

Como se podrá apreciar, esto implica una nueva cultura más cerca de la gerencia por valores que del propio empoderamiento, pero vale la pena intentarlo.

EMPODERAMIENTO Y SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud son organizaciones extraordinariamente favorables a cualquier proceso de empoderamiento, siempre que por supuesto se haga bien hecho. A continuación algunas de las razones que justifican esta afirmación:

- 1. Más del 90 % de las personas que trabajan en las instalaciones de salud interactúan directamente con los clientes, lo cual otorga a esta actividad una significación notable en cuanto a la participación humana, al punto que dichas instalaciones se catalogan como servicios altamente intensivos en personalidad.
- 2. Existen otras actividades de servicio altamente intensivas en personalidad, como son la hotelería o la restauración, pero la salud es la única donde el cliente es un enfermo o una persona sana, preocupado por su salud y por tanto la atención que hay que dispensarle tiene que ser mucho más personalizada, convincente, inteligente, y creadora que en cualquier otro tipo de servicio.
- 3. Un porcentaje alto de los trabajadores de la salud, posee una calificación profesional y por tanto cuenta con un alto potencial para generar ideas e innovaciones, trabajar en equipo autodirigidos y asimilar técnicas complejas como las de análisis y solución de problemas. Esta cualidad representa además una limitante para dirigirlos mediante métodos de ordeno y mando.
- 4. Las acciones encaminadas a resolver los problemas de salud incluyen además de a sus trabajadores, al paciente, a sus familiares, a la comunidad y a los funcionarios y trabajadores de todos aquellos sectores que tienen un papel específico en diferentes determinantes y condicionantes de la salud. Esto significa que el rango de personas sobre las cuales hay que influir sea muy amplio, variado y multisectorial.
- 5. Los sistemas de salud están formados por actividades muy diversas en cuanto a tipos de servicios que ofrecen, tecnologías que utilizan, especialidades de sus ejecutores, procesos y microprocesos que se ejecutan simultáneamente, y que incluso se contradicen, actividades que se repiten o que dejan de hacerse, riesgos para el que presta el servicio y para el que lo recibe, y muchas más.

Todo esto hace muy compleja la posibilidad de que la alta dirección llegue a conocer, analice y resuelva con eficiencia el enorme surtido de fallas, problemas, e insuficiencias que se producen y que encarecen el servicio, y perjudican su calidad. Necesariamente hay que incorporar a todos al proceso de gestión.

BASES Y MÉTODOS DEL EMPODERAMIENTO. LIMITACIONES

No vamos siguiera a hacer un intento de una metodología del empoderamiento. En el mercado, hay muchas más de las que cualquiera puede asimilar, por lo tanto, ¿para qué otra? Lo que estamos buscando es simplemente garantizar un conoci-

miento básico a los gerentes en salud, sobre el tema y facilitar la comunicación de estos, con aquellos que se especializan en tecnologías gerenciales como las que aquí se explican.

SEIS IDEAS BÁSICAS

Siguiendo esta línea de pensamiento, haremos una caracterización de las principales habilidades, técnicas y métodos que contribuyen a crear el espacio o las condiciones necesarias para que se produzca el empoderamiento,⁵ lo cual se completará al tratar las dimensiones o aspectos del empoderamiento en la gerencia en salud. Nótese que todas están relacionadas con las personas y con el otorgamiento de poder y ambos están vinculadas al sistema de valores.

Liderazgo participativo

El problema ahora es ser capaz de conducir a los demás, dándoles poder en vez de quitárselos. El líder contemporáneo tiene la habilidad de crear a su vez un sistema de liderazgo abierto, compartido y descentralizado, cuya base principal son los equipos autodirigidos.

Para ello comunica, vende ideas, crea compromiso, confía en las personas, logra que confíen en él y les permite que se realicen, al mismo tiempo que contribuyen al alcance de las metas de la organización. "Los nuevos líderes crearán una arquitectura social y un sistema de apoyo que permitirá a muchas otras personas tener éxito y convertirse en líderes". 6

Compromiso

Hacer que las personas se sientan dueños de su trabajo, identificados con la misión y visión de la organización, y dispuestos a poner todo su talento y capacidad para el logro de los objetivos estratégicos y operacionales de esta. El compromiso genera lealtad, perseverancia y sentido de pertenencia.

El compromiso es algo más que la formal aquiescencia por parte de los trabajadores acerca de lo que los jefes han dicho, orientado o indicado. El que acepten no implica que estén comprometidos, es sólo una forma de obedecer.

Lograr el compromiso es difícil, pues está precedido de que las personas comprendan, crean, asimilen e incorporen a sus propios valores los de la organización. Todo esto comienza porque se reconozca que son capaces de generar ideas e iniciativas, de analizar problemas y de proponer soluciones. A partir de ahí, se facilita la incorporación y se produce el compromiso.

Gestión del conocimiento⁷

Es mucho más que la clásica capacitación y los cursos por los cursos. Es dar acceso a la información, preparar a las personas para el cambio, habilitarlos para el ejercicio del poder y la toma de decisiones, crear una cultura de calidad y de orientación al cliente, entrenar en habilidades interpersonales y crear una adicción a la innovación, el cambio y el desarrollo. Es además un ambiente donde se tiene la capacidad de atraer el talento y sobre todo de conservarlo, comprometerlo y obtener el máximo de sus posibilidades.

Lo cierto es que la cultura organizacional y por tanto el conocimiento implícito en él "surge de una dinámica compleja y altamente no lineal; que es creada por una red social que involucra a múltiples bucles de retroalimentación, a través de los cuales valores, creencias y normas de conducta se comunican, modifican y sostienen constantemente [...] La red social produce también un cuerpo de conocimientos compartido -que comprende información, ideas y habilidades- que, junto con sus valores y sus creencias, conforma el modo específico de vivir de esa cultura". Los mecanismos para lograr ese "cuerpo de conocimientos compartido" requieren y favorecen el empoderamiento de las personas, y los grupos que forman la organización.

Trabajo en equipo

Esto implica la posibilidad de diagnosticar, analizar y solucionar problemas en el punto más cercano a donde estos se producen, y precisamente por las personas con mayor probabilidad de conocerlos mejor y decidir más acertadamente.

No es la simple cuestión de reunirse para ver problemas o para oír los criterios de la dirección, acerca de cuáles son estos y cómo deberán ser resueltos. Tampoco es un simple intercambio de ideas. La esencia está en lograr que a partir de la interacción lo más abierta y genuina posible de los criterios de todos los que participan, se genere aquello nuevo que de ninguna forma puede lograrse por los individuos por separado o por la simple suma de sus pensamientos.

El trabajo en equipo potencia el talento individual y crea una especie de inteligencia colectiva que tiene un gran poder de análisis y resolución. Para lograrlo, se requieren, al menos, tres condiciones: que las personas estén preparadas para trabajar de esa forma, que quieran hacerlo y que tengan la autoridad para poner en práctica lo que decidan. Cualquier otra cosa no tiene nada que ver con el trabajo en equipo.

Comunicación

La comunicación representa el modo principal mediante el cual los individuos y los grupos interactúan en la organización. En su concepción clásica, el flujo principal de comunicación iba de arriba abajo y era la expresión de cómo los jefes hacían conocer sus ideas, decisiones, preocupaciones u órdenes. En la dirección opuesta regresaban las respuestas y todo esto, siempre, siguiendo determinados canales preestablecidos. La relación jefe-subordinado se entendía como de sujeto de dirección y objeto de dirección.

Las cosas han cambiado bastante, o al menos se piensa que debieran cambiar. En la gerencia contemporánea no se habla de relación sujeto-objeto sino de sujeto-sujeto, con lo que se desea enfatizar la interacción comunicativa que surge como resultado de los enfoques participativos en los procesos gerenciales. El ordeno y mando no resistió el desgaste del tiempo.

Si tomamos en cuenta que las buenas ideas pueden surgir en cualquier lugar y nivel de la organización, y que esta no puede vivir sin aquellas, los mecanismos de comunicación tienen que ser entonces más directos, rápidos e interactivos. Las nuevas tecnologías de la información sirven de soporte a estos cambios, pero pueden ser insuficientes si no pasan primero por la cabeza de las personas.

Compensación del desempeño

Si las personas no sienten que la calidad de su trabajo y la contribución que hacen a la organización y a sus metas, son reconocidas, valoradas y adecuadamente recompensadas, tanto en términos morales como materiales, es fácil comprender que generen un sentimiento de frustración, que puede desembocar en cambios de actitud o en deseos de buscar nuevos horizontes en otras organizaciones.

La compensación del desempeño es algo más que pagar un salario. Es crear mecanismos para reconocer y distinguir el diferente aporte de las personas, pues no todas trabajan igual, logran los mismos resultados, hacen la misma contribución, ni se esfuerzan de la misma manera.

Se trata entonces, de lograr que lo que recibe a cambio esté en justa correspondencia con su aporte, eleve su autoestima, desarrolle su sentido de pertenencia, lo dignifique socialmente y le permita mejorar su calidad de vida.

PERO, A VECES NO RESULTA

Hay condiciones subjetivas, organizativas, de liderazgo o disciplinarias, cuya existencia hace prácticamente imposible poner en práctica el empoderamiento, por

mucho que se esfuercen sus organizadores por lograrlo. Lo principal es que esa tecnología gerencial entra en contradicción con tales condiciones y de no ser cambiadas, nada puede hacerse. Mencionaremos las que se consideran más importantes:

- Organizaciones con esquemas de gestión muy centralizados.
- Niveles muy bajos de cultura organizativa.
- Sistemas excesivamente estructurados y con vocación de estabilidad.
- Bajo nivel de confianza mutua entre dirigentes y trabajadores.
- Carencia de una cultura hacia la calidad y el cliente.
- Líderes no interesados en temas de este tipo.
- Interés en hacerlo, pero evitando que se introduzcan muchos cambios.
- Interés en hacerlo, pero sólo parcialmente.
- Hábitos de indisciplina fuertemente arraigados en el personal.

LAS TRES DIMENSIONES DEL EMPODERAMIENTO EN LA GERENCIA EN SALUD

"El hecho de que mundialmente sea aceptada la salud como un estado de bienestar y como fenómeno integral, determinado fundamentalmente por las condiciones en que viven las personas, familias y comunidades, y que esos factores socioeconómicos solamente pueden ser transformados por la sociedad, requiere del concurso de una clara definición de políticas públicas, la formulación de estrategias, planes y programas, y proyectos intersectoriales para abordar los problemas".⁹

Esta caracterización de la salud tiene la ventaja de ser sintética y al mismo tiempo muy completa. Contiene tres conceptos que es importante destacar, uno de ellos es el carácter integral del problema, o sea es multicausal; el otro que su transformación corresponde a la sociedad como un todo y no a una parte de ella; y tercero, que para ser consecuente con las dos primeros, es necesario abordarlo con enfoques intersectoriales, es decir, donde intervenga el propio sector de la salud, los otros sectores que pueden influir en una u otra dirección en sus resultados y por supuesto los miembros de la comunidad, enfermos o no.

Si trasladamos estos conceptos al campo del empoderamiento, nos encontramos que referir esta tecnología solamente al interior de las organizaciones de la salud, dejaría fuera las posibilidades de facultar, otorgar autoridad y en resumen, dar poder de acción y decisión a todas las demás personas que determinan en los resultados, y por tanto su aplicación no sería congruente con los rasgos esenciales de la salud como problema.

De acuerdo con lo anterior, el empoderamiento en los sistemas de salud debe dirigirse en tres direcciones:

- Los dirigentes, profesionales, técnicos y empleados en general, que trabajan dentro de las organizaciones prestatarias de servicios de salud, y que planean, organizan, ejecutan y controlan las diferentes facetas de los procesos de asistencia médica.
- Los que utilizan los servicios de salud, estén enfermos o no, y sus familiares como participantes activos del proceso de salud y por tanto factores determinantes en los resultados.
- 3. Los miembros de la comunidad, lo que incluye a la población en general y a los dirigentes y trabajadores de las organizaciones, que dentro de la comunidad pueden influir de alguna manera en los resultados de la salud.

Esta división, como generalmente sucede en las ciencias sociales, no es absoluta. Un médico puede ser también paciente y miembro de la comunidad, el jefe de los servicios hidráulicos del municipio pudiera ser también miembro de la comunidad y en ciertas circunstancias requerir de los servicios médicos.

Trataremos entonces el empoderamiento en los sistemas de salud considerando tres dimensiones:

- Empoderamiento del personal.
- Empoderamiento de pacientes.
- Empoderamiento comunitario.

EMPODERAMIENTO DEL PERSONAL

El empoderamiento del personal está orientado hacia dentro de la organización. Es el problema ya viejo de hacer que las personas hagan, pero esta vez dotándole de las posibilidades reales para ello.

Se trata de que los trabajadores y sobre todo los equipos, tengan la posibilidad de actuar por su cuenta, de influir, de decidir sobre las condiciones, formas y métodos del trabajo, en una búsqueda constante de alcanzar desempeños superiores orientados a la visión, misión, objetivos y valores de la organización. Esto implica resolver la mayor parte de las condiciones planteadas en el acápite denominado seis ideas básicas presentado anteriormente.

Es una nueva cultura, que implica ceder poder, por aquellos que no conciben vivir sin él y aceptar poder por parte de otros que a lo mejor son más felices sin él. Les cuento otra anécdota.

Hace pocos años integraba el equipo de trabajo que diseñaba la concepción estratégica del nuevo Ministerio de Turismo, y trabajábamos específicamente en todo lo relativo a un profundo proceso de descentralización, que en aquel momento se concebía como el más adecuado para una industria donde muchas decisiones hay que tomarlas, como dicen los informáticos, en tiempo real. Muchos considerábamos que para los directores de hoteles esto sería algo así como el sueño realizado.

No era para tanto. En mis conversaciones cotidianas con buena parte de dichos directores, encontré un número significativo de ellos que no se emocionaban con las nuevas noticias. "Chico, yo prefiero levantar el teléfono y subir el problema, pues de lo contrario me quedo con la brasa caliente en la mano". Les cuento que todos ellos eran magníficos directores, su único problema era que habían sido absorbidos por una cultura donde la "delegación inversa" era el pan nuestro de cada día.

O sea, para poder hacer empoderamiento de personal usted necesita al menos dos partes: una que esté dispuesta a que otros demuestren que pueden hacerlo incluso mejor, si se les da el poder, y otra que esté de acuerdo en que eso es un reconocimiento a su talento y está en disposición de demostrar que no se va a quemar con la brasa.

El empoderamiento de personal genera una nueva cultura, es de hecho otra cultura. Es una forma natural de achatar las estructuras organizativas, simplificar los procesos, hacer atractiva la organización para las personas que trabajan en ella, descubrir y solucionar más rápidamente los problemas, desarrollar nuevos líderes y llevar el poder hacia donde mejor pueda ser usado, todo lo cual beneficia a la organización, a los clientes y a la sociedad. Es una forma de probar que nadie tiene el monopolio de las ideas.

Todo lo anterior puede resultar solamente pura poesía gerencial, si se hace a medias, si se le intercalan miedos, preocupaciones y desconfianzas, y si no existe previamente una planeación estratégica hecha y comprendida entre todos y por todos, que es el marco que permite a cada cual, conocer la dirección hacia donde debe conducir sus movimientos.

EMPODERAMIENTO DE PACIENTES

Los servicios de salud tienen la particularidad de que sus usuarios forman parte activa en la realización de ese proceso. Realmente, sin la contribución del paciente, dicho proceso está incompleto y en muchas ocasiones no es posible su realización. Pensándolo bien, el concepto de "paciente" no refleja realmente esa interacción, tan deseada como necesaria.

La contribución del ciudadano a su salud

El empoderamiento de pacientes trae a primer plano el papel principal que estos pueden desempeñar para mejorar su calidad de vida, evitar complicaciones y reducir los costos individuales y sociales relacionados con su enfermedad. Es también una forma de dar poder, pero en este caso descansando en tres pilares fundamentales:

- 1. La preparación psicológica hacia una conciencia positiva del autocuidado.
- 2. El reconocimiento de sus derechos en términos de las decisiones sobre salud.
- 3. La información, la preparación física y el entrenamiento necesarios para que pueda ejercer ambas cosas.

El empoderamiento de pacientes cubre todo el expediente de personas con problemas potenciales o reales de salud y llega a su valor máximo en los casos de enfermedades curables de larga duración, patologías crónicas y problemas de discapacidad. Muchos especialistas consideran que esta preparación de las personas debe empezar desde la enseñanza primaria y que se necesita una "transformación de nuestras llamadas clases de salud en experiencias que promuevan de forma genuina el incremento del auto cuidado, el auto descubrimiento y las oportunidades para hacer un control superior de la propia vida".¹⁰

Por otra parte, este es un elemento que periódicamente debieran comprobar las autoridades sanitarias. En una encuesta¹¹ realizada en una región española orientada a conocer las distintas actuaciones de los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica ante dolor torácico de perfil isquémico, se reveló que sólo el 21.5 % haría la actuación correcta. Resulta aleccionador citar parte de las conclusiones: "Nuestros cardiópatas no reconocen con prontitud los síntomas de alarma; por tanto, no obtienen el máximo beneficio del tratamiento hospitalario. Ningún médico (primaria, especializada) les informó de la diferente actuación ante angina estable e inestable". Parece innecesario cualquier otro comentario.

Otro enfoque de esta dimensión del empoderamiento tiene que ver también con darles a los pacientes la posibilidad de intervenir más activamente en las decisiones sociales y comunitarias que determinan la salud. "El empoderamiento de los ciudadanos está creciendo. Las más importantes metas de la reforma en salud no están sólo encaminadas a mejorar la salud de la población, sino también a incrementar la participación de los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones y en la responsabilidad por su salud. No es sorprendente entonces que la cuestión de los derechos de los pacientes sea un tema en constante ascenso". 12

El empoderamiento de pacientes no es un trabajo limitado a la actividad del médico, su campo es mucho más amplio y tiene que ver con la promoción de salud, la mercadotecnia en salud, el trabajo comunitario, la actividad de los maestros, el papel de los medios y en los últimos años, la incorporación de Internet.

El empoderamiento de pacientes contribuye a que la persona:

- Asuma una responsabilidad mayor sobre su enfermedad y dependa menos de otros.
- Desarrolle una cultura hacia estilos de vida que le sean más favorables, respetando las restricciones que le han sido indicadas.
- Conozca a profundidad sus medicamentos, efectos secundarios, interacciones indeseables, rigurosidad o flexibilidad en su empleo y variantes de dosificación en ciertas condiciones.
- Aprenda a prevenir los problemas que puedan presentársele, a reconocerlos si ocurrieran y cómo obtener ayuda si le fuera necesario.
- Sepa cómo y por qué son sus dietas, aprenda y realice sistemáticamente las actividades físicas indicadas, y disponga de los conocimientos y habilidades básicas para medir su propio avance.
- Gane en autoconfianza y tenga la posibilidad de sentirse más pleno
- Entre en contacto con pacientes con situaciones similares, compartan ideas, se aconsejen respectivamente y hagan actividades sociales de conjunto (clubes de abuelos, grupos de diabéticos, etc.).

Sus efectos son notables en los casos de personas que padecen enfermedades de larga duración, curables o no, patologías crónicas, o simplemente han tenido la oportunidad de llegar a la tercera edad. Genera confianza y autonomía en los pacientes, influye positivamente en sus familiares, reduce la carga de médicos y enfermeras, y alivia los costos sociales de los sistemas de salud.

Formas y vías. Cambios en la relación médico paciente

El empoderamiento de pacientes adopta muchas formas y se puede llevar a cabo por diferentes vías. En Cuba, el papel del médico y la enfermera de familia es esencial en este aspecto, junto con la atención especializada en hospitales e institutos de investigación. Esto se complementa con un trabajo de promoción de salud mediante programas instructivos por la radio, la televisión y la prensa escrita.

Las asociaciones de personas con determinadas patologías o limitaciones, han asumido en muchos países el trabajo de empoderamiento, lo que fortalece el trabajo de promoción de salud, y son un factor motivador y de dignificación de sus miembros. La ACLIFIM, ANSO y ANCI, son algunos de los ejemplos en Cuba.

El trabajo en grupo con pacientes, bajo la dirección de médicos, enfermeras o trabajadores sociales es también otra forma de empoderamiento. No necesaria-

mente tienen que ser conferencias, posiblemente los enfoques más efectivos, son aquellos donde hay debates, participaciones e intercambios entre profesionales y pacientes, y entre estos últimos.

Sin embargo, no basta con entrenar a los pacientes, los médicos tienen también que ser preparados en esta dirección. Según la Dra. Marie Taylor del NHS (Servicio de Salud Pública de Gran Bretaña), todo el trabajo de empoderamiento de los pacientes falla "si todavía éstos se sienten tratados con tolerancia, si no se les escucha, si no se les toma en serio, si deben optar por acudir a organizaciones de defensa. Numerosos médicos estarán en desacuerdo con que ellos necesiten este tipo de entrenamiento, pero puedo comprobar diariamente que muchos lo requieren, pues tienen una gran habilidad para desempoderar pacientes. Deben recordar que el acceso a los servicios de salud es un derecho, no un privilegio". 13

Otra línea que ha cobrado mucha fuerza en los últimos años tiene que ver con el surgimiento de sitios especializados en Internet, que no solo brindan información sencilla y adecuada a los pacientes, sino también están abiertos a consultas en línea e incluso crean vías de intercambio y comunicación entre pacientes con problemas similares. ¹⁴ Por supuesto, no todo lo que brilla es oro en Internet, también hay informaciones falsas, exageradas o financiadas por las grandes trasnacionales de los medicamentos. Sobre esto último algunos gobiernos y colegios médicos vienen tomando medidas.

Pero Internet, junto con los trabajos de promoción de salud tiene otro efecto también muy poderoso, el cual es el cambio en las relaciones médico-paciente, pues como bien apunta la Dra. Nery Suárez "Un elemento interesante a considerar, es el hecho de que Internet puede actuar en esta relación tanto en un papel de aliado como de opositor, aumentando el protagonismo de los pacientes, usuarios de los servicios de salud, demandando medicamentos y tecnologías para que las que el profesional de la salud o el propio sistema pueden no tener respuesta o que realmente no constituya un elemento de importancia o hasta de efecto no comprobado aún". De hecho esta relación de nuevo tipo reduce la hegemonía absoluta del médico en relación con el paciente, lo cual es también un elemento del empoderamiento.

Finalmente, es bueno aclarar que el empoderamiento no hace milagros. En la vida real podemos apreciar como muchos pacientes lo asimilan positivamente con lo cual no sólo extienden sus años de vida, sino sobre todo lo logran con una calidad superior. Pero, también es cierto que hay otros que no tienen la disciplina, la voluntad o la actitud necesarias, y prefieren que el médico que los atiende haga lo imposible, o sea sustituir lo que sólo el propio paciente puede hacer y lograr. Hipertensos, diabéticos, o los que presentan secuelas de accidentes, son ejemplos de cuán imprescindible es su propia participación.

EMPODERAMIENTO COMUNITARIO

El papel de la comunidad en la salud es que algo que hace mucho tiempo está claramente definido y establecido, por lo que no vale la pena tratar de demostrar lo demostrado. De lo que se trata cuando se habla de empoderamiento, es de informar y entrenar a la comunidad y a sus líderes a adquirir poder y a utilizarlo. Posiblemente, de todas las formas de empoderamiento, el comunitario es donde el concepto de poder y de liderazgo están mejor definidos en su esencia, en el modo de proyectarse y en la práctica misma.

Empoderamiento comunitario en situaciones críticas

El empoderamiento comunitario surgió a finales de los años 70 como un movimiento vinculado a los numerosos grupos sociales desposeídos de América Latina, incluyendo las comunidades indígenas. ¹⁶ Se buscaba cambiar la esencia de las cosas. "La metodología del empoderamiento, en contraste con el enfoque orientado a la caridad, está dirigida a otorgar fuerza a la comunidad en vez de estimularla a permanecer dependiente de los recursos de afuera". ¹⁷

El cambio es claro. En comunidades de ese tipo se ha ido acumulando el pesimismo, la inercia, la resignación, el depender de la bondad externa, el perder las esperanzas como consecuencia de años de olvido, falta de desarrollo y promesas incumplidas. Las consecuencias negativas en salud son enormes.

El empoderamiento comunitario tiene por tanto una base de justicia social, y como tal el problema de la salud desempeña un papel protagónico en esa lucha. Su objetivo es lograr que las personas y las organizaciones que integran las comunidades cobren conciencia de la fuerza que tienen si actúan coordinados y de conjunto y utilicen ese poder para producir cambios que los favorezcan, incluyen por supuesto el hacer cosas ellos mismos. Es una manera de descubrir las propias fuerzas y ponerlas en acción.

Hay una gran experiencia acumulada en el empoderamiento comunitario, producto del trabajo de activistas sociales, universidades, agencias internacionales, fundaciones, etc. Se conocen numerosos resultados positivos e incluso hay bastante claridad sobre métodos y técnicas para hacerlo e incluso para evaluar como se viene haciendo.¹⁸

Empoderamiento comunitario. El caso de la mujer

El empoderamiento de la mujer aparece originalmente como parte del empoderamiento comunitario, pero cobra vida independiente por lo excepcionalmente crítica de su situación de inferioridad dentro de un medio ya crítico en sí. "Que una mujer muera en el embarazo o en el parto es una injusticia social. Tales muertes tienen su raíz en la falta de empoderamiento de las mujeres y en el acceso desigual al empleo, el dinero, la educación, los cuidados básicos de salud y otros recursos. Estos factores crean el escenario para una salud maternal pobre mucho antes de que ocurra el embarazo, y se empeora al llegar la mujer a su edad fértil y al salir embarazada". 19

Se trata del mismo problema, o sea cambiar la situación de dependencia, resignación y abandono a la de conocimiento, lucha, exigencia, participación, capacidad y poder de decisión. En esta dirección han trabajado movimientos feministas, universidades, organizaciones de médicos, grupos internacionales de apoyo, agencias de Naciones Unidas e incluso grupos de interagencias como el caso de la IAG.

En un estudio preparado de forma conjunta por la Sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá, la Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala, la Sociedad Haitiana de Ginecología y Obstetricia y la Asociación de Obstetras y Ginecólogos de Uganda y subvencionado por la Canadian International Development Agency (CIDA) se hace un análisis completo de esta situación y se convoca a los profesionales de la medicina, especialmente a los más vinculados con la salud reproductiva para integrar a su trabajo profesional el empoderamiento de las mujeres y los derechos reproductivos.²⁰

Otra investigación de mucho interés, aunque con otros objetivos, es el trabajo de tesis de la Dra. Gladis Eugenia Canaval Erazo para optar por el título de Ph D en Ciencias de Enfermería, al cual hicimos referencia al inicio de este capítulo. En este caso, se buscaba "medir la percepción del empoderamiento comunitario por las mujeres, investigar la relación del empoderamiento comunitario con variables seleccionadas del contexto social, de salud, y de la mujer y determinar los predictores de la percepción del empoderamiento comunitario por las mujeres". Realmente es un trabajo muy completo y una fuente importante de referencia para el contexto de América Latina.²¹

Empoderamiento comunitario en otras situaciones

Todo lo anterior pudiera conducir a la idea errónea de que el empoderamiento comunitario no haría falta en países con buenos sistemas de salud, como pueden ser el de Cuba o el de muchos de los países desarrollados.

Como se conoce, la salud es como un horizonte desplazable, nunca se llega. El trabajo comunitario para la salud es necesario e imprescindible en cualquier circunstancia. Lo que este aporta no puede hacerlo ningún sistema de salud ya sea público, privado o de seguro social. El papel de la comunidad forma parte del

carácter sistémico-epidemiológico e intersectorial de la salud. Lo que cambian son los objetivos y el modo de alcanzarlo.

En sistemas altamente estructurados, como es el caso cubano, una forma cada vez más generalizada de trabajo comunitario es el enfoque intersectorial a nivel de base, teniendo en cuenta que la solución de los problemas de salud abarca la sociedad como un todo y las instituciones que las conforman.²² Este enfoque tiene como líder al sector salud y como socios al resto de la comunidad. El empoderamiento comunitario desempeña aquí también su papel.

En países donde conviven diferentes sistemas de salud, el trabajo comunitario es también importante e incluso más necesario, pues se requiere integrar a esos sistemas, a las otras organizaciones que influyen en los determinantes de la salud y a las personas que integran esa comunidad.

Haremos algunas consideraciones al respecto:

- 1. El papel del liderazgo se mantiene, ya sea esa viejita que arrastra a todos sus contemporáneos para hacer los ejercicios matinales en el parque, o aquella ama de casa que organiza, en coordinación con el área de salud, el trabajo de vacunación masiva, o el médico de familia que desarrolla un excelente trabajo epidemiológico con ayuda de agentes locales voluntarios.
- 2. El trabajo intersectorial, cuando es lidereado inteligentemente por el sector salud, crea oportunidad para que todos puedan aportar inteligencia, iniciativas, recursos y esfuerzos para mejorar la situación de salud de la comunidad.
- 3. Se puede lograr un apoyo importante al empoderamiento de pacientes. La comunidad tiene un peso muy importante en el trabajo de concientización, presión y ayuda sobre pacientes. El reconocimiento público, el embullo colectivo y las visitas de estimulo son también una forma de "dar poder" a los pacientes y hacerlos más responsables de su cuidado.
- 4. En muchas comunidades con cierto nivel de avance en tecnología de la información, están encontrando que resulta más económico unir en un sistema único en red, a los diferentes proveedores de servicios de salud, los pequeños consultorios médicos, los departamentos o agencias gubernamentales de salud pública que operan en la comunidad, los sistemas de vigilancia en salud y los sectores claves en relación con determinantes de la salud, tales como los servicios de agua o los de higiene social. Con este enfoque se logra un flujo de información muy rápido, se simplifican notablemente las gestiones de los miembros de la comunidad en relación con la salud, las historias clínicas están disponibles desde todos los niveles de atención y la atención ambulatoria se hace más segura. Una inte-

- gración de este tipo crea condiciones propicias para un trabajo de reingeniería de procesos en salud.
- 5. En comunidades más avanzadas donde la población dispone de acceso directo a Internet, se han probado con éxito los grupos virtuales de pacientes con patologías crónicas en ambientes locales, generalmente intranets organizadas por la propia comunidad. Estos se comunican entre sí, piden orientaciones a especialistas, se intercambian ideas, se "reúnen", etc.

RESUMEN

El empoderamiento es una tecnología que descansa en diferentes habilidades y tecnologías gerenciales, tales como la delegación de autoridad, el liderazgo o la gestión del conocimiento. Ha tenido un papel importante en incorporar el lado humano del cambio a procesos complejos como la reingeniería o la garantía de calidad.

En el empoderamiento intervienen aquel o aquellos que están en disposición de ceder poder, autoridad o recursos, y aquellos otros que lo reciben y que por estar más cerca del hecho sanitario, económico o social, disponen de mejores y mayores posibilidades para tomar las mejores decisiones y para ponerlas en práctica. Si los primeros no quieren ceder o los segundos no les interesa ser "más poderosos", no hay posibilidad de empoderamiento.

Los servicios de salud tienen la particularidad de que comprometen en su realización no solo a los trabajadores de la salud, sino también a los propios pacientes, sus familiares, otros sectores que también son determinantes de la salud y la comunidad. Esto extiende las posibilidades del empoderamiento a planos no conocidos en cualquier otra actividad humana.

Pueden entonces encontrarse tres dimensiones o direcciones para el empoderamiento en el caso de los sistemas de salud: de personal, de pacientes y comunitario. Cada uno responde a objetivos específicos pero todos ellos de conjunto se orientan a un problema común: la situación de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Baker, Mary. Patient care (empowerment): the view from a national society, en revista British Medical Journal, 17 junio 2000, Vol. 320 Issue 7250, p.1660. Inglaterra.
- Bartle, Phil. bm038@scn.org. "Community Empowerment. How do we assist low income communities to become stronger", en el sitio Community Self Management, Empowerment and Development. http://www.scn.org/ip/cds/cmp/index.htm. Última actualización: 30 de marzo del 2002.
- Bennis Warren. "Leading in the New Millenium", en revista Executive Excelence, marzo 2001, vol. 18. Issue 3. pág. 5.
- Canaval, Gladys: Promoción de salud: Predictores de empoderamiento en mujeres. Cali, 1996, en la revista Investigación y educación en enfermería, Vol. XVI, No. 2, septiembre de 1998.
- Capra, Frijof. Las conexiones ocultas: implicaciones sociales, medio ambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo. Editorial Anagrama, Barcelona, España. 2003. pág. 115.
- Castell-Florit, Pastor y Ariosa, Victor. Temas de gerencia para la dirección de proyectos. ENSAP. Cuba. 2000.
- Castell-Florit, Pastor. Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana. Gerencia en salud. Tomo IV. ENSAP, abril, 2002.
- Díaz-García, Eduardo. "Empowerment" en Revista Alta Académica, Universidad Autónoma de Centro América, noviembre, 1988.
- Eugenia, Gladys. Promoción de salud: Predictores de empoderamiento en mujeres.
 Cali 1996, en la revista Investigación y educación en enfermería, Vol. XVI, No. 2, septiembre, 1988, Antioquia, Colombia.
- Gazda, Sharon. The Art of Delegating en HR Magazine. enero, 2002. Vol. 47. Issue 1, pag. 45.
- Guitze M. Messina.y Riaz Khadem: Metodología general para el siglo XXI en Revista Mercado. marzo, 1999. pág. 83.
- Health Canada. Empowerment. Quest for Quality in Canadian Health Care: Continuous Quality Improvement.marzo, 2000.
- Holt, Nicola; Johnson, Annette y de Belder, Mark. Patient empowerment in secondary prevention of coronary heart disease en Lancet, 22 de Julio del 2000, Vol. 356 Issue 9226, pag 314.
- OPS. Funciones esenciales de salud pública. 27 de abril del 2000, pág. 13.
- Power to the Patient: A Conversation with Lowell S. Levin en Self-care Activities, del sitio Health World on Line. http://www.healthy.net/
- Safe Motherhood: A Matter Of Human Rights And Social Justice. Sitio:www.safemotherhood.org Family Care International. 1988.
- Santiago, Lidia E.Empowerment: De la reflexión a la Acción .http://www.lamorada.com.
- Senge, Peter M. La Quinta disciplina. Editorial Granica. México, 1998.

Tecnologías gerenciales

- SOGC CIDA Mejorando la salud reproductiva: Para la emancipación de la mujer y de sus derechos reproductivos. Canadá. enero, 2001.
- Suárez, Nery. Mercadotecnia: Herramienta de la gestión sanitaria en Gerencia en Salud. ENSAP, Cuba, septiembre, 2001.
- Taylor, Marie. Patient care (empowerment): a local view en revista BMJ. Bristish Medical Journal. 17 de junio del 2000. Vol. 320. Issue 7250. pág. 1663. Gran Bretaña.

CAPÍTULO II LA INFORMÁTICA MÉDICA (MEDICAL INFORMATICS)

MARCO GENERAL DE ACCIÓN

La informática médica nació prácticamente con la propia informática. Desde fechas tan tempranas como los inicios de la década de los 70, los médicos empezaron a comprender con mucha rapidez, las posibilidades que tenían las computadoras de entonces para apoyar el trabajo en el orden clínico, investigativo y de gestión. En consecuencia, comenzaron a surgir en Europa y Estados Unidos, asociaciones de profesionales de la salud, que se dedicaron específicamente a profundizar, investigar, divulgar, aplicar resultados e incluso anticipar las probables complicaciones éticas que la informática podía acarrear.²³

Por supuesto, desde aquellos años, hasta estos de principios del siglo XXI, las posibilidades de la informática en su aplicación a todas las actividades del trabajo de salud han crecido exponencialmente y casi no queda espacio que no haya sido impactado de alguna manera.

La informática médica, en los momentos actuales, es algo más que el simple empleo de las tecnologías de la información y las comunicaciones en el campo de salud, dado que su mayor significado está en la capacidad que tiene para generar y producir nuevos conocimientos en este campo.

Por otra parte, está imbricada de tal forma con el profesional de la salud, que llega a ser tan natural para él como emplear el teléfono, cambiar de canal en la televisión o conducir un auto. Piense en un patólogo durante el estudio histológico del tejido de un paciente en un ambiente de informática médica: Microscopio, computadora, red informática, sistema de gestión automatizada de historias clínicas, sistema automatizado de gestión de imágenes, calificación, experiencia y entrenamiento del especialista, todo ello conforma un todo orgánico.

Procesos tales como incorporar la imagen obtenida a la historia clínica junto con los comentarios del patólogo, mostrar en la pantalla de la computadora todas las imágenes anteriores para hacer un estudio comparativo, examinar los antecedentes clínicos del paciente o los propios comentarios anteriores del especialista, examinar secciones ampliadas de la imagen en la pantalla e incluso enviar por correo electrónico imagen y comentarios a otro colega para pedir su opinión, son parte de una

rutina que para un patólogo actual no resulta nada extraordinario. Nótese que no hay intermediarios, "operadores" de computadoras o auxiliares de algún tipo.

CONDICIÓN PRIVILEGIADA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Todas las tecnologías asociadas a los procesos de captura, procesamiento, integración y diseminación de la información tienen grandes posibilidades de ser empleadas, con numerosas ventajas, en el campo de la salud. Estas son algunas de las razones:

- 1. El grado de homogeneidad, estandarización, lenguaje común e incluso, similitud de problemas del ejercicio de la medicina y de la gestión de los servicios de salud.
- 2. La visión y disposición que han tenido siempre los médicos para asimilar las tecnologías de la información y las comunicaciones.
- 3. El reto que tiene el personal médico para estar constantemente actualizado y la dificultad de poder asimilar todo lo que se investiga y publica diariamente, en disciplinas cuya dinamicidad y cambio es particularmente alto.
- 4. La disposición natural en la comunidad médica internacional para intercambiar información, experiencias, evacuar consultas y discutir casos. Esta particularidad, al menos con esta extensión, no se aprecia en otras profesiones.
- 5. La alta calificación de los profesionales de la salud y su tendencia muy marcada hacia proveerse de nuevos conocimientos, lo cual genera condiciones subjetivas particulares para la asimilación de tecnologías de este tipo.
- 6. La existencia de un núcleo central de la asistencia sanitaria, que es la historia clínica, y de la cual son clientes y servidores todos los demás componentes del sistema de salud. Esto crea una condición especial para la generación de sistemas automatizados integrados, tanto dentro de las organizaciones como entre ellas.
- 7. "La difusión en la aplicación de nuevas intervenciones diagnósticas o terapéuticas de eficacia científicamente comprobadas, suele ser tan lenta como la entrada en desuso de otras prácticas cuya inefectividad o daño ya se ha demostrado. Podríamos recordar varios ejemplos de este fenómeno en el área pediátrica: el cloranfenicol y el síndrome del recién nacido gris; el uso indiscriminado de la oxigenoterapia y la retinopatía del prematuro (...) los veinte años que pasaron entre el primer ensayo clínico que demostró que los corticoides prenatales reducen significativamente la mortalidad de los prematuros y su uso rutinario...".²⁴
- 8. "En los servicios médicos, Internet está proporcionando oportunidades sin precedentes para acceder a la información, mejorar la toma de decisiones y

- fortalecer la comunicación entre los que tienen que tomar las decisiones y la gente que a quienes estas afectan". ²⁵
- 9. Los servicios de salud son sistemas intensivos en información, entendiendo como tal el hecho de que descansan en un intercambio constante de información en todas las direcciones y entre todos los implicados. La informatización de sistemas de este tipo tiene, por tanto, la cualidad de aportar valor al servicio.

LA INFORMÁTICA MÉDICA Y LA PRÁCTICA PROFESIONAL

La relación entre la informática médica y la práctica profesional en el campo de la salud es extensa y variada, y por tanto se expresa de diferentes maneras. Vamos a mencionar las que pudieran considerarse más representativas, para más adelante desarrollarlas con algún detalle; es necesario aclarar que todas tienen campos comunes y en ciertos casos algún tipo de dependencia:

- 1. Bases de datos globales médicas: Formadas por enormes bases de datos ubicadas en Internet que contienen de forma genérica o por especialidades, muchas veces a texto completo, artículos, ensayos clínicos, investigaciones, noticias, resúmenes de libros, eventos, nuevas tecnologías, evaluaciones, informaciones sistematizadas, etc. La mayor parte de ellas son de acceso público y gratuito.
- 2. Bases de datos de revisiones sistemáticas: Dedicadas a la valoración crítica y sintetizada, por parte de expertos, de la información contenida tanto en fuentes escritas en papel (revistas, periódicos, etc.) como en soporte digital (sitios en Internet, discos compactos, etc.). Está orientada a mostrar "la mejor evidencia" o "la mejor práctica" en temas de diagnóstico, pronóstico o tratamiento en salud.
- 3. Medicina basada en la evidencia (MBE): Esta tecnología "integra la mejor evidencia científica disponible con la experiencia y la habilidad clínica, el conocimiento de la fisiopatología y las preferencias de los pacientes, para una toma de decisiones fundamentada en datos e información, cuya veracidad y exactitud estén rigurosamente comprobados".²⁶ Las bases de datos de revisiones sistemáticas son una de las fuentes principales para este enfoque de la medicina contemporánea, y un complemento de la experiencia y el talento del médico.
- 4. Intercambio "en línea": Bajo este título agrupamos las comunicaciones entre profesionales de la salud "en tiempo real", o sea en el mismo momento en que los hechos se producen. Por ejemplo: discusión de casos, asistencia virtual a congresos médicos o a intervenciones quirúrgicas, teleconferencias, conversaciones

- o "chateo" entre colegas, telemedicina, etc. El soporte básico para este intercambio es Internet o sistemas basados en esta tecnología.
- 5. Apoyo al trabajo profesional: El trabajo clínico, quirúrgico o investigativo tiene, además de las mencionadas anteriormente, otras fuentes de apoyo o complemento, tales como el acceso a historias clínicas automatizadas, los sistemas orientados específicamente a especialidades médicas, el acceso a guías de práctica clínica, el correo electrónico como modo de consulta, el acceso a evaluaciones de tecnologías en salud, etc.
- 6. Gestión integrada de salud basada en redes informáticas: Constituye uno de los cambios más significativos en la gestión de los servicios de salud, al incorporar todas las posibilidades de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones; a la simplificación y optimización de los procesos de la atención médica y a su administración.
 - La base de la gestión integrada son las historias clínicas automatizadas, alrededor de la cual resulta posible y práctico entrelazar los servicios médicos directos e indirectos entre sí, y crear sistemas a escala de unidad de salud, de grupos de unidades, de región o de país.
- 7. Formación del personal médico: La informática médica ha pasado de ser no solo un tema exclusivo de la formación posgraduada de los profesionales de salud, sino que se ha incorporado aceleradamente a los planes de estudios de la formación pregraduada. Temas como la medicina basada en la evidencia o facilidades como los sistemas multimedia y la interactividad, se convierten cada vez más en un recurso pedagógico adicional en la formación de médicos.

Por su carácter más integral y genérico, desarrollaremos a continuación en mayor detalle, dos grandes temas: medicina basada en la evidencia, para identificar mejor la orientación clínica de esta tecnología e informática aplicada a la gerencia en salud, para destacar su papel en la planificación, organización, conducción y control de las instituciones y sistemas de salud. Estos temas sirven además de apoyo, para referirnos a todos los demás que son de interés sobre esta tecnología, para los gerentes y profesionales de la salud.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (Evidence based medicine)

RAZONES QUE LA JUSTIFICAN

La mayor parte de los especialistas rechazan con razón, traducir al español "evidence" como "evidencia" pues su significado en inglés es distinto al que tiene en

español.²⁷ No obstante, aclaramos a los lectores que en numerosos materiales en español encontrará indistintamente empleado, uno u otro término.

Durante el ejercicio de su profesión, el médico se enfrenta a numerosas situaciones e interrogantes que demandan una aplicación sistemática de sus conocimientos, experiencia, talento e inteligencia. Es normal, además, que en ciertos casos especiales requiera consultar a otro colega o revisar material bibliográfico reciente.

Sin embargo, en los últimos años se ha demostrado que, en general, los libros tienen un relativo atraso, a veces peligroso, en cuanto al estado actual de la práctica médica y que numerosos artículos publicados en revistas especializadas corresponden a situaciones puntuales, carentes de suficiente rigor científico, y por tanto no generalizables a otros pacientes o situaciones. El ejemplo más significativo de esto último es que todavía se utilicen procedimientos diagnósticos, terapéuticos o quirúrgicos cuya ineficacia ha sido demostrada suficientemente hace ya algún tiempo, pero cuya información no ha llegado aún a los médicos.

La medicina basada en la evidencia ha pasado ya la etapa de "si la aplicación de la evidencia en la práctica clínica es algo bueno o no, dado que es obvio. En vez de ello, el debate debe estar enfocado en un problema más difícil, o sea cómo incrementar su aceptabilidad por parte de clínicos ocupados en ejercer en el *mundo real*.²⁸

Lo esencialmente nuevo de la medicina basada en pruebas, es reducir al mínimo la vieja brecha entre la investigación y la práctica clínica. Con este objetivo se prepara al profesional de la salud para pasar de la simple consulta literaria, a un proceso que le permita acceder a lo verdaderamente probado en el tema objeto de su interés y saber valorar críticamente antes de introducirlo a la práctica. Su papel es el de apoyar al médico en su ejercicio y brindarle información confiable a partir de la cual él, y sólo él, decide su aplicación o no a un paciente concreto.

EL PROCESO LÓGICO DE LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Como ya aclaramos, esta tecnología está muy lejos de plantearse sustituir el conocimiento, la experiencia y el talento del médico; es más, su utilización está condicionada precisamente a que éste posea tales cualidades. Esto podrá comprenderse mejor si analizamos su proceso lógico. Recomendamos, en primer lugar, examinar el ejemplo sencillo que aparece en el cuadro II.1 "Ejemplo práctico de la medicina basada en pruebas", el cual puede dar una idea general de a qué nos estamos refiriendo.

Cuadro II.1 Ejemplo práctico de la medicina basada en pruebas ²⁹	
Escenario clínico	En una consulta de rutina, un médico advierte a su paciente hipertenso sobre la necesidad de hacer un control más estricto de su dieta y de agregar un diurético a la medicación actual, puesto que su presión diastólica ha estado persistentemente alrededor de 100 mm Hg, cuando previamente había sido < 90 mm Hg.
Las prioridades y deseos del paciente	El paciente argumenta su calidad de vida, las incomodidades derivadas de esta recomendación y le solicita a su médico información sobre el riesgo que implica "quedarse así".
La respuesta del médico	En lugar de ofenderse, el galeno acepta investigar, para su paciente, la literatura disponible. Es claro que este médico entiende bien la práctica de la MBE.
La búsqueda y su resultado	El médico consulta el CD de la "Cochrane Library" y encuentra una revisión sistemática sobre el tema. Según ésta, el riesgo de sufrir un evento cardiovascular a 5 años en pacientes hipertensos menores de 60 años, es del 5.6 % si la presión diastólica está entre 100 y110 mm Hg, y del 4.8 % cuando está entre 90 y 99 mm Hg.
La discusión con el paciente	Cuando el médico le informa sus hallazgos, el paciente aduce que una reducción de 0.8 % en su riesgo a 5 años, no es suficientemente importante como para justificar las restricciones adicionales propuestas.
Un final feliz!	De acuerdo con lo anterior, médico y paciente optan por conti- nuar el tratamiento actual y controlarlo periódicamente En el siguiente control, la PAD del paciente fue 90!

Descrito de forma esquematizada se puede decir que el proceso lógico de la medicina basada en la evidencia consta de los pasos o partes siguientes:

- 1. Expresar las necesidades de información en términos de una pregunta bien formulada, lo que se conoce como "pregunta contestable".
- 2. Rastrear en las fuentes de información las respuestas, buscando las que demuestran la mayor eficiencia y efectividad posibles, y descansan en las mejores pruebas disponibles.
- 3. Aplicar el nuevo conocimiento adquirido a los pacientes y evaluar los resultados.

Paso 1. Formulación de la pregunta³⁰

Es sin lugar a dudas el paso más complejo, pues está en dependencia del problema clínico, de la habilidad y destreza del propio médico, de su actitud para hacerla de forma no prejuiciada, e incluso de cómo el paciente ve el problema o la solución.

A lo anterior se adiciona, la necesidad de estructurarla de manera tal que facilite el proceso de rastrear la respuesta dentro de las enormes y variadas fuentes de información disponibles. Un buen acercamiento al diseño de una pregunta "contestable" consiste en asegurarse que contenga al menos los elementos siguientes:

- 1. Población. Mencionar el grupo al cual pertenece el paciente (edad, sexo, etnia, estado de su salud, antecedentes familiares, etc) según lo que sea relevante para la pregunta.
- Intervención. Descripción de la prueba o tratamiento que se está considerando.
- 3. Comparación. Si hay varias opciones, cuáles son. Se recuerda que no hacer nada, es también una opción.
- 4. Resultado. Esto toma en cuenta tanto, el interés del médico como el del paciente.

Ver caso de ejemplo, en el cuadro II.2.

Paso 2. Rastrear en las fuentes

Teniendo como criterio de búsqueda las palabras claves empleadas en la pregunta, se procede a acceder a las fuentes y a iniciar la localización de la información. Este proceso requiere un entrenamiento previo en el manejo de los buscadores en Internet, y una familiarización específica con las técnicas y métodos empleados en la medicina basada en la evidencia, de lo contrario puede ser frustrante para muchos clínicos o por lo menos hacerles emplear más tiempo del necesario. Explicar estos elementos excede los objetivos de este libro, pero podemos hacer algunos comentarios generales en relación con el proceso y con las fuentes.

Cuadro II.2 Formulación de la pregunta. Caso de ejemplo³¹

Caso clínico:

En un centro de salud se realiza una auditoría de las historias clínicas de los diabéticos atendidos en el centro. Los resultados se exponen en una sesión informativa y enseguida se abre un debate sobre la baja tasa de detección de nefropatía diabética mediante la determinación de microalbuminuria en los pacientes diabéticos tipo II. En una "tormenta de ideas" sobre las posibles causas, surgen varias, como el incumplimiento en la recogida de la orina de 24 horas, las dificultades que pone el laboratorio de referencia, la necesidad de repetir la determinación, etc. Se concluye que la causa más importante son las restricciones impuestas por el laboratorio de referencia y se propone la realización de determinaciones previa de microalbuminuria con unas tiras reactivas que recientemente se nos han ofertado.

Pregunta

¿Es el rendimiento diagnóstico de la detección de microalbuminuria mediante tiras reactivas suficiente, como para incluirlo en el seguimiento habitual en nuestros pacientes diabéticos?

Elementos de la pregunta

Paciente o problema de interés: En pacientes diabéticos tipo II atendidos en un centro de atención primaria.

Intervención a considerar: La determinación previa de microalbuminuria con tiras reactivas.

Intervención con la que comparar: Frente a la determinación estándar de microalbuminuria a odos los pacientes.

Resultado clínico que se valora: Si es suficientemente positiva para la detección de nefropatía diabética.

Como ya se dijo, el punto de partida es la pregunta elaborada en el primer paso. Una forma de empezar puede ser utilizar la palabra o frase más significativa de la pregunta, como criterio de búsqueda. Esto no está exento de dificultades tales como que: algunas fuentes sólo encuentran el término exacto pedido, por ejemplo, si escribe diabetes no hallará diabetic, en otras, la mayor parte de los resultados están en inglés, por lo tanto si escribe infarto perderá todas las informaciones donde se habla de *heart attack*.

A lo anterior pueden añadirse las diferentes formas en que una misma patología o intervención pudiera denominarse. No hay que asustarse, hay formas de resolver esto, todo está en familiarizarse con las técnicas de búsqueda en general y con las específicas del buscador que está utilizando.

La mayoría de los buscadores en Internet tienen formas simples y avanzadas para localizar la información. Las simples están constituidas generalmente por una palabra o frase, que se teclea y posteriormente se hace clic en el botón BUSCAR.

Las avanzadas permiten hacer combinaciones de términos utilizando conectores lógicos (and, or, etc.), o precisar condiciones tales como rango de fechas, idiomas, tipo o nombre de publicación, base de datos a utilizar, etc.; que actúan como un primer nivel de filtro.

También está muy generalizada la posibilidad de hacer búsquedas dentro de búsquedas, es decir, si por ejemplo usted obtuvo 2 500 resultados cuando pidió "detección de microalbuminuria", puede indicar entonces que localice la expresión "tiras reactiva"s o tal vez "diabetes II", pero solo dentro de los 2 500 resultados hallados. Algunos buscadores tienen módulos especializados en hacer filtraje con estos propósitos.

En cuanto a las fuentes, lo ideal sería trabajar en primer lugar con aquellas que son el resultado de reunir numerosas investigaciones, integrarlas, evaluarlas y generar conclusiones científicamente fundamentadas, como es el caso de las revisiones sistemáticas³² y los metanálisis,³³ y en segunda opción acudir a materiales integrados.³⁴. Estos estudios aparecen generalmente en colecciones especializadas, de las cuales pudiéramos mencionar algunas a manera de ejemplos.

Cochrane library. Posiblemente la más completa y generalizada. Muchos hospitales y centros de información la tienen disponible en su red de computadoras. Se conoce que todo lo que publica responde a estándares muy rigurosos de selección y evaluación, por lo que basta solamente con determinar si el estudio encontrado es aplicable o no al paciente, o al medio en que se desempeña el clínico. Contiene varias bases de datos, pero si se trata de localizar revisiones sistemáticas en el campo de la medicina basada en la evidencia, lo ideal es acceder a The Cochrane Data Base of Systematic Reviews (CDSR). Si no encuentra ahí lo que busca y necesita entrar a estudios individuales o a ensayos controlados, la otra opción es The Cochrane Controlled Trial Register.

PubMed. Es uno de los sitios que integran MEDLINE, la mayor base de datos del mundo en materia de biomedicina. PubMed contiene una sección dedicada específicamente a satisfacer preguntas clínicas en el campo de la medicina basada en pruebas, la cual se conoce como "Clinical queries". Esta sección cuenta con un sistema poderoso de filtros de búsqueda, cuyo objetivo es limitar la recuperación a aquellos artículos que reportan investigaciones donde se han empleado metodologías específicas. De entrada, el clínico debe clasificar su búsqueda dentro de una de las categorías siguientes: terapia, diagnós-tico, etiología o pronóstico. Adicionalmente puede indicar el "énfasis" de la búsqueda. Si indica "sensibilidad" encuentra muchos más artículos, tanto relevantes como no; si selecciona "especificidad" hallará sólo los artículos más relevantes, aunque quizás omita algunos. Con estas indicaciones y

el tema de búsqueda tecleado por el médico, el filtro le incorpora otros elementos de selección, por ejemplo, ensayos clínicos empleados y muestra a continuación el resultado. Si alguien desea encontrarlo todo en el tema de su interés, simplemente no emplea el filtro.

Otros sitios de interés relacionados con la medicina basada en pruebas. La profusión de sitios en Internet relacionados con esta tecnología demuestra el papel enorme que está desempeñando en el campo del ejercicio de la medicina. La lista sería demasiado extensa. Mencionaremos a manera de ejemplo las revistas especializadas en artículos seleccionados por su calidad y confiabilidad, como es el caso de Best Evidence, las guías de práctica clínica³⁵ y las trayectorias clínicas, muchas de ellas de acceso libre en Internet, los sitios orientados a especialidades médicas tales como cardiología basada en la evidencia o enfermería basada en la evidencia, los correspondientes a centros de investigación y enseñanza en este campo tales como el Centre for Evidence Based Medicine de la Universidad de Oxford, donde trabaja el Dr. David Sackett, considerado el líder mundial en esta tecnología, los buscadores médicos como el Medhunt o el MedFinder Smart Medical Web, las secciones sobre medicina basada en la evidencia, que ahora aparecen en los sitios de las revistas médicas y de las asociaciones de profesionales de salud y los numerosos artículos y resúmenes de libros que aparecen referenciados en sitios de carácter general.

Uso de Internet en general. Además de los anteriormente mencionados, usted puede encontrar numerosos sitios en Internet, como Google o Yahoo, en los cuales se pueden hacer búsquedas orientadas a encontrar respuestas validadas, seguras y confiables, a inquietudes sobre temas de diagnóstico, pronóstico o tratamiento, pero generalmente empleando mayor esfuerzo y tiempo. Esto se debe a que:

- La información dentro de Internet es esencialmente caótica. Suponga que usted preguntó por "esteroides" para relacionarlo después con el tratamiento del acné y luego hacer comparación de tratamientos. Al oprimir BUSCAR aparecen anuncios de venta de productos que contienen esteroides, las últimas sanciones a deportistas por utilizarlos, varios miles de artículos y libros que tratan sobre el tema, un discurso de alguien que mencionó dicha palabra en algún momento o una película denominada La niña de los esteroides.
- Suponga que encontró 5 000 artículos sobre acné y que después por aproximaciones sucesivas logró reducir la lista a 100. La valoración de la validez científica de lo encontrado tendría que hacerla usted mismo. Existen guías muy buenas para hacerlo, pero generalmente los médicos no disponen del tiempo para ello. Esta es la razón por la que el primer grupo de fuentes mencionado tiene cada vez más adeptos en el campo de la medicina basada en la evidencia.

Paso 3. Aplicar el nuevo conocimiento

Consiste en llevar a la práctica clínica los resultados obtenidos durante este proceso. Aquí se pone de manifiesto, una vez más, que la decisión y el éxito finales dependen de los conocimientos, maestría y talento del profesional médico.

El estudio encontrado pudiera reunir todos los requisitos de eficacia, eficiencia, validez interna y externa, actualidad, practicabilidad y rigurosidad, pero falta ahora decidir su empleo en un paciente concreto, en un servicio en particular o en un sistema de salud, y esto sólo puede hacerlo el médico.

A continuación se mencionarán algunas ideas de carácter general que pueden ayudar a este paso, pero las precisiones en su aplicación dependerán sobre todo de qué tipo de problema se trata (terapia, diagnóstico, tratamiento, etiología, evaluación económica, pronóstico, etc.), cada uno de los cuales tiene sus propios valores y consideraciones:

- 1. Es necesario determinar si la opción encontrada es realmente superior a las otras previstas, o a la que se practica actualmente, si es adecuada, total o parcialmente, para el paciente concreto o para la intervención prevista, y si se dispone de los medios y condiciones para hacerlo.
- 2. El paciente debe estar informado de lo que se va a hacer, qué implicaciones tiene para él, cuáles son los beneficios y cuál el nivel de riesgo.
- 3. Hay que asegurarse que todas las personas implicadas en el cambio reciban la información y entrenamiento necesarios para ponerlo en práctica y que estén dispuestos realmente a modificar paradigmas, hábitos y actitudes.
- 4. Si el cambio es de gran magnitud o importancia, es conveniente trazar una estrategia general y hacer participar a todos los implicados en su diseño y aplicación. En este caso, se requiere aplicar técnicas de gestión del cambio.
- 5. Deben crearse los mecanismos para dar seguimiento, valorar los resultados y hacer ajustes en los casos que corresponda.
- 6. En algunos casos será necesario modificar regulaciones, guías, protocolos o presupuestos y esto es también una forma de reforzar el proceso de cambio.

INFORMÁTICA APLICADA A LA GERENCIA EN SALUD

Hasta los años 50 del psado siglo, el procesamiento de la información se hacía agrupando documentos y datos en paquetes denominados lotes, que se llevaban a

los "centros de cálculos". El impacto en la gestión era insignificante. Hoy la informática descansa en redes de computadoras, procesamiento en tiempo real, telecomunicaciones, acceso universal, integración de medios, telefonía celular, computadoras de mano y sistemas orientados a usuarios finales. Esto ha provocado impactos importantes en la gestión, la calidad, la efectividad y la eficiencia. Su influencia en los sistemas de salud ha sido notable.

Según informe publicado por la National Academy of Sciences de EstadosUnidos,³⁶ la inversión de tecnología de la información en los servicios de salud de ese país alcanza entre 10 mil a 15 mil millones de dólares anuales y crece entre un 15 a un 20 % cada año. Esto ha formado parte de un intenso proceso internacional de reestructuración del sistema de asistencia médica, donde un punto central ha sido la integración de prestadores de estos servicios en programas y sistemas conjuntos. La informática ha tenido un papel protagónico en los resultados positivos de estos cambios.

Para una comprensión más completa del impacto de la informática en la gerencia en salud, se tratarán los puntos siguientes:

- 1. La informática en red y sus aportes al campo de la salud.
- 2. Integración interna e integración extendida.
- 3. Las historias clínicas automatizadas como centro de los sistemas integrados en salud.
- 4. La informática ni hace milagros ni está exenta de problemas.

LA INFORMÁTICA EN RED Y SUS APORTES AL CAMPO DE LA SALUD

Desde el punto de vista del usuario, o sea sin entrar en los tecnicismos propios de esa tecnología, se puede señalar que los rasgos más importantes de la informática en red son:

1. *Inmediatez*: Tiempo mínimo entre pregunta y respuesta. Usted teclea, multisectrin, reacciones adversas, y la respuesta le aparece en pantalla, prácticamente al terminar de teclear, junto con otros datos complementarios, tales como principios activos, indicaciones, contraindicaciones, posología, laboratorio que lo produce, formas de presentación, otros productos de esa misma línea, etc. También puede, desde esa misma ventana, acceder a consultar otros medicamentos o a buscar algún estudio sistematizado sobre el tema. El tiempo de acceso se mide en fracciones de segundos. Compare esta

- búsqueda con la que tuviera que hacer en el vademécum internacional de 2 500 páginas que tiene en su librero.
- 2. Mundialidad: Alcanza a todo el universo. En la sala de cuidados intensivos que usted atiende, se encuentra ante un caso muy raro de intoxicación alimentaría que hace peligrar la vida del paciente. Usted requiere hacer una evaluación de esta situación y quisiera consultar al Dr. Julius Bermay, en Marsella, Francia y al profesor Glenn Scott en Sydney, Australia, que son los especialistas que más han investigado y trabajado este tipo de intoxicación. Los tres, sentados ante sus respectivas computadoras, pueden visualizar las imágenes y datos clínicos del paciente, y hacer una discusión del caso sin moverse de sus respectivos despachos y al costo de una llamada local.
- 3. *Tiempo real*: La información se registra al momento de producirse el hecho y está disponible inmediatamente. La base digital común de los sistemas informáticos y de los medios automatizados de diagnóstico, permiten que tanto las imágenes obtenidas como los datos y gráficos de los análisis clínicos se incorporen inmediatamente a la historia clínica del paciente y estén a disposición de todos los que están conectados a la red (Fig. II.1). Incluso, la telemedicina puede realizarse al mismo tiempo que se examina al paciente. Los congresos virtuales permiten a miles de personas ver e interactuar en el evento como si estuvieran allí.
- 4. Accesibilidad: Los sistemas en red rompen con las estructuras clásicas por niveles, jerarquías y áreas. El médico desde su consulta puede examinar las camas que tiene disponible en su servicio; sin tener que llamar o ir hasta admisión; el director municipal de salud pública puede revisar cómo se maneja la lista de espera en los hospitales de su municipio, sin esperar por los informes oficiales (que pudieran estar "maquillados") o un epidemiólogo preocupado puede examinar qué ha pasado en las consultas de urgencia durante las últimas 72 horas, en relación con ciertas sospechas de una epidemia. O sea, la accesibilidad es desde cualquier sitio y en cualquier momento.
- 5. Poder de almacenamiento: La capacidad de almacenamiento en discos ha crecido millones de veces manteniendo aproximadamente su mismo tamaño, pero con una rebaja considerable en su precio, lo que implica un costo por byte almacenado mucho menor. A esto se añade que los nuevos formatos de imágenes requieren una capacidad de almacenamiento que equivale a una décima parte de los originales. Esta combinación ha roto una de las barreras principales que tenían los sistemas integrados de gestión en salud, en los cuales la imagen es tan valiosa como el texto y en algunos casos mayor (Fig. II.1).

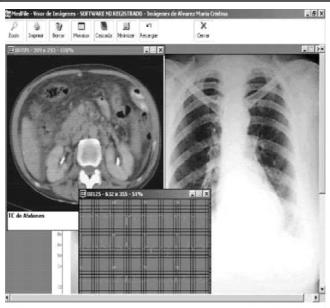


Fig. II. 1 Pantalla visualizadora de imágenes del sistema de historias clínicas Med File. Versión 2.0.

Medical Soft. 1999-2002

6. *Personalización*: Los sistemas ya no son cosas complejas cuya operación requería el uso de intermediarios llamados operadores que generalmente eran poco eficientes, al menos en el campo del trabajo clínico. En la actualidad, los sistemas se crean para los usuarios finales teniendo en cuenta su oficio, el modo como acostumbran a trabajar y el idioma propio de su trabajo.

El clínico, el epidemiólogo, el patólogo, el laboratorista, el máxilo facial o el intensivista, sólo por citar algunos ejemplos, trabajan directamente con sistemas que se orientan a su problemática, que hablan su idioma, que resuelven sus problemas, que en caso de dudas contestan sus preguntas o lo alertan de la posibilidad de errores y que sobre todo, le ahorran tiempo y esfuerzo. Además, pueden incorporar al sistema, sus preferencias acerca de cómo operarlo, o sus propios nomencladores de términos clínicos.

Los sistemas integrados en red son complejos internamente, pero esa complejidad pasa totalmente desapercibida para el usuario final. Esto se conoce como "transparencia del sistema". Cuando el médico consulta varias historias clínicas, para informarse acerca de los resultados tenidos con la aplicación de cierto medicamento a personas hipertensas, mayores de 45 años y que padecen determinada enfermedad crónica, no tiene la menor idea de lo que pasa en los circuitos, solo aprecia que le contestan rápidamente.

7. *Interactividad*: Otro rasgo significativo contemporáneo es el modo diálogo en que intercambian acciones usuario y sistema, lo que se conoce como interactividad.

Suponga que usted tiene la tarea de proponer tres candidatos para la posición de viceministro, en un Ministerio de Salud Pública. Al abrir el Sistema Automatizado de Recursos Humanos le aparece un menú con varias opciones de trabajo. Usted selecciona directivos. Se abre una nueva ventana que le pregunta: ¿cuáles de estos le interesan? Puede indicar más de uno y abajo aparecen varias categorías de cargos. Usted marca: directores provinciales, directores municipales, directores de hospitales y oprime buscar. El sistema le responde: aparecen 215 casos, ¿qué desea hacer?, y a continuación nuevas opciones, por ejemplo: imprimir la lista de nombres, mostrar sus expedientes completos, mostrar sus expedientes sintéticos, hacer una selección, etc. Usted marca "hacer una selección" e inmediatamente aparece una ventana con campos listos para ser llenados, por ejemplo: edad, profesión, sexo, provincia de residencia, años de graduado, especialidad, grado científico, años como dirigente y muchos más.

Usted teclea en los campos que le interesa, indicando por ejemplo, si desea una edad específica o un rango de edad o dejar el campo en blanco pues la edad no le hace falta como criterio de selección, al menos por ahora. Al terminar, usted hace clic en buscar y el sistema le contesta cuántos encontró que corresponden a los criterios pedidos, digamos 45. De esta misma manera usted vuelve atrás y hace más rigurosos los criterios de selección para reducir la lista o los suaviza para aumentarlos. Cuando llega a la cifra deseada, digamos diez, puede imprimir sus expedientes sintéticos para estudiarlos uno a uno en un proceso que ninguna computadora puede hacer. Esto es interactividad, o sea usuario y sistema "conversan".

8. *Multimedia*: Originalmente la informática manejaba sólo números, lo que implicaba que cualquier cosa que fuera texto tenía que ser codificada para poderla incluir en el sistema de información. Por ejemplo, el departamento de gastroenterología se llamaría 678341 en el sistema. Posteriormente, resultó posible y fácil incluir textos por lo que ahora dicho servicio tiene un nombre más simple en el sistema, digamos Gastro.

A lo anterior, siguieron las imágenes, el sonido y el video, o sea la imagen en movimiento. A esto se le llama multimedia y su impacto en sistemas de salud es realmente incalculable.

Suponga que ha surgido una nueva tecnología para la cirugía de cataratas. Usted es oftalmólogo y le gusta estar actualizado. Por la noche, después de haber descansado, comido y conversado un poco con la familia, se sienta en la computadora, accede al sitio donde informan sobre esta nueva tecnología, hace clic en una imagen y le aparece la secuencia del proceso a todo color, a tamaño ampliable

o reducible según su gusto, con posibilidad de emplear la "cámara lenta" o de acelerar los pasos, retroceder y repetir alguna escena y todo esto mientras escucha la voz del cirujano que va explicando lo que hace.

Si la demostración le resulta interesante se la envía por correo electrónico a varios de sus colegas y en el mismo mensaje los cita para la próxima semana para una sesión científica, teniendo como base la nueva tecnología propuesta. Y nada de esto es ciencia-ficción, sino pura ciencia.

9. *Portabilidad*. Las primeras computadoras portátiles pesaban unos 10 kg y su pantalla monocromática era del tamaño de media hoja de papel tamaño carta. Una computadora portátil de hoy pesa 1 kg aproximadamente, puede conectarse a Internet mediante acceso telefónico o de forma inalámbrica, porta disco duro, disco compacto, memoria flash y disquete, posee pantalla a todo color, cámara de video, teclado de tamaño normal, velocidad y capacidad de almacenamiento similar a la de una máquina de mesa y puede trabajar tres horas sin estar conectada a la red eléctrica.

Pero lo anterior es casi historia, las computadoras de mano o de bolsillo, llamadas así porque caben en la palma de la mano y conocidas más bien por sus siglas en ingles, PDA, son una fuerte competencia a las "portátiles" y para los preocupados con tener que teclear en unos pequeños botoncitos, unas poseen un teclado plegable que al cerrarlo es del tamaño de una billetera mientras que otras proyectan sobre el escritorio un teclado virtual sobre el que se puede escribir.

Todos los expertos coinciden en que las PDA representan un impacto positivo importante para el trabajo de los sistemas de salud y para su calidad resultante. Por ejemplo, el Servicio Andaluz de Salud (SAS) las ha introducido ampliamente en su sistema con lo cual "Los profesionales pueden acceder al calendario de tareas personalizado para cada paciente, elaborar informes de alta con los problemas pendientes y enviarlo a atención primaria para su posterior seguimiento" ³⁷.

Pero la historia parece no tener fin. Pasemos a los teléfonos celulares. Estos abandonaron su plan original de aparato teléfono portátil, para convertirse en un poderoso dispositivo multipropósito que no estoy seguro que debiera seguir llamándose "teléfono". Me refiero a acceso a Internet, correo de voz, cámara fotográfica y de video, recepción y emisión de faxes, acceso remoto a su computadora, a los canales de televisión o a su emisora de radio favorita. Según muchos expertos, el teléfono celular se convertirá también en un instrumento fundamental para el trabajo del médico y no simplemente para recibir recados sino sobre todo para acceder al momento a lo que necesite conocer, cuando lo necesite. Algo así como toda la informática médica "al alcance de la mano".

INTEGRACIÓN INTERNA E INTEGRACIÓN EXTENDIDA³⁸

Hasta hace pocos años, el sueño de los especialistas en gerencia de integrar el trabajo de una organización en un todo orgánico, casi biológico, no pasaba de ser uno de esos propósitos, para el cual no se disponía de la tecnología que los soportara. Las computadoras personales, las bases de datos, los sistemas en red y las aplicaciones orientadas a la gestión llegaron para posibilitar acercarse notablemente a ese sueño.

La departamentalización, una herencia de la Revolución Industrial, fortalecía la división en áreas, servicios o secciones, lo cual se contradecía totalmente con el criterio de integración. Los sistemas de información, ya fueran manuales o basados en grandes centros de cálculo centralizados, generaban tres grandes defectos:

- Redundancia. Datos referentes a los mismos asuntos se almacenaban de forma repetitiva en los diferentes sistemas, a veces con valores distintos. Piense en cuántas veces aparecen los datos personales de cada paciente en todos los servicios y departamento de un hospital. Por supuesto en unos lugares dice María de la Caridad González, en otro aparece como M. de la Calidad González y más allá como María González.
- *Aislamiento*. Se fortalecía el sentido de propiedad de la información. La expresión "Mis datos" se convirtió en una forma de diferenciarse y a veces hasta de pelear. Por ejemplo, el archivo de las placas radiológicas pertenece al servicio de Rayos X y se requiere el permiso de su jefe para consultarlas, con la obligación de devolverlas en 24 horas.
- Incompatibilidad. Los sistemas de las diferentes áreas o servicios no podían combinarse por estar hechos por personas, objetivos y estructuras distintas. Esto fortalecía la redundancia y dificultaba la integración. Por ejemplo, el servicio de oftalmología lleva un registro de los pacientes en una base de datos en Access, soportada en dos computadoras del departamento, mientras el servicio de ortopedia ha creado un sistema propio basado en Oracle, con el cual lleva el control de todo el trabajo realizado en los pacientes que pasan por ese servicio.

Parafraseando a Tapscott³⁹ pudiéramos decir que una persona no era paciente de un hospital, sino el paciente del departamento de admisión y estadísticas, del departamento de medicina general, del departamento de otorrino, del laboratorio de análisis clínicos y del departamento de Rayos X, según por cuantos de ellos tuviera que pasar. Eso evidentemente no tenía sentido.

La creación de estrategias corporativas y la dirección por objetivos intentaron resolver esto, pero una vez más chocaron con la carencia de una infraestructura tecnológica que lo posibilitara.

Los procesos de integración descansan en la idea de utilizar la información como el recurso común a todas las funciones y departamentos con anterioridad y por tanto la base para crear un flujo de datos que vincule a todas las áreas y niveles, y pueda fluir vertical, horizontal y transversalmente a través de la intrincada madeja de la organización.

La integración interna resuelve en buena medida los tres grandes defectos planteados anteriormente y, para lograrlo, descansa en utilizar de manera combinada los aportes de las tecnologías de la información y las comunicaciones que se mencionaron.

En el campo de la salud, el centro de la integración interna es naturalmente la historia clínica, que al digitalizarse e incorporarse a la red, se convierte en el receptivo natural de todo lo que pasa en la organización relacionado con ese y con cualquier otro paciente. Este pasa entonces a ser cliente del hospital como un todo y no de cada uno de los servicios que lo atienden. Ampliaremos esto en párrafos posteriores.

La integración extendida, 40 también llamada interempresarial, ampliada o abierta, es una nueva forma de asociarse, donde lo que se comparte es información, sin que ninguna de las organizaciones que se "integran" pierdan su personalidad jurídica y su independencia como tales. Es una forma de crear sinergia, aprovechando en primer lugar, la integración interna de las organizaciones implicadas y en segundo lugar, las nuevas oportunidades derivadas de complementarse todas ellas entre sí.

Cuando un hospital y los policlínicos de su área de salud deciden compartir las bases de datos de sus respectivos sistemas automatizados internos, se producen numerosas ventajas para el trabajo de ambos. Citemos sólo algunas: los turnos para consultas en el hospital o para la realización de diagnósticos se obtienen directamente desde el policlínico, sin que el paciente tenga que desplazarse; ambos niveles tienen acceso a la misma historia clínica sin tener que transportarla; es posible el manejo compartido del cronograma de ingresos y operaciones electivas; se reducen pasos intermedios, personal, papel y tiempo; se facilita el acceso a los protocolos y guías de práctica clínica comunes; el resultado de los medios diagnósticos están inmediatamente a disposición de todos; se alcanza un manejo superior de las urgencias; se dispone de mayores y mejores elementos para los diagnósticos y los tratamientos; la carga derivada de las estadísticas sanitarias y del trabajo epidemiológico se hacen más razonables, entre otros.

La integración extendida es un paso de avance en relación con la integración interna. Desempeña un papel estratégico al enlazar los sistemas informáticos en red

de la organización con sus proveedores, sus clientes, sus niveles superiores e inferiores, otras organizaciones afines, otras instituciones nacionales o extranjeras de interés clínico, y en general con todas aquellas entidades que contribuyan a potenciar su nivel científico, epidemiológico, gerencial o de satisfacción a trabajadores, pacientes, familiares y la comunidad.

Los sistemas de salud, tanto privados como públicos vienen incorporando, dentro de ellos y entre ellos, tanto la integración interna como la externa como una vía para responder a la aparente contradicción de reducir costos y al mismo tiempo mejorar la calidad.

LAS HISTORIAS CLÍNICAS AUTOMATIZADAS COMO CENTRO DE LOS SISTEMAS INTEGRADOS EN SALUD. APORTES Y EFECTOS

Características principales

Se plantea que una historia clínica está automatizada, cuando su contenido está contenido en un soporte digital, forma parte de un sistema informático basado en red y se emplea para capturar, transmitir, recibir, almacenar, recuperar, enlazar y manipular información multimedia, con el fin principal de proveer asistencia médica y todos los servicios relacionados con ella.⁴¹

Es fácil comprender que las historias clínicas automatizadas sean el centro de los sistemas integrados en salud, pues extienden el papel de su versión convencional a prácticamente todas los eventos que relacionados con la salud de un paciente, pueden producirse. El Institute of Medicine, ha elaborado un gráfico citado con frecuencia en numerosas publicaciones relacionadas con el tema y que resulta muy demostrativo (Fig. II.2).⁴²

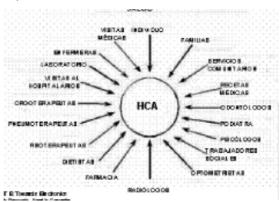


Fig. II.2. Fuente de datos relacionados con la salud.

Las historias clínicas automatizadas están en el centro de los esfuerzos de prestadores para lograr la integración interna y extendida de sus actividades. En 1995, el 56 % de los hospitales de Estados Unidos estaban invirtiendo en sistemas de historias clínicas automatizadas como una vía segura para pasar a sistemas integrados de servicios de salud. Según estimados, el mercado de las historias clínicas automatizadas crecerá a un ritmo del 70 % anual para pasar de \$100 millones de dólares en 1995, hasta \$1,5 mil millones en el año 2000.

Sin embargo, en países como Canadá y el Reino Unido, han tenido mayores avances en la aplicación de esta tecnología, debido a que cuentan realmente con un sistema nacional de salud, lo cual les otorga ventajas competitivas en relación con Estados Unidos de Norteamérica. Ambos países constituyen, por su avance, una fuente importante para conocer experiencias prácticas de su aplicación y cuáles son los criterios de proveedores, profesionales de la salud, pacientes, familiares y la comunidad con respecto a su introducción.⁴⁴

En España, las diferentes comunidades autónomas tienen avances, sobre todo en la atención primaria, aprovechando también las características de su sistema de salud pública, aunque algunos especialistas consideran que pudiera avanzarse más rápido.

En Australia existe desde el año 2000 un proyecto de red nacional, basado en historias clínicas automatizadas⁴⁵ que descansa en un programa bien elaborado y con la participación de proveedores, pacientes y demás personas implicadas.

Internacionalmente; han surgido numerosos sistemas que se pueden adquirir "llave en mano", diseñados de manera de poder adaptarse a situaciones distintas y que permiten ahorrar dinero en la creación de sistemas propios. En América Latina se ofertan muchos de ellos y de hecho han tenido bastante aceptación.

El crecimiento de las historias clínicas automatizadas es un fenómeno mundial, aunque su avance es relativamente lento, pues constituye un cambio muy significativo en cuanto al trabajo de la asistencia médica. En América Latina se aprecian numerosos esfuerzos en diferentes lugares como Brasil, Chile, Argentina, Panamá o Venezuela, por sólo citar algunos.

La existencia en Cuba de un sistema único y de acceso universal, y la prioridad que nacionalmente tiene la informática, representan una base excelente para la introducción de esta tecnología. La Red Telemática de Salud de Informed, viene realizando un excelente trabajo en todas las esferas de la informática médica con lo cual la generalización de su empleo queda asegurado. Este trabajo le ha hecho merecedora del Premio Internacional Stockholm Challenge 2002, en Tecnología de Información, en la categoría Salud.

Algunos hospitales cubanos han iniciado trabajos en el campo de las historias clínicas automatizadas. En la actualidad, se encuentra en proceso de puesta a punto en el Hospital General V.I. Lenin y en el Instituto de Cardiología y Cirugía

Cardiovascular, un sistema automatizado de gestión diseñado específicamente para este servicio (CARDIOWEB), cuyos quince módulos abarcan todas las particularidades de este tipo de servicio y el que se estructura sobre una historia clínica automatizada específica. Este sistema se irá generalizando a otros hospitales los que integran sucesivamente la Red Nacional de Cardiología, que permitirá ofrecer otros servicios especializados, entre ellos la telemedicina.

Aportes de las historias clínicas automatizadas

La historia clínica automatizada es algo más que el traslado de información desde un soporte en papel hacia otro digital. A continuación se exponen algunos de sus aportes:

- 1. Su capacidad para incluir textos, sonidos, imágenes y videos disponibles en línea, lo que implica por una parte, ahorros significativos en almacenamiento físico y por la otra la posibilidad de acceso desde cualquier servicio.
- 2. Su compatibilidad con los medios diagnósticos de base digital, implica que los resultados se incorporan a la historia en tiempo real, o sea en el mismo momento en que se obtienen y están inmediatamente a disposición de todos los usuarios.
- 3. La posibilidad de accesos remotos se extiende notablemente sin límites de distancia, momento, lugar o tipo de usuario. Se admite la simultaneidad, es decir, diferentes usuarios pueden estar consultando las mismas historias clínicas.
- 4. Resuelve el principal problema de los sistemas de integración interna, o sea, encontrar un punto que actúe como núcleo al que tributan todos los servicios y procesos, el cual se convierte al mismo tiempo en la fuente común para que todos los usuarios se informen, deriven estudios de tipo epidemiológico, y evalúen casos y situaciones que puedan aportar elementos para tomar decisiones clínicas.
- 5. En los sistemas de integración extendida, simplifica notablemente el trabajo entre los proveedores de servicio; facilita seguir al paciente en su camino por diferentes prestadores; elimina trámites y agiliza otros; reduce las solicitudes redundantes de pruebas, investigaciones y gestiones, y acorta en general el tiempo necesario para ejecutar los procesos, todo lo cual implica mayor comodidad para los usuarios y costos menores de operación.
- 6. La información contenida puede ser agregada, seleccionada, clasificada y recuperada, de acuerdo con diferentes necesidades clínicas, epidemiológicas, administrativas, estadísticas, de gestión o financiera, lo cual crea una fuente nueva para los procesos de toma de decisiones, el establecimiento y control de políticas de salud y la evaluación de la calidad de los servicios.

- 7. Actúa como factor dinamizador para la introducción de tecnologías complementarias tales como la receta electrónica, el servicio centralizado de citas previas, la telemedicina y la tarjeta sanitaria individual, todo lo cual permite una respuesta más rápida del sistema a los eventos de salud, mejoras importantes en la calidad de los servicios y reducción significativa del desplazamiento de los pacientes desde su casa a las instituciones de salud y entre ellas.
- 8. Numerosos procesos resultan más sencillos a partir de la informática en red y las historias clínicas automatizadas. Ejemplos: El ingreso de un paciente se puede hacer desde cualquier punto del hospital sin que este tenga que trasladarse a admisión. Durante la consulta, el paciente puede recibir los turnos que requiera para nuevas consultas, estudios clínicos e investigaciones incluso en otras instituciones vinculadas. La información estadística y epidemiológica está siempre disponible e incluso muchos de los elementos de la vigilancia en salud se activan de manera automática.
- 9. Su impacto en la calidad aparece de forma destacada en el informe elaborado por 18 destacados médicos y profesores de diferentes hospitales y universidades de los Estados Unidos de Norteamérica, el cual fue después revisado y refrendado por "Physicians for a National Health Program" una organización que representa más de 6 000 médicos en todo ese país. Este informe fue una contrapropuesta al proyecto de reforma sanitaria presentada por el Presidente Clinton. Uno de los puntos centrales del informe son los "Diez principios para mejorar la calidad", el cuarto de los cuales señala: "Una historia clínica automatizada, estandarizada y protegida, así como la base de datos resultante constituyen la clave para apoyar la práctica clínica y para crear la infraestructura de información necesaria para mejorar la calidad de la asistencia médica". 46

Estructura modular de los sistemas automatizados de gestión en salud

Como ya se ha explicado, los sistemas automatizados de gestión en salud tienen su núcleo principal en las historias clínicas automatizadas, con lo cual se aprovecha una característica particular de los servicios de salud.

Como todos los sistemas automatizados modernos, los de gestión en salud se organizan en módulos. Estos no son más que partes lógicas creadas con el fin de facilitar la construcción, implantación y operación de estos sistemas. Debe entenderse entonces que no son divisiones físicas de los sistemas, sino componentes totalmente interconectados entre sí, que responden a las particularidades de la institución donde se implantan.

A continuación, una caracterización de tales módulos que tiene sólo el valor de poder dar una idea de en qué consisten y qué papel desempeñan, pero que no constituyen una guía para el diseño de ningún sistema en particular:

- Nomencladores generales: Formada por todos los registros que identifican oficialmente y a todos los efectos, la institución, las otras instituciones con la que está asociada, la entidad a la que está subordinada, las especialidades y servicios que ofrece, las personas autorizadas para operarla y los niveles de acceso. La forma de denominarlos es la que se utilizará en todo el sistema.
- Nomencladores del trabajo clínico: Contiene las denominaciones oficiales y únicas de los nombres, y los términos que se van a emplear para ejecutar los procesos de atención. Este módulo garantiza la uniformidad en los conceptos a utilizar, de manera de asegurar una interpretación única a través de todo el sistema y la posibilidad de agregar informaciones que vienen de diferentes fuentes. Comprende aspectos como los siguientes: vademécum general y personal; médicos, técnicos y enfermeras; antecedentes clínicos estandarizados (Fig. II.3), diagnósticos clínicos estandarizados, indicadores y estándares clínicos, guías y trayectorias del trabajo clínico y otros.



Fig II.3 Antecedentes clínicos estandarizados

- Módulos operacionales generales: Comprende todos aquellos que abarcan áreas identificables del trabajo. De hecho, cada uno es un módulo, pero lo agrupamos debido a que su propio nombre es suficiente para identificar su contenido. Estos módulos emplean para su trabajo los nomencladores anteriormente mencionados. Quiere esto decir que cuando el pediatra está consultando al niño y desea registrar sus antecedentes clínicos, no tiene que teclearlos, simplemente selecciona de la lista que aparece en la pantalla. De esta forma, todos utilizan las mismas denominaciones para los mismos antecedentes.

- Comprende entre otros, ficha básica del paciente, gestión de imágenes y video, gestión de medios diagnósticos, control de citas, referencias y contrarreferencias, constancias para terceros, secuencias de consultas, estadísticas e informes a la orden y otros.
- Módulos operacionales especializados: Comprende los diseñados específicamente para el trabajo de cada especialidad o patología de manera que reflejen las características que estas demandan. Por ejemplo, fichas parametrizadas para el servicio de oftalmología o el de pediatría (Fig. II.4) o módulos que sólo se emplean en determinado servicio como los que contiene el CARDIOWEB, por ejemplo, cardiología nuclear, farmacología cardiovascular o marcapasos.

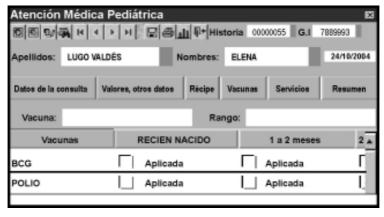


Fig. II.4. Ficha médica para el servicio pediátrico. Abierta en el submódulo de vacunas. Vista parcial. Sistema INFOMED+ Ver 4.0. ® Informed.

- *Enlaces con otras áreas:* Corresponde a los módulos que representan áreas físicas a las cuales se debe tener acceso, tales como cirugía, salas, farmacias, urgencias, admisión, banco de sangre o contabilidad.
- Enlaces externos: Representan accesos fuera del propio sistema, pero imprescindibles para el trabajo de la institución y de sus profesionales. Este es el caso de las bases globales médicas, portales médicos, cursos en línea, medicina según evidencia, correo electrónico, listas de discusión, centros académicos y de investigación y otros.

PERO LA INFORMÁTICA NI HACE MILAGROS, NI ESTÁ EXENTA DE PROBLEMAS⁴⁷

Cada aporte importante en la historia de la humanidad tiende a ser sobrestimada en cuanto a sus consecuencias e impacto. Para muchos, la televisión sacaría de escena a la radio y el cine. En fecha más reciente, numerosos "expertos" auguraron que las computadoras iban a acabar con los libros, nada de lo cual ha sucedido. De vez en cuando aparecen medicinas milagrosas que el tiempo se encarga rápidamente de ajustarlas a sus dimensiones correctas (si es que sus efectos devastadores no han obligado a retirarlas antes del mercado).

La tecnología informática actual, a pesar de su rapidez, tomó varias decenas de años para consolidarse y cada avance logrado descansó en uno anterior. El tratamiento en lotes fue una magnifica escuela para pasar después a las transacciones en tiempo real, debido a que creó cierta disciplina para preparar la información, organizarla y procesarla. Los médicos que interactúan con las enormes bases de datos pasaron primero mucho trabajo para cambiar su manera de registrar las observaciones clínicas dentro de los rígidos cánones de los primeros sistemas automatizados, pero todo eso creó las condiciones para que el tránsito fuera más llevadero. El salto no es por tanto milagroso. Seguidamente se ofrecen algunas observaciones:

- No basta comprar la tecnología para operar el cambio. Hay que crear primero condiciones de organización, de conocimientos, de voluntad y de actitud, para que pueda ser asimilada.
- No siempre la solución es un sistema automatizado en red. Es cierto que no hay porqué, pasar por todas las etapas históricas del desarrollo de la tecnología informática, pero también es cierto que a veces la solución más avanzada no es la que usted necesita o puede asimilar.
- La tecnología informática NO sustituye a las personas. El pensamiento creador, los valores de honestidad, fidelidad, compromiso y deseos de progresar no aparecen porque se introduzca dicha tecnología, incluso algunos pueden tambalearse si el proceso de cambio no se hace con inteligencia.
- La tecnología informática no elimina los delitos. La auditoría informática no se ha convertido por gusto en una especialidad por gusto, es una consecuencia de la proliferación de delitos "personalizados", o sea basados en las posibilidades y limitaciones de esta tecnología.
- Los errores tampoco desaparecen, sólo se reducen considerablemente, pero hay cosas que no puede detectar el sistema (usted teclea mal la fecha en la que el paciente desea el turno). Y si del papeleo se trata, puedo informarle que hay "genios" capaces de hacerlos revivir. Por ejemplo, conozco de muchos lugares con buenos sistemas en red y correo electrónico, donde los directivos no utilizan la pantalla sino que le piden a la secretaria que le impriman en papel todos los mensajes, para leerlos después.
- La informática no es un requisito para trabajar con calidad, aunque bien hecha contribuye notablemente a su mejoría. De lo contrario, habría que decir

que nunca hubo calidad en el trabajo de las instituciones de salud hasta que llegaron las computadoras. Pero más grave aún, usted puede empeorar la calidad e incrementar los costos de salud, con sistemas mal diseñados o que simplemente pasan a computadoras los mismos malos procedimientos que venía utilizando.

- Las historias clínicas automatizadas, las bases de datos públicas y el acceso masivo a Internet han cambiando sustancialmente la relación médico-paciente. Este último pasa a ser un sujeto activo no dominado totalmente por el criterio de su facultativo y por tanto las reglas se modifican. Los médicos deberán aceptar este reto y aprender a trabajar en las nuevas condiciones.⁴⁸
- Surgen nuevos problemas relacionados con la seguridad de las informaciones personales contenidas en las historias clínicas. No quiere decir que antes no hubiera problemas, pero ahora el riesgo es distinto. Nótese el interés creciente de las compañías de seguro de vida, los empleadores, los periodistas y las compañías farmacéuticas en lograr su acceso a ellas, ¿sospecha algo?

RESUMEN

La informática médica abarca dos grandes esferas de acción: la producción de nuevos conocimientos en el campo de la salud y la transformación cualitativa de los procesos gerenciales asociados al sector. Ambas esferas están indisolublemente interrelacionadas y su estudio por separado tiene sólo un valor académico. La informática médica, bien concebida, diseñada y aplicada, es capaz de añadir valor a los servicios de salud.

La informática médica no es simplemente la aplicación de las tecnologías de la información y las comunicaciones al trabajo de salud. Si fuera así, el impacto sería poco significativo. Lo interesante es su potencialidad para introducir cambios sustanciales positivos, que abarcan desde el trabajo individual del profesional de la salud, continúa con la organización y operación de las instalaciones, actúa sobre el sistema como un todo y extiende sus beneficios a pacientes, familiares y la comunidad.

El hecho de que los sistemas de salud sean altamente intensivos en información los hace muy sensibles a beneficiarse de las posibilidades de las nuevas tecnologías. Según muchos expertos, cada vez que el añadir valor dependa de la mezcla en tiempo real, de habilidades, experiencias y criterios múltiples, el éxito radica en el empleo de la tecnología de la información y las comunicaciones; ese es el caso de los sistemas de salud, por sus condiciones de interdisciplinaridad, intersectorialidad,

multicausalidad, homogeneidad, estandarización, dinamicidad en la creación de nuevos conocimientos y características de sus protagonistas.

Por supuesto que la informática médica demanda un proceso inicial, donde el acceso a computadoras personales y a servicios mundiales como Internet sea una actividad normal entre los profesionales de la salud, lo mismo en el trabajo que en su casa. Esto resuelve un primer problema y es el desarrollo individual permanente de dichos profesionales, lo que sin lugar a dudas se va a reflejar en la calidad del servicio.

Pero hay todavía impactos más significativos, sobre todo los que tienen que ver con la creación de sistemas integrados de gestión de salud. Para abordarlos no basta con resolver el problema "tecnológico" hay que tener en cuenta también el lado humano del cambio, esto incluye: la creación de valores compartidos, sobre todo éticos; un proceso de gestión del cambio que resulta difícil y complejo, sobre todo en aquellos lugares donde no hay transición, debido a que van a pasar bruscamente de un trabajo eminentemente manual y burocrático a otro modo de hacer las cosas; actitudes positivas hacia las comunicaciones abiertas y la gestión del conocimiento; nuevos hábitos y habilidades que necesitan ser aprendidos y aplicados; la comprensión de nuevos fenómenos, dificultades y retos a los que muchas personas no están acostumbrados, y en general todo lo que tiene que ver con la gestión del cambio.

Lo anterior no debe entenderse como dificultades insalvables. Ya hay experiencias acumuladas significativas y métodos creados para resolverlas. Lo más importante es estar claro que las tecnologías no producen cambios, son las personas las que logran y para ello tienen que empezar por cambiar ellas mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- A health information network for Australia. Report to the Health Ministers by The National Electronic Task Force. Commonwealth of Australia. Julio 2000.
- Asociación Internacional para la Informática Médica (IMIA). http://www.imia.org/ imia_links.html
- Benoff, Marc. Integrated delivery systems en Healthcare Financial Management. Septiembre del 2000. Vol. 54. Issue 9, pag. 35.
- BMJ. Electronics, clinicians, and the NHS. Editorial. Bristish Medical Journal. 7 de octubre del 2000. 321:846-847
- BMJ. Which clinical studies provide the best evidence? Editorial. British Medical Journal;321:255-256. Reino Unido. 29 de julio del 2000
- Bravo, Rafael. Sitios especializado en Medicina basada en la evidencia. http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm

Tecnologías gerenciales

- Canadian Medical Association. Advancing Electronic Health Records in Canada. Discussion paper. Canadá. 20 de junio del 2002.
- Caring for the Uninsured and Underinsured. A Better-Quality Alternative. Single-Payer National Health System Reform en revista JAMA. The Journal of the American Medical Association. Volumen 272. 14 de septiembre de 1994.
- Carnota, Orlando. El camino hacia el alto desempeño. ENSAP. Agosto 1997.
- Carnota, Orlando. El impacto de la informática en la Epidemiología y la Gerencia en Salud (en inglés y en español). Curso en línea incluido en: Supercourse Epidemiology, Internet and Global Health. http://www.pitt.edu/~super1/lecture/ lec2311/index.htm y www.pitt.edu/~super1/lecture/lec2321/index.htm. 16 de enero del 2001.
- CDC. Integrated Health Information System Investiment. Analysis Guide. EUA. 1 de abril de 1998.
- Centre for Evidence Based Medicine. Centro especializado en materiales educativos, referencias, aspectos prácticos de la medicina basada en pruebas, enlaces. http://cebm.jr2.oc.ac.uk/
- Conde, Agustín Conde, Kafury, Ana C y Arana, Oscar. Metanálisis de la administra-ción de aspirina para prevenir los trastornos hipertensivos del embarazo en Colombia Médica. Vol. 26 No. 1. 1995
- DeLuca Joseph M. y Enmark, Rebecca. The CEO's Guide to Health Care Information Systems, 2nd Edition. Jossey-Bass. EUA. 2000.
- Demirdian, Graciela. Medicina basada en la evidencia en Archivos pediátricos argentinos. 2001; 99(4)/ Pediatría basada en la evidencia
- Dole TR, Luberti AA. Toward an integrated computerized patient record en J Ambula-tory Care Management. 23 de abril del 2000 Pag. 27
- Ghali, William A; Saitz, Richard; Sarguious, Peter M; y Hershman, Warren Y. Evidence-based medicine and the real world: Understanding the controversy en Journal of Evaluation in Clinical Practices. Mayo 1999, Vol. 5, Issue 2, p133.
- Gost, Javier. Gestión sanitaria y tecnologías de la información. Navarra. España. 2001.
- Government of Alberta. Alberta Electronic Health Record en http://www.albertawellnet.org/
- Gracia Sílvia. Las Ciencias del Laboratorio Clínico Basadas en la Evidencia Científica. Guías de práctica clínica. Metodología y recursos en Internet. Mayo del 2002. http://www.seqc.es/labasevi.htm
- Haynes, R Brian; Devereaux, P.J.; Guyatt, Gordon H. Physicians' and patients' choices in evidence based practice en BMJ: British Medical Journal, Junio 8 del 2002, Vol. 324 Issue 7350, p1350.
- Health Canada. Towards Electronics Health. Enero del 2001.
- Health Services Technology Assessment Texts (HSTAT) (USA). Acceso gratuito a texto completo de documentos, guías de práctica clínica y de referencia rápida para clínicos. http://hstat.nlm.nih.gov/.
- Infomed. Red telemática de la República de Cuba. http://www.sld.cu/indice.php
- Jadad, Alejandro R., Haynes, R. Brian, Hunt, Dereck, Browman, George P. The Internet and Evidence-Based Decision-Making: A Needed Synergy for Efficient

- Knowledge Management in Health Care en CMAJ: Canadian Medical Association Journal, 08203946, Febrero 8 del 2000, Vol. 162, Issue 3.
- Johnson, Brenda y Davis, Valerie. Planning for success implementing EMR en For the Record Vol. 15, Núm 8. 21 de abril del 2003.
- Kleaveland, Bruce. Incremental Approach to Electronic Medical Records en Health Management Technology. Junio 2001. Vol. 22. Issue 6, pag. 18.
- Lee Ann Runy. AHIMA guidelines clarify legal definition of medical records en AHA News, Octubre 8 del 2001, Vol. 37, Issue 40. Pag. 8.
- Lucas, Mark S. Speaking of Efficiency en Health Management Technology. Julio del 2001. Vol. 22. Issue 7, pag. 42.
- Maojo, Victor y Crespo, José. Investigación en informática médica en Suplemento ABC Cultural del Diario ABC. España. 3 de enero de 1997.
- Markham Stoufville Hospital. Breaking the Barrier to Coordinated and Efficient Health Care. Final Report. 28 de marzo del 2002.
- Mazón, Pilar y Carnicero, Javier. La informatización de la documentación clínica: oportunidad de mejora de la práctica clínica y riesgos para la seguridad y la confidencialidad. España. 2001.
- McNamara, Thomas. Health Information Networks: Enabling Care Management in IDSs en Healthcare Financial Management, Marzo 2000, Vol. 54 Issue 3, pag. 30
- MedHunt World-Wide Medical Search. Buscador medico de la Health On the Net Foundation. http://www.hon.ch/MedHunt.
- Murphy, G. F. Murphy et al. Electronic Health Records: Changing the Vision. Harcourt Brace & Co. Filadelfia. EEUU.
- NAS. For the Record. Protecting Electronic Health Information. Committee on Main-taining Privacy an Security in Health Care Applications of the National Information Infrastructure TheNational Academy of Sciences. EEUU. 1997
- NHS. Electronic Record Development. and Implementation Programme en http://www.nhsia.nhs.uk/erdip/pages/default.asp
- Olasagasti, José Luis. El derecho a la intimidad y las necesidades de la investigación y la evaluación en el ámbito sanitario. España. 2001
- Orozco, Eduardo. Inteligencia empresarial y gestión del conocimiento: Vías complementarias para el mejoramiento de la empresa cubana. Situación actual en Gerencia en Salud. Tomo III. ENSAP. Septiembre del 2001.
- Payton, Fay Cobb. Lessons learned from three interorganizational health care information systems en Information & Management, Septiembre del 2000, Vol. 37 Issue 6, pag. 311
- Reents, Scoot Impacts of the Internet on the Doctor-Patient Relationship en Management Healthcare Strategies. Julio de 1999.
- Safran C, Sands DZ, Rind DM. Online medical records: a decade of experience en Methods Inf Med . Diciembre de1999. Pag. 308
- Yamazaki S, y Satomura Y. Standard method for describing an electronic patient re-cord template: application of XML to share domain knowledge en Methods Inf Med. Marzo del 2000. Pag. 50.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (Escocia) Guías de práctica

Tecnologías gerenciales

- clíni-ca elaboradas exclusivamente a partir de revisiones sistemáticas y continuamente actualizadas. http://www.sign.ac.uk/
- Shulzy, Stefan. Indice mundial de los enlaces más relevantes a los sitios de la Informática medica. Freiburg University Hospital de Alemania. http://www.hiww.org
- Tapscott, Don y Caston, Art. Cambio de paradigmas gerenciales. Mc. Graw Hill, México. 1995
- The Cochrane Library. Revisiones sistemáticas, estudios y ensayos. http://www.cochrane.es
- Townes PG Jr, Benson DS, Johnston P, Vaughn C. Making EMRs really work: the Southeast Health Center experience en J. Ambulatory Care Management Abril 23 del 2000. Pag. 43
- Woodcock; Greenley, Sarah; Barton, Stuart. Doctors' knowledge about evidence based medicine terminology en BMJ: British Medical Journal, Abril 20 del 2002, Vol. 324 Issue 7343, pag 929

CAPÍTULO III GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

MARCO GENERAL DE ACCIÓN

Llegar primero al conocimiento

En otros capítulos le hemos dedicado un gran espacio a caracterizar el momento actual del mundo de los negocios y sobre todo al cambio. La gran tragedia detrás de esto es que el conocimiento de la realidad envejece a una velocidad mayor que la capacidad de las personas y de las organizaciones para asimilarlo.

Apropiarse del conocimiento y de la experiencia en el menor tiempo posible se convierte entonces, en un requisito de supervivencia para las empresas, pero más que del conocimiento individual, nos estamos refiriendo al que caracteriza la institución como un todo y forma parte de su cultura organizacional.

Esta es la razón del surgimiento de las denominadas *learning organizations* cuya expresión en español no está aún consolidada, aunque se aceptan con mucha frecuencia lo mismo "organizaciones que aprenden" que "organizaciones inteligentes". El sentido que otorgan estas organizaciones al conocimiento, es hacer de este una ventaja competitiva.

No hay que confundir este tema con el de resolver la capacitación de los trabajadores, sino de hacer que la organización desarrolle la capacidad para autogenerar el cambio, a partir de apropiarse del conocimiento en un tiempo más corto que la competencia.

¿Por qué los planes de capacitación no resuelven el problema del conocimiento?

El problema del conocimiento no puede ser resuelto por los planes de capacitación convencionales. El primer obstáculo es que, generalmente, dichos planes no están diseñados realmente para mejorar el desempeño de la empresa, y en segundo lugar no impactan en la organización como un todo. Estas son las principales causas:

 No se hace una previa segmentación del personal, que distinga los grupos en función del tratamiento diferenciado que deben tener, por ejemplo, entre directivos y profesionales, entre directivos de diferentes niveles, o entre personal ejecutivo o funcional.

- 2. A veces son campañas cuyo éxito está por descontado siempre que se cumplan las fechas, las cantidades de personal y la aprobación por todos de los contenidos. Cada campaña es sustituida por una nueva y queda poco rastro de cada una.
- 3. No están relacionados con el desempeño. Se carece de una vinculación real entre preparar a las personas, y hacerles que cambien sus actitudes y conductas. Si la capacitación no produce ese efecto, queda entonces sólo como un ejercicio intelectual costoso.
- 4. No se ofrecen herramientas para aprender a aprender y esto es fundamental para el autodesarrollo.
- 5. No están vinculados con la aplicación concreta. Se supone que a partir de que la persona termina el curso, utilizará lo aprendido en el trabajo diario. No siempre es así.
- 6. Con frecuencia se carece de una estrategia corporativa, que vincule la formación y desarrollo de los diferentes segmentos de personal con el alcance de los objetivos planteados en dicha estrategia.
- 7. Se supone que la empresa, como un todo, aprenderá a partir de la suma de las cosas que aprendan los individuos que la componen y esto no es así. El aprendizaje de la organización no es la suma de lo que saben sus integrantes.
- 8. No se toman en cuenta los cambios organizacionales, que deberán producirse a partir de cómo se ha modificado o se modificará el escenario donde la organización está insertada, y por tanto no se prepara a las personas para su asimilación y participación activa.
- Utilizan el curso como modalidad docente básica, dejando de lado muchas otras posibilidades de mayor valor y efectividad en relación con la preparación de adultos.

Finalmente, en muchas ocasiones, el problema que se quiere resolver no tiene su causa en la falta de capacitación, sino en procesos mal diseñados, en pocas oportunidades para que las personas desarrollen nuevas ideas y las pongan en práctica o en mal trabajo de los directivos.

CONOCIMIENTO O INFORMACIÓN. ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA?

La información, en cualquiera de sus formas, es necesaria para el conocimiento. Incluso, el conocimiento se expresa en términos de información. Sin embargo, no puede decirse que ambos conceptos sean sinónimos. La información es tangible, el conocimiento no. La información se puede soportar en papeles, discos, imágenes. El conocimiento está en el cerebro de las personas.

Una de las tareas principales de la organizaciones que quieren hacer del conocimiento su factor principal de desarrollo y competitividad, es lograr poner la información en función de ese objetivo. En este sentido, el proceso información-conocimiento-información, sigue un esquema aproximadamente así:

- 1. Existen fuentes de información debidamente organizadas, estructuradas, de acceso público y con facilidades para la búsqueda, selección, análisis y síntesis de la información. Esto tiene que ver con el campo de la gestión de la información.
- 2. Las personas disponen de conocimientos y experiencias anteriores, asociables con la información existente en la organización, saben como encontrarle e incluso hay dispositivos para alertarlo cuando, lo que ellos saben de algo importante, ha sufrido cambios que necesita conocer.
- 3. Las personas tienen la capacidad de integrar la información nueva con los conocimientos y experiencias previas y por tanto son capaces de generar nuevos conocimientos productos de ese proceso.
- 4. Durante el trabajo en equipo se produce un flujo continuo de conocimientos en forma de informaciones que actualizan, cambian o ratifican conocimientos, de nuevos conocimientos que se vuelven a materializar en forma de informaciones y así sucesivamente, hasta terminar en un resultado de conocimientos compartidos que equivale a algo así como el conocimiento de grupo.

La gestión del conocimiento aparece en la actualidad como uno de los temas más nombrados y utilizados en el campo de la gestión. Existen numerosas instituciones, organizaciones de consultorías, libros, revistas, congresos, tesis de grado y sitios de Internet⁴⁹ dedicados a este campo o a sus temas afines. Además de estas referencias. que pudieran considerarse teóricas, es también notable el número de organizaciones que la vienen aplicando y que de esta forma explican sus actuales éxitos.⁵⁰

UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO

Esto de hablar de gestionar el conocimiento parece raro. ¿Cuál es el problema?. Los recursos tradicionales: dinero, medios físicos y personas, existen, se pueden tocar, clasificar, almacenar, mover, por tanto son "gestionables". El llamado cuarto recurso, la información, también tiene esas características, pero el conocimiento es intangible, por tanto, ¿puede gestionarse? Pareciera que no.

El conocimiento está en el cerebro de las personas y nadie puede inventariarlo, costearlo, moverlo de una persona a otra y a veces ni la propia persona se ha dado cuenta que lo tiene, o simplemente lo subutiliza. Si además, hablamos del conoci-

miento al nivel de la organización, el problema se complica pues ni siquiera estamos seguros que exista. Lo cierto es que la expresión está ya acuñada y hay que convivir con ella.

Si tomamos en cuenta que lo que está en el cerebro de las personas no puede ser administrado por nadie, salvo la propia persona e incluso hay cosas que ni siquiera esta gobierna, habría que llegar a la conclusión de que la gestión del conocimiento es una manera de considerar el conocimiento como el centro o el objetivo principal del trabajo gerencial y no como el proceso de dirigir lo intangible.

El profesor Eduardo Orozco comenta al respecto: "Debido a su propia naturaleza, el conocimiento no se administra externamente. Sólo es posible administrar el proceso de su creación y utilización en entornos sociales para fines de la organización. Por ello, es legítimo pensar que realmente se administra la información disponible en las organizaciones, aunque de modo más abarcador y profundo. Sin embargo, esto está en discusión entre los teóricos".⁵¹

Todo lo anterior conduce a la idea de que la gestión del conocimiento se aparta un poco de los esquemas convencionales sobre el manejo de los recursos. No cabe dudas que hacer del conocimiento un factor de desarrollo y de competitividad para la organización es una idea excelente, pero hacerlo y lograrlo es mucho más complejo de lo que muchas simplificaciones pretenden.

Cuando surgieron los primeros circuitos integrados, y las computadoras empezaron a reducir su tamaño y al mismo tiempo aumentar su potencialidad, los científicos descubrieron que cada nueva generación de circuitos y de computadoras se hacía en menor tiempo que lo que llevaba la anterior. El factor desencadenante era el conocimiento. El primer producto del conocimiento: la computadora, junto con la experiencia acumulada (también conocimiento), se utilizaba para crear un nuevo conocimiento mejorado en mucho menos tiempo y ese proceso es infinito. De eso trata la gestión del conocimiento.

La gestión del conocimiento tiene que ver entonces con el talento, la inteligencia, las experiencias y los valores de las personas, y cómo se logra articularlos a escala de la organización y hacer que produzcan nuevos valores, experiencias e informaciones en un proceso compartido, continuo y sistemático.

"El conocimiento es una mezcla fluida de pericia estructurada, valores, información contextual y perspicacia experta que proporciona un marco adecuado para evaluar e incorporar nuevas experiencias e informaciones. Se origina y se aplica en la mente de los portadores del conocimiento. En las organizaciones aparece con frecuencia incrustado no sólo en los documentos o en los soportes de informaciones, sino también en las rutinas organizacionales, los procesos, las prácticas y las normas". ⁵²

Lo cierto es que el conocimiento corporativo⁵³ se produce de forma natural, pues, "mientras que la creación de conocimiento es un proceso individual, su ampli-

ficación y su expansión son procesos sociales que tienen lugar entre individuos",⁵⁴ y tales procesos sociales se están produciendo constantemente dentro de la organización.

De lo que se trata ahora es de que ese conocimiento corporativo natural y en cierto modo espontáneo, sea objeto de un proceso gerencial que lo dinamice, optimice y oriente en función de los objetivos estratégicos de la organización y de la creación de una cultura orientada al cambio, para lo cual habría que actuar precisamente sobre las interconexiones entre las personas. Esa es la idea central de la gestión del conocimiento.

Una cultura organizativa basada en la generación y desarrollo sistemático del conocimiento, trabaja en mejorar y orientar el efecto sinergético de la interacción y combinación del talento, la experiencia y la pericia de sus integrantes, para que la organización pueda mantenerse competitiva y saludable. Esa sinergia crea "reflejos condicionados" expresados en el trabajo que realiza la organización como un todo, ya sea lograr que las personas recuperen la salud perdida, ganar un partido de baloncesto o construir una gran represa.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y SISTEMAS DE SALUD

Son muchas las particularidades de los sistemas de salud, que los hacen terreno apropiado para la aplicación de la gestión del conocimiento. Las siguientes pudieran ser las más importantes:

- El nivel intelectual de los recursos humanos. Es notable el número de técnicos, graduados universitarios, profesionales con grado científico, investigadores y profesores que están vinculados a este sector, y que por tanto son al mismo tiempo fuente y receptores potenciales de conocimiento.
- 2. La dinámica del desarrollo tecnológico. Los cambios en tecnologías para la salud (equipos, procedimientos, técnicas, programas informáticos, etc) en el campo de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento, la rehabilitación, la organización institucional, los sistemas de información y la gerencia en salud, pueden calificarse de vertiginosos, modifican constantemente numerosos paradigmas del trabajo en salud y crean situaciones difíciles para la toma de decisiones de los gerentes.
- 3. El hábito de trabajo en equipo. El propio carácter sistémico e interdisciplinario del trabajo sanitario, hace del trabajo en equipo una forma natural de intercambiar y de crear nuevos conocimientos. Es algo que no hay que crear, ya existe.

- 4. La información disponible. Posiblemente el sector salud sea el que mayor cantidad y calidad de información tiene a su disposición en Internet. Desde bases de datos generalistas como Medline, hasta otras muy especializadas como Best Evidence, pasando por servicios de información sistematizada como Cochrane, por citar solo tres casos. Añádase a esto, portales en salud como Infomed o sitios especializados como Compumedicina, los miles de revistas sobre salud que se publican mensualmente, muchas de ellas monotemáticas, como pueden ser nefrología pediátrica, economía de la salud, informática médica, calidad en salud o salud reproductiva.
- 5. Los hábitos de lectura y aprendizaje. En especial los médicos, especialistas en salud, investigadores y profesores leen sistemáticamente sobre temas de su campo, se interesan en localizar informaciones recientes y son particularmente abiertos a asimilar nuevas corrientes, lo cual no es lo más común en otros sectores.
- 6. El desarrollo científico. Las ciencias biomédicas se encuentran entre las de mayor dinamicidad en su desarrollo, gracias al trabajo de numerosos investigadores en universidades, centros científicos, agencias de gobierno e instituciones de salud y al avance aportado por otras ciencias básicas y aplicadas que contribuyen a este desarrollo.
- 7. El empleo creciente de las tecnologías de la información y las comunicaciones. Estas tecnologías, se han constituido en el caso de los sistemas de salud, en un elemento generador de cambio por sí mismo y esto desactualiza continuamente el conocimiento que tienen las personas sobre su propio trabajo, sobre la manera en que se relacionan con los demás incluidos los pacientes, y sobre el modo de aprender y conocer. El poder generado por las historias clínicas automatizadas es posiblemente uno de los ejemplos más notables.

De hecho, los sistemas de salud son sistemas muy comprometidos con el conocimiento y por tanto, aprender a ponerlos en función de un desempeño y una competitividad superiores debiera convertirse en una tendencia natural en las organizaciones de dicho sector.

FUENTES DE CONOCIMIENTO EN EL CAMPO DE LA SALUD

Son muchas las posibles fuentes de conocimiento en el campo de la salud. Por supuesto, la primera y más importante es el propio personal de la organización, dada las características apuntadas en un inciso anterior. Veamos a continuación una

descripción breve de las que consideramos más significativas, y que por su número y aporte consolidan el criterio de que el sector salud es un campo abonado para la gestión del conocimiento.

Internet

Representa un nuevo espacio para la adquisición de información cuyo mayor mérito está en lo fácil que resulta la búsqueda, selección y apropiación de la información. Por esta vía, el profesional de la salud puede acceder desde su computadora a las bases de datos médicas, las revisiones sistemáticas sobre temas de salud, artículos de revistas a texto completo o resumido, organizaciones y agencias de gobiernos o de Naciones Unidas, asociaciones de profesionales en salud, informes y presentaciones de congresos, participación en eventos virtuales, suscripciones a servicios informativos, diccionarios, catálogos, informaciones de tipo cultural y en general un vasto arsenal de información. Le permite también intercambiar experiencias con profesionales del mismo país o del extranjero de una forma muy rápida y económica, mediante el correo electrónico, las charlas en línea (chating), las teleconferencias o las discusiones de casos. Además de lo anterior, Internet es un buen espacio para que los propios profesionales publiquen los resultados y experiencias de su trabajo.

- Bases de datos médicas: Prácticamente todos los campos y especialidades relacionados con la salud, incluido los temas administrativos y económicos están contenidos en las bases de datos médicas, casi todas de uso gratuito. Por esta vía se puede acceder a revistas en textos completos y resumidos, libros, informaciones sistematizadas, guías y trayectorias de prácticas clínicas, imágenes médicas, evaluaciones de programas y tecnologías, avances recientes de la ciencia biomédica, mejores evidencias, etc.
 - Las bases de datos médicas son muchas y de diversos tipos. Las generalistas ofrecen información masiva en el campo de la salud, Medline es una de ellas. Otras ofrecen información selectiva y evaluada, por ejemplo Best Evidence. Otro grupo tiene que ver más directamente con temas gerenciales, por ejemplo, NEED (NHS Economic Evaluation Database) de la Universidad de York que se especializa en evaluaciones económicas en salud. ⁵⁵ Sin embargo todo lo anterior no es lo más importante, sino la posibilidad de buscar lo que se desea de una forma fácil y rápida, sin que el profesional de salud tenga que ser un experto informático.
- Revisiones sistemáticas: Servicio de procesamiento y análisis de información biomédica que emplea métodos científicos para identificar, evaluar críticamente y sintetizar informaciones sobre procedimientos clínicos, quirúrgicos o terapéuticos.

Las revisiones sistemáticas se basan en la evidencia, a diferencia de las de tipo narrativa que descansan en la opinión de sus autores. Identifican toda la literatura relevante relacionada con el objeto de estudio y reducen signifi-cativamente sesgos y errores aleatorios. A esto se añade la actualización permanente de sus contenidos y las extraordinarias facilidades de acceso al estar soportadas en formato Web.

Las revisiones sistemáticas desempeñan un papel importante en la creación de estándares asistenciales y de guías de práctica clínica, toma de decisiones, evitación de redundancias en el trabajo investigativo, utilización de los recursos y sobre todo en la adquisición de conocimientos por parte de los profesionales de la salud.

La Colaboración Cochrane, a la cual tenemos acceso en Cuba desde Infomed, es el servicio más importante de revisiones sistemáticas en la práctica clínica, acumulando un número significativo de aportes, entre ellos haber demostrado que determinadas prácticas clínicas generalmente aceptadas, eran erróneas.

Intranet: La intranet es una versión corporativa de Internet y por tanto se orienta a las necesidades estratégicas y operacionales particulares de la organización y de sus miembros. Constituye un espacio cibernético donde el personal de la empresa es al mismo tiempo, cliente y proveedor de información, por lo tanto es susceptible de constituirse en el portal de conocimientos de la organización de salud. En opinión del autor y considerando exclusivamente el punto de vista tecnológico, es el factor más poderoso de los que se disponen en la actualidad para materializar la gestión del conocimiento

Hay dos enfoques extremos para la introducción de la Intranet. Uno muy común caracterizado por lo impresionante de la parafernalia de la nueva tecnología, pero sin cambios sustanciales en el trabajo de la organización. Este enfoque consolida el *status quo*, por lo que resulta una forma muy práctica de seguir haciendo lo mismo, pero gastando mucho más dinero.

El otro enfoque implica "reinventar" la organización de manera que las nuevas tecnologías puedan ser explotadas al máximo. No se trata de automatizar lo que se hace, sino de rediseñar los puestos de trabajo, los flujos, los procesos, las unidades organizativas, los niveles de dirección y la organización como un todo aprovechando los nuevos instrumentos de los que se dispone. De lograrse un buen diseño, se estaría haciendo una excelente aproximación hacia la optimización de las interconexiones de la organización y la consolidación de una red humana orientada al conocimiento.

Las posibilidades de acceso selectivo, interactivo y prácticamente libre al conocimiento almacenado en forma de información, el intercambio en tiempo de real de experiencias y conocimientos, la realización de foros y discusiones abiertas,

sin que las personas tengan que desplazarse, las aplicaciones especializadas, la disponibilidad en tiempo real de guías, normas y procedimientos clínicos y terapéuticos propios de la organización, la elaboración y control de proyectos en grupo, las historias clínicas automatizadas como fuente de consulta, el correo electrónico, la realización de encuestas y votaciones internas, la disponibilidad de resultados de investigaciones y revisiones sistemáticas, la discusión en línea de casos con apoyo de la gestión de imágenes y el video, y los cursos en formato Web (e-learning), representan una forma totalmente nueva de trabajar donde la información y los conocimientos están continuamente utilizándose, reutilizándose, actualizándose y generando a su vez nuevas informaciones y conocimientos.

- Trabajo en equipo: Constituye la célula fundamental para hacer posible la gestión del conocimiento a escala de toda la organización. Como ya se apuntó anteriormente, el trabajo en equipo en el campo de la salud se origina en el carácter sistémico e interdisciplinario de esta disciplina y posee incluso más tradición histórica que en el sector industrial. La discusión de casos, las intervenciones quirúrgicas de alguna complejidad o la interconsulta, son fuentes naturales y consolidadas de intercambio y de generación de nuevos conocimientos. O sea, este es un sector, donde el trabajo en equipo no es noticia.

El trabajo en equipo, bien diseñado crea un flujo interactivo de informaciones, conocimientos, contradicciones, retroalimentación e influencias recíprocas que se materializa en los nuevos conocimientos que asumen sus miembros, lo incorporan a sus propias actitudes y acciones y eventualmente "contagian" a otros con esos valores. A esto se adicionan las facilidades que aportan las tecnologías de la información y las comunicaciones (Internet, Intranet, bases de datos, etc) que elevan las posibilidades de trabajo en equipo a la categoría de la organización como un todo.

La cuestión clave es que el equipo y en general el trabajo en colaboración deviene en el rasgo fundamental de las organizaciones que dejaron atrás las estructuras clásicas de ordeno y mando, y esto es lo que explica porque la solución a la gestión del conocimiento empieza por ahí. "La organización del trabajo en la economía del conocimiento se está moviendo de un modelo jerárquico a un modelo en red, donde el proceso de creación del conocimiento se vuelve cada vez más dependiente del trabajo en colaboración".⁵⁶

- Sistemas automatizados de gestión en salud: Estos sistemas tienen como centro las historias clínicas automatizados, y como forma de expresión la integración en red de todos los departamentos y servicios que forman la organización de salud. Cuando están bien hechos, son capaces de generar cambios profundos en el modo de trabajo de la organización, entre ellos la denominada integración interna, cuya contribución fundamental es hacer más débiles las fronteras entre las unidades organizativas y fortalecer la interconexión y el trabajo en equipo. La automatización de las historias clínicas⁵⁷ aporta además, una nueva posibilidad a la creación del conocimiento corporativo, que se deriva de combinar e integrar informaciones sobre patologías específicas, resultados de tratamientos, aspectos epidemiológicos del trabajo de la organización o del territorio e incluso evaluación de la calidad del servicio.

Los sistemas automatizados de gestión en salud se acercan más al modo real en que trabajan las organizaciones, pues reflejan con mayor fidelidad el carácter de red compleja de interacciones entre personas y grupos que siempre ha sido la característica principal de cualquier organización. Al poder actuar de forma más efectiva sobre dicha red de interacciones, las posibilidades de generar un conocimiento corporativo orientado hacia una mayor competitividad es superior.

- Fuentes tradicionales: Las fuentes de este tipo siguen siendo importantes para el desarrollo del conocimiento. Podemos mencionar entre ellas, historias clínicas convencionales, carpetas metodológicas, resúmenes estadísticos, eventos científicos, informes contables y de presupuestos, información bibliográfica en soporte en papel, noticieros internos, cursos de superación, etc.
- Fuentes externas: Aprender de otros es una fuente importantísima. Una de las ventajas es evitar volver a inventar la rueda una y otra vez. Conocer cómo lo hacen los demás (no sólo los más famosos), por qué lo hacen y qué ventajas tiene tomar en cuenta ese conocimiento para la propia organización, puede ser un aporte al mejoramiento de la organización.

La referenciación competitiva (benchmarking), tratada en el capítulo IV de este libro, es una de las manifestaciones de fuente externa que mayor desarrollo ha tenido en los últimos años, particularmente porque está muy sistematizada. Otra expresión de fuente externa, también significativa, está constituida por el empleo de consultores, siempre que la organización sea capaz de incorporar a personal propio en los procesos de consultoría.

Los clientes, los proveedores e incluso la competencia, son también fuente de información y por tanto factores para el desarrollo del conocimiento de los individuos y de la organización. Esto ha llegado un punto en el cual clientes y proveedores comparten bases de datos y desarrollan determinadas estrategias de beneficio común.

Pero estos son sólo fuentes, usted puede tenerlas todas a su disposición y sin embargo, el conocimiento no rebasa el mundo de los individuos y estos a su vez no son capaces de explotarlo al máximo para hacer que la organización avance y sea cada vez más competitiva. Veamos a continuación cómo otros factores relacionados con el liderazgo, los estilos de dirección, o la distribución del poder

influyen en las posibilidades de que las fuentes se conviertan o no en conocimiento corporativo, orientados a las estrategias de la organización.

EL CONOCIMIENTO Y LAS "ORGANIZACIONES INTELIGENTES"

¿EXISTEN LAS ORGANIZACIONES INTELIGENTES?

Para muchos, "el conocimiento se ha convertido en un factor de la producción tan escaso e importante como el capital y el trabajo". ⁵⁸ Como hemos visto, las posibilidades derivadas de la tecnología de la información y las comunicaciones, y el impresionante efecto que los equipos de alto desempeño logran con respecto al conocimiento, han llevando este concepto a los primeros planos.

Se tiende a identificar como organización que aprende u organización inteligente, a aquella que fomenta y logra una cultura corporativa, basada en emplear el conocimiento como fuente de la creación de valores. Es claro que el concepto "inteligente" parece exagerado pero es aceptable a partir de la idea que contiene.

Una organización que aprende "industrializa" el conocimiento. Desarrolla un mecanismo sistemático para que todo su personal adquiera la habilidad de generar, obtener, e intercambiar conocimientos, pero sobre todo para lograr que la organización, como un todo, modifique su comportamiento, como efecto inducido del nuevo conocimiento adquirido.

¿QUÉ PUDIERA HACERSE PARA "INDUSTRIALIZAR EL CONOCIMIENTO"?

Garvin⁵⁹ caracterizó muy bien las cinco principales actividades, que en término de desarrollo de habilidades, practican las organizaciones inteligentes. Es un enfoque que a pesar de los años transcurridos, mantiene su vigencia. Él consideraba las siguientes:

- 1. Solución sistemática de problemas.
- 2. Experimentar con nuevos enfoques.
- 3. Aprender de la experiencia propia y de la historia pasada.
- 4. Aprender de las experiencias y las mejores prácticas de otros.
- 5. Transferir el conocimiento con rapidez y eficiencia a través de toda la organización.

Aparentemente hay pocas cosas nuevas aquí. Incluso las técnicas de solución de problemas son conocidas desde hace más de diez años. Lo novedoso es, por una parte, su aplicación sistemática, generalizada y orientada al desempeño, y por la otra su tratamiento en forma integrada, a diferencia del enfoque casuístico o anecdótico que muchas veces asume.

Solución sistemática de problemas

Las técnicas de solución de problemas son un método científico que ha probado su eficacia en los procesos de definición del problema, análisis de causas, efectos, fuerzas que actúan a favor, en contra, diseño y aplicación de la solución. Son técnicas eminentemente participativas, por lo que constituyen un mecanismo ideal para el trabajo en equipo con todas las consecuencias favorables que ya se han apuntado en incisos anteriores.

Las técnicas de solución de problemas en equipo son potencialmente generadoras de conocimientos. El proceso que ellas siguen tiende a crear, adquirir y transferir conocimientos de una forma en que el pensamiento colectivo tiene más fuerza que el individual. "...pero, si los equipos aprenden, se transforman en un microcosmos para aprender a través de la organización. Los nuevos conceptos se llevan a la práctica. Las nuevas aptitudes se pueden comunicar a otros individuos y otros equipos (aunque no hay garantía que se propaguen). Los logros del equipo pueden fijar el tono y establecer una pauta para aprender conjuntamente para la organización". 60

Por supuesto, lo anterior no es espontáneo, ni falto de dificultades. En opinión del autor, la gestión del conocimiento comienza en el trabajo en equipo y sólo si triunfa allí es que potencialmente puede triunfar a escala de la organización. Cuando los miembros de los equipos se conforman con lograr soluciones de compromiso, o se dedican a atrincherarse o a defenderse, quizás aprendan algo, pero esa historia es ajena al tema que estamos tratando.

Experimentación con nuevos enfoques

La experimentación, en este caso, es un proceso de someter sistemáticamente a prueba materias primas, productos, procesos, sistemas, modos de vender, formas de organizar, etc., en busca de nuevas aplicaciones, calidades superiores, menor tiempo de realización, reducción de costos, elevación de la productividad, atraer más clientes, etc.

En un momento puede ser, la búsqueda de nuevos procedimientos para lograr mejores niveles de recuperación en las cirugías de prótesis de cadera; en otro, resolver la disyuntiva de elevar la calidad en la atención a los pacientes ingresados y

al mismo tiempo reducir los costos. Es interesante como, en instituciones de salud con un marcado interés en este enfoque, aparecen continuamente métodos mejores para hacer las cosas. Una mirada al mural de logros, o una visita a los talleres científicos internos, así lo demuestra.

La experimentación es también un fuerte proveedor de conocimientos, siempre que la sistematicidad, la práctica por todo el personal, el incentivo para hacerlo y el apoyo por la alta dirección formen parte de su concepción y aplicación.

La experimentación sistemática y generalizada no se resuelve con estímulos y frases en los murales. Es un problema de empoderamiento. Hay que dotar a todo el personal de habilidades en materias relacionadas con el diseño de experimentos, las técnicas de creatividad, el análisis de procesos y las propias del oficio de cada cual. A esto habría que añadir la necesidad de crear una cultura en esta dirección.

Aprender de la experiencia propia y de la historia pasada

La experiencia es sólo lo que usted aprende de lo que le sucede. O sea, usted no acumula experiencia si únicamente se sienta a lamentarse o a tratar de olvidar sus fracasos, o a vanagloriarse de sus éxitos. Haber salido mal en la acreditación de su hospital, puede provocar una de estas reacciones: a) Echarle la culpa a algo o alguien (enfoque del totí); b) Abrumarse por lo que pudo haber sido y no fue (enfoque de bolero); c) Meterle mano al maquillaje y hallar soluciones cosméticas y de corto plazo de duración (enfoque estético); d) Hacer un estudio sistémico y en equipo de las causas, aprender de ellas y buscar soluciones, donde haya un compromiso genuino por parte de los que deben resolver los problemas. Por supuesto, la última es la mejor de todas, pero no la más frecuente.

Es muy interesante cómo grandes logros en materia de productos, la serie IBM 360 por ejemplo, fueron el resultado de estudiar de forma colectiva y a fondo los fallos de la tecnología anterior que por supuesto fracasó. Obtener conocimientos a partir de la experiencia es también una vía efectiva.

Todo esto nos lleva a la idea que lo importante es estudiar, tanto las razones y circunstancias del éxito, como del fracaso, sacar lecciones de ellos y ponerlas en práctica. El trabajo en equipo es un buen método para hacer este análisis.

Aprender de las experiencias y las mejores prácticas de otros

Aprender de otros era algo que se ocultaba o se prohibía en muchas organizaciones. Estudiar las experiencias de avanzada, compararse con los mejores en cada esfera del trabajo propio (referenciación competitiva⁶¹), acceder a las mejores prácti-

cas, conocer incluso como son las preferencias de nuestros pacientes y cómo conciben el servicio que deben recibir, son mecanismos que propician también la rápida asimilación del conocimiento.

"Hemos descubierto que tomar prestadas ideas es algo tan efectivo que hasta organizamos viajes al campo para descubrir ideas nuevas. Nuestros técnicos del departamento de hojalatería y pintura fueron a California para investigar como hacían las cosas allá. El gerente del departamento fue a visitar los mejores talleres de hojalatería y pintura de Europa para aprender como lograban igualar el color de la pintura de los autos que les llegaban para reparación. En consecuencia, ahora empleamos pinturas Sikkens y cámaras de secado Garmat". 62

El contactar con otros y conocer sus experiencias puede aportar nuevos puntos de vistas, romper paradigmas, hacer pensar de otra manera al personal, o al menos preocuparlos seriamente.

Las visitas dirigidas (no el turismo técnico) es una de las vías importantes para aprender de otros. Conversar con los clientes ofrece información no sólo sobre sus propias apreciaciones, sino que es un elemento transmisor de los estados de opinión y de la comparación de su producto o servicio con otros que se ofertan en el mercado. La organización puede haber diseñado según su opinión, la mejor historia clínica ambulatoria del mundo, pero los pacientes pueden encontrarla "incomprensible" "fácil de perderse" o simplemente "incómoda". Todas estas prácticas están sistematizadas en las organizaciones que hacen del conocimiento una prioridad.

Hay un requisito básico para que el aprender de otros sea de verdad una fuente del conocimiento, y es abandonar la autodefensa y sustituirla por la capacidad de escuchar. Si usted o su personal se consideran los mejores y en vez de escuchar se defienden, no gaste su dinero en entrevistarse con los clientes o en enviar a sus "expertos" a Australia para saber por qué las canguras no usan cochecitos para llevar a sus bebes.

Transferir el conocimiento con rapidez y eficiencia

La transferencia del conocimiento es otra condición del éxito de las organizaciones que aprenden. Su objetivo principal es sacar el conocimiento del lugar, de la persona o del área donde se encuentre y lograr que llegue a todo el que tenga que llegar. Es un proceso donde se trata de que el conocimiento viaje sistemáticamente hacia todas las direcciones de la organización, rompiendo con los moldes o fronteras tradicionales que lo limitaba a los "inteligentes", los directivos o los que debían estar "bien informados".

La diseminación del conocimiento, puede llevarse a cabo mediante numerosos métodos: informes, talleres, pequeños eventos, boletines, prensa local, videos, teleconferencias, entrenamientos, intranet, tutorías, discusión de casos, rotación de puestos o de niveles, visitas técnicas, acceso a bases de datos instructivas o informativas, y otros más. La diseminación debe hacer que toda información contribuya al aprendizaje de los demás, en vez de permanecer inmovilizada en un archivo, en un estante o en el disco duro de alguien que la considera sola suya.

La transferencia del conocimiento debe tener en cuenta cuatro factores:

- 1. Rapidez. Si no viaja a la suficiente velocidad pierde actualidad.
- 2. Fronteras. Cada método tiene su oportunidad de aplicación y sus propias ventajas y desventajas.
- 3. Universalidad. Mientras más personas accedan al conocimiento mayor serán sus posibilidades de contribuir o provocar el cambio.
- 4. Segmentación. Las vías y los métodos a emplear deben considerar las características de los diferentes grupos de personal.

LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN CUBA

Ciertas condiciones son propicias para la gestión del conocimiento en Cuba. En primer lugar el alto nivel de escolaridad alcanzado por la población cubana en los últimos 40 años. A esto se suman los trabajos mas recientes relacionados con la informatización de la sociedad, el acceso a la tecnología informática, que comenzó masivamente en la enseñanza superior y se extiende ahora a todos los niveles de la enseñanza, la Universidad para Todos y más recientemente los canales educativos, el inicio de trabajos de consultoría orientados a la gestión del conocimiento, la celebración de eventos científicos donde esta disciplina ha tenido una presencia destacada, la incorporación de esta materia en la preparación de gerentes y el movimiento hacia la creación de sitios Web e Intranet por parte de algunas organizaciones.

Otras cuestiones requieren ser resueltas previamente, sobre todo en términos de su materialización a nivel de las organizaciones. Entre ellas se encuentran, la tendencia hacia la centralización que incluso resiste en ocasiones hasta las orientaciones oficiales al respecto, la carga burocrática que prevalece en muchos procedimientos de trabajo, y la complejidad y exceso de niveles de las estructuras organizativas.

No obstante lo anterior, "son varias las organizaciones que trabajan en el tema y lo promueven. GECYT, la Empresa de Gestión del Conocimiento y las Tecnologías, lo ha incluido con éxito en su encuentro nacional sobre gestión tecnológica, así como en los encuentros provinciales y en particular en IBERGECYT, el Seminario Iberoamericano sobre Tendencias Modernas en Gerencia de Ciencia e Innovación Tecnológica. Otras organizaciones han desarrollado sus propios mecanismos de inteligencia, como la Corporación Cubanacán. La gestión del conocimiento ya es enfoque de trabajo en entidades como CUPET y varios organismos de la administración central del Estado". 63

Posiblemente es en el campo de la salud donde mayores y mejores esfuerzos se vienen haciendo para crear las condiciones tecnológicas, informativas y de preparación de los gerentes y del personal, para acceder al mundo de la gestión del conocimiento.

El subsistema de información de la salud cubana, se inició en fecha tan temprana como 1965 e INFOMED, la red telemática de salud en Cuba comenzó en 1992 y desde esa fecha ha mantenido un proceso continuo y creciente de cobertura de usuarios y de mayor extensión y calidad en los servicios. Estos avances la han hecho merecedora del Premio Internacional Stockholm Challenge 2002 en Tecnología de Información en la categoría salud.

El proceso de introducción y consolidación de las nuevas tecnologías en el campo de salud en Cuba se basa en los objetivos siguientes:⁶⁴ Estimular y fortalecer la educación permanente, la investigación científica y la innovación tecnológica en salud, a través de promover:

- 1. La comunicación entre docentes, científicos y otros especialistas.
- 2. El intercambio de recursos informativos de manera sistemática y organizada.
- 3. Servicios de alto valor agregado para la asistencia médica, docencia y las investigaciones en salud.

Esta concepción se materializa en espacios de interacción, entre los que se encuentran la universidad virtual, la clínica virtual, la cátedra virtual, el centro virtual de convenciones y la red científica. Todo esto es apoyado por un proceso de preparación de profesores, gerentes y profesionales de la salud para el uso inteligente de estas nuevas tecnologías.

Por otra parte, la Escuela Nacional de Salud Pública ha venido incluyendo en la formación postgraduada de profesionales de la salud, temas relacionados con el impacto de la informática en la gerencia, la epidemiología y los sistemas de salud, lo cual prepara a los gerentes para los cambios que necesariamente se producirán.

CONDICIONES PARA LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Estas no son recetas y mucho menos una metodología. Nos vamos a referir esencialmente, a ciertos requerimientos que son necesarios para abordar la gestión del conocimiento en cualquier organización. Con seguridad faltan cosas, pero las que aquí aparecen son imprescindibles. Lo más importante a decir adicionalmente es, que el modo de combinarlas y aplicarlas tiene que estar en función del lugar, las personas, el sistema de trabajo y las circunstancias.

GESTIÓN DE INFORMACIÓN

Los sistemas de información tradicionales se ocupaban principalmente de la contabilidad, los costos, y el registro y control de las operaciones propias de la organización, tales como las historias clínicas en un hospital, el proceso de fabricación en una industria o el alojamiento en un hotel. Estos sistemas tendían a ser muy pocos integrados entre sí y consecuentemente, con un alto nivel de redundancia. ⁶⁵ Su enfoque hacia la gestión era bajo.

La denominada gestión de información trata ahora de abarcar todo lo que pueda ser fuente importante para la gerencia y para crear, desarrollar y diseminar el conocimiento. Esto incluye lo ya mencionado y además, información sobre proveedores, clientes, ⁶⁶ competidores, investigaciones, historias clínicas automatizadas, vigilancia epidemiológica, estado de la tecnología, mejores evidencias, situación política, tendencias estratégicas, mercados, etc.

Todo esto parecería voluminoso y posiblemente abusivo, pero la gestión de la información descansa en técnicas de análisis, síntesis, sistematización, relevancia, interactividad y diseño orientado al usuario que permite el acceso selectivo y oportuno tal como soñaban hace veinte años los diseñadores de sistemas de información.

Lo anterior es posible debido a tecnologías como la informática en red, las herramientas de trabajo en cooperación, la estandarización de datos, las bases de datos, los sistemas de control relevante, las herramientas de integración de conocimientos, la minería de datos, el hipertexto y las revisiones sistematizadas.

Esta nueva concepción cambia las reglas del juego acerca del papel de la información en el trabajo gerencial, es consecuente con su posición de cuarto recurso gerencial y potencia el papel de las fuentes del conocimiento anteriormente mencionadas, sobre todo en el hecho de hacerlas públicas y fáciles de utilizar.

PENSAMIENTO SISTÉMICO

El pensamiento sistémico no es nada reciente, aunque lo haya traído de nuevo al escenario mundial de la gerencia Peter M. Senge, con su espectacular libro *La Quinta Disciplina*, cuya primera edición apareció a principios de la década de los noventa, donde aseguraba entre otras cosas "sin pensamiento sistémico, no hay incentivos ni medios para integrar las disciplinas del aprendizaje una vez que se introducen en la práctica". ⁶⁷

Los antecedentes conocidos del pensamiento sistémico se remontan al siglo XVI, con los estudios sobre medicina experimental realizados por Paracelso, los trabajos de Hegel acerca de la dialéctica durante el principio del siglo XIX y en especial con la obra monumental de Marx a finales del mismo siglo, *El Capital*, donde hace una análisis del modo de producción capitalista. Resulta evidente en estos casos, cómo el enfoque en sistemas conduce a la comprensión y por ende al conocimiento de fenómenos altamente complejos.

Durante el siglo XX destacados científicos soviéticos y norteamericanos dieron cuerpo y forma a la Teoría de Sistemas, la que quedó establecida como uno de los métodos fundamentales del conocimiento científico, y se integró al estudio y la compresión de prácticamente todas las ramas del saber humano. En el campo de la salud, el estudio en sistemas ha desempeñado un papel fundamental.⁶⁸

El mundo de las organizaciones es altamente complejo, dinámico, interrelacionado y generalmente imprevisible. El creciente proceso de integración y globalización incrementa más aún estas características. Nótese que la célula elemental de las organizaciones es la persona y este es el elemento vivo más complejo de la naturaleza.

Por otra parte, esa red social que es la organización "involucra a múltiples bucles de retroalimentación, a través de los cuales, valores, creencias y normas de conducta se comunican, modifican y sostienen constantemente [...] La red social produce también un cuerpo de conocimientos compartido -que comprende información, ideas y habilidades- que, junto con sus valores y sus creencias, conforma el modo específico de vivir de esa cultura".⁶⁹

Sin embargo, por un problema de comodidad, la mente humana tiende a simplificar las cosas. El gerente de la cadena de tiendas MUNDOMODA nota que las ventas de su mejor vestido no satisface las expectativas. Una mente "ágil" como la de este gerente llega rápidamente a una conclusión simple: el precio es muy alto y decide bajarlo, y quizás esta no sea la causa.

El surtido de posibilidades puede ser amplio, por ejemplo: las presentadoras de televisión están apareciendo con nuevos modelos discretos, y este es muy escotado; el precio realmente es bajo, pero el mercado meta de esas tiendas es de alto

poder adquisitivo y las clientas sospechan de lo "barato"; un modisto famoso comentó en la prensa que "se imponen los colores pasteles" y este es azul marino; el modelo no es atractivo, etc. Calcule usted los efectos que tendría bajar el precio.

En el mundo de la salud se puede apreciar claramente esto cuando se estudian por ejemplo, los incrementos en los costos. Ampliar los presupuestos de gastos para mejorar las condiciones que determinan la salud, produce efectos positivos en la capacidad de trabajo de las personas, pero esto no es suficiente si no va acompañado de mejoras en los sistemas de educación que los capacite, y eduque y en avances en la situación económica que promueva el amplio empleo.

Al mismo tiempo, las acciones de mejoramiento de la salud, al extender la expectativa de vida, genera en el futuro un incremento en los costos de salud, debido a la mayor incidencia de enfermedades crónicas asociadas a la tercera edad. Ese incremento no se compensa en términos de ingresos sociales pues la mayoría de esas personas ya no son económicamente activas.

El pensamiento sistémico promueve ver más allá de lo evidente. Es un estímulo para apreciar los fenómenos en su dinámica, en sus causas, en su interrelación con otros, en el modo como es controlado o cómo se autocontrola, en la cadena de efectos inducidos que se produce cuando se le incorporan cambios. Muchas consecuencias de las decisiones no tienen un efecto instantáneo y parecería entonces que no lo tuvieran y eso es peligroso. De ahí la importancia del pensamiento sistémico en la creación de conocimientos.

La primera condición para estimular el pensamiento sistémico es que las personas se familiaricen con la teoría de sistemas y el enfoque en sistemas. Esto crea condiciones para el empleo de otras técnicas favorecedoras, por ejemplo las de solución de problemas en grupo o la matriz DAFO, que se basan en aproximarse a las decisiones por un camino de enfoque en sistemas.

Otro elemento favorecedor es el acceso amplio y libre a la información. Por supuesto, toda la preparación es insuficiente si no se logra una actitud consciente de las personas en esa dirección y si no crea reflejos condicionados en ellas y en la organización que les hagan actuar sistémicamente ante los acontecimientos.

VISIÓN COMPARTIDA

Nótese que empleo la palabra "compartida" y no ninguna parecida, como pudieran ser "acordada", "aprobada", "aceptada" u "oficial" por sólo citar algunas de la familia. Hace poco me llamó la atención una cadena hotelera que tenía en todos sus hoteles y oficinas dos preciosos cuadros, uno con la visión y otro con la misión de la cadena. Ambos estaban muy bien redactados.

Por un problema de deformación profesional, se me ocurrió hacer una encuesta y durante varios días estuve rondando por varias instalaciones haciendo preguntas medio abiertas como las siguientes: "Bonito el cuadro, ¿qué hay con eso?", "Eso de la visión parece interesante, ¿cómo es la cosa?" "¿Por qué ahí dice que ustedes son los mejores; pero a mí, por ejemplo, me gusta más el Hotel Fulanito de tal?"

Lo interesante fue que encontré respuestas mucho mejores que mis preguntas. Les cito algunas "Esos cuadritos los pusieron aquí hace varias semanas, realmente están bonitos", "Señor, eso forma parte del plan de promoción de la cadena", "Según nos dijeron, ese es nuestro sueño", "Es verdad que el Hotel Fulanito de tal está muy bueno, pero usted sabe como son los jefes", "Mire, mi problema es trabajar, ¿no le parece?", etc., etc.

No encontré nadie que asumiera como suyos los valores estratégicos allí declarados. Si no existen visiones compartidas, no se dispone de comunidad de aspiraciones y mucho menos de rumbo. "La visión compartida es vital para la organización inteligente porque brinda concentración y energías para el aprendizaje"⁷⁰

LIDERAZGO PARTICIPATIVO

La nueva problemática del liderazgo es el manejo del poder. El concepto de poder, cuando hablamos de gerencia, tiene formas muy amplias de manifestarse. El control de recursos materiales o financieros, la capacidad para decidir, la posesión de conocimientos o informaciones claves, la autoridad formal o la adquirida por valores propios, el monopolio, etc., son manifestaciones de poder.

Todas ellas tienen mucho que ver con la concepción jerárquica heredada de la revolución industrial y catalogada durante mucho tiempo como un paradigma de la gerencia. En esencia, el poder refleja la capacidad para influir sobre las personas y las cosas.

Las llamadas organizaciones de alto desempeño, organizaciones de excelencia o simplemente organizaciones exitosas, vienen modificando las estructuras puramente jerárquicas y para ello debieron distribuir poder (en cualquiera de sus manifestaciones). Prácticamente todas las habilidades y tecnologías gerenciales contemporáneas descansan en este cambio. La gestión del conocimiento no escapa a ello.

La información como privilegio de pocos, es una barrera insuperable para crear valores a partir del conocimiento, pues le resta su fuente principal. Las limitaciones para tomar decisiones, administrar recursos o tomar la iniciativa para actuar, forman otra barrera y es la que demuestra que el conocimiento no hace falta, pues sólo los jefes tienen responsabilidades de ese tipo.

Un ambiente de priorización y generalización del conocimiento, como motor del desarrollo de la organización, requiere un tipo de liderazgo abierto, orientado al empoderamiento del personal, compartido y descentralizado, y esto hace que tener, adquirir y refrescar el conocimiento tenga sentido. No es que los líderes desaparezcan, todo lo contrario, pues como apunta Bennis Warren "Los nuevos lideres crearán una arquitectura social y un sistema de apoyo que permita a muchas otras personas tener éxito en convertirse en líderes".⁷¹

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

No todas las personas tienen ambiciones de progreso, ni quieren estar aprendiendo continuamente, ni están dispuestas a cambiar cada cierto tiempo el modo de hacer las cosas. Esto no las hace ni malas ni buenas, simplemente son así e incluso hay numerosos empleos que requieren individuos de esas características.

Recuerdo que hace muchos años, cuando la computación descansaba en las máquinas basadas en tarjetas perforadas, la IBM rechazaba candidatos a operadores que parecieran muy inteligentes, ya que eran los menos indicados para hacer un trabajo extraordinariamente monótono, que haría que lo abandonaran al poco tiempo, con lo que se perdía la inversión en prepararlos.

El problema de la gestión del conocimiento es diametralmente opuesto. Se trata de despertar el interés en aquellos con posibilidades (si no las tienen, no hay arreglo) y potenciar a los que les apasiona aprender, compartir, actualizar y aplicar el conocimiento en función del éxito en su trabajo y en su organización.

Lo anterior significa que la gestión del conocimiento empieza justamente por el reclutamiento y selección de personas que desean progresar, que no le temen al cambio, que les gusta experimentar y que aprecian los retos.

Claro, la cosa no termina ahí, está después todo el proceso de formación y desarrollo, la evaluación y compensación del desempeño, acorde con los resultados y sobre todo el empoderamiento, o sea darles la oportunidad de que asuman responsabilidades, tomen decisiones y aprenden a correr riesgos. Sin las personas apropiadas y comprometidas con la visión, y sin los mecanismos adecuados de gestión de recursos humanos, no hay posibilidades de tener éxito en los procesos de creación, desarrollo y transferencia del conocimiento.

PARTICIPACIÓN E INTERSECTORIALIDAD

Dado que las acciones orientadas hacia la salud, el bienestar y el alargamiento de la vida con calidad no son, ni pueden ser exclusivas de las instituciones sanitarias, sino que involucran a otros sectores, a los pacientes, sus familiares, los grupos sociales, la comunidad y la sociedad en general, es fácil deducir que la gestión del conocimiento en salud no puede circunscribirse sólo a las instituciones que pertenecen al sector.

"La salud aparece como un producto social en la cual sus actores y las acciones, trascienden significativamente las fronteras del denominado sector salud, por lo que se requiere de una respuesta social organizada, sin la cual el enfoque no sería sistémico y por tanto, el nivel de sinergia que se podría alcanzar sería muy bajo".⁷²

La mencionada respuesta social organizada involucra en primer lugar a las propias personas, dado que tienen una responsabilidad por el cuidado de su propia salud, para lo cual requieren tener los conocimientos necesarios que les permitan decidir en cada momento la mejor opción. Esas mismas personas, tienen responsabilidades similares con respecto a su familia.

Por otra parte, la comunidad y sus líderes tienen también responsabilidades con respecto a la salud de sus miembros, y deben estar en condiciones de promover los hábitos y conductas adecuadas, contribuir al mejoramiento sanitario y exigir la atención debida a los que la componen.

Muchos sectores de la economía y de la sociedad constituyen factores influyentes o determinantes de la salud. Problemas como el insuficiente abasto y calidad del agua de consumo, contaminación ambiental, deficiente educación sanitaria, bajo nivel de participación de la población en la educación física y el deporte o bajo nivel de cultura alimentaria, constituyen algunos ejemplos.

Todo lo anterior demuestra que la gestión del conocimiento en salud tiene que corresponderse con el propio carácter social de la producción en salud. Por ejemplo, el sector salud pudiera estar muy preocupado por una ola de calor pronosticada para las próximas semanas y que sabe afectará seriamente a las personas mayores de 60 años, por lo que está organizando todos los preparativos para atender a los perjudicados.

Sin embargo, una acción posiblemente mejor sería lograr que todas las fuerzas sociales cooperaran en ese esfuerzo, lo que permitiría reducir al mínimo el efecto que sobre este grupo poblacional pudiera producirse.

Se trata entonces de unir esfuerzos y analizar de conjunto con sectores claves como los medios masivos de comunicación, las asociaciones de retirados, los clubes de abuelos y los lideres comunitarios, las diferentes aristas que tiene el problema, cuáles factores incrementan o disminuyen el riesgo, cómo podría actuar cada parte, cuáles son los síntomas de peligro y hallar de conjunto una estrategia y un modo de actuar conciliado. De esta forma, el conocimiento exclusivo del sector salud pasa a ser un conocimiento social.

RESUMEN

La gestión del conocimiento es posiblemente, una de las tecnologías gerenciales de mayor complejidad a la hora de ponerla en práctica. No se trata de "administrar" el conocimiento de las personas, sino de crear las condiciones para que el propio proceso de interacción y comunicación entre las personas y entre los grupos genere un conocimiento superior, que todos comparten y que refleja los intereses de la organización por ser cada día más competitiva.

Requiere de posiciones muy particulares de liderazgo por parte de los que tienen la dirección principal de la organización, depende mucho de cómo estén concebidas las estructuras orgánicas y cómo esté diseñado el sistema de dirección. Requiere de una cultura de empoderamiento del personal, que parte de un supuesto no siempre real, aquel de que los líderes quieran empoderar a su personal y de que a estos le interese recibir poder para analizar y decidir, se basa en la creación de equipos de personas como célula fundamental, para expandir el conocimiento y para generar otros nuevos. Requiere de una base tecnológica que permita la integración basada en información compartida.

En conclusión, la gestión del conocimiento está sujeta a que la organización asuma como propias las nuevas corrientes en materia de organización, liderazgo, trabajo con las personas y capacidad para el cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- Bennis, Warren. "Leading in the New Millenium" en revista Executive Excelence.Vol.18. Issue 3. EEUU. Marzo del 2001 Pag. 5.
- Capra, Fritjof. Las conexiones ocultas: implicaciones sociales, medio ambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo. Editorial Anagrama. Barcelo, 2003.
- Carpintier, Rodolfo. La Intranet corporativa, la gestión del conocimiento y la empresa del siglo XXI. VII Congreso nacional de usuarios de Internet. Barcelona. 13 al 16 de febrero del 2001.
- Castell-Florit, Pastor. Enfoque sistémico-epidemiológico y el proceso gerencial en Gerencia en Salud. ENSAP. Cuba. Septiembre 2001. Pag. 1.
- Castell-Florit, Pastor. La intersectorialidad en el sistema cubano de salud pública. Tesis para optar por el titulo de Doctor en Ciencias de la Salud. Julio del 2004.
- Davenport, TH y Prusak, L. Working Knowledge. Harvard Business School Press. EEUU. 1998.
- Foro sobre Gestión del Conocimiento. [en línea] http://www.aprender.org.ar/aprender

- García, Marcial. Gestión del conocimiento y las nuevas tecnologías de la información en la salud. Sociedad Española de Informática de la Salud. [en línea] http://www.seis.es/. Noviembre del 2001.
- Garvin, David. Building a Learning Organization en Harvard Business Review. EUA. Julio, agosto 1993. Pag. 81.
- Gestión del conocimiento. www.gestiondelconocimiento.com.
- Grau, América. Herramientas de Gestión del conocimiento. [en línea] http://gestiondelconocimiento.com./americagrau.htm.
- Jardines, J.B.. "La gestión del conocimiento en los sistemas de salud, la experiencia cubana". Presentación en el Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud. La Habana, Abril 25-27, 2001 Ver en: http://www.bireme.br/crics5/proceedings/Jardines/confcr~1/tsld001.htm.
- Karl-Erik Sveiby. Iniciativas sobre Gestión del conocimiento en el mundo, en el sitio http://www.sveiby.com.au/index.html.
- Katzenbach, Jon y Smith Douglas. La sabiduría de los equipos. CECSA. 1996. Pag. 244.
- Knowledge Management at Health Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/english/index.htm
- Knowledge Reference Sites. http://gutenberg.com/~millennium/knowsite.html.
- Martin, Peter.. What's all the hoopla?, en Training & Development, Vol. 55, Issue 9. EEUU. Pag. 83.
- Milo T. Sindell. KM Conversation en Training & Development, Vol. 55 Issue 11. EEUU. Noviembre del 2001. Pag. 20.
- Oramas, Jehová Jiménez, Elina. Centro Nacional de Información de Ciencias Mëdicas. La Colaboración Cochrane en Cuba. Affiche electrónico PO-29, presentado en el Congreso Regional de Información para las Ciencias de la Salud. CRICS, La Habana, 25 al 27 de abril del 2001.
- Orozco, Eduardo. Inteligencia empresarial y gestión del conocimiento: Vías complementarias para el mejoramiento de la empresa cubana. Situación actual, en Gerencia en Salud. Tomo III. ENSAP. Pag. 103. Septiembre del 2001.
- Parada, Antonio "Documentación, información y comunicación sanitaria. Un estado de la cuestión" en revista El profesional de la información, vol 8. No. 4, España. abril de 1999.
- Preston Arthur, Bradick Tony y Simons Roland. Australian Centre of Strategic Management Leadership in Health Care: The Increased Value of Diversified Knowledge Manage-ment en Clinical Biochemist Review. Vol. 19. Australia. Noviembre de 1998.
- Revista electrónica "Ideas y Buenas Noticias". http://www.corga.com/.
- Schramm, Jennifer. "A hard lesson to learn" en la revista People Management, 18 abril 2002. Vol. 8. Issue 8, pag 32.
- Sedeño, Yordan. La gestión del conocimiento, una nueva alternativa para el desarrollo de la economía latinoamericana. el caso de Cuba. Facultad de Ingeniería Informática. Universidad de Camagüey. Cuba. [en línea] http://www.gestiopolis.com
- Senge, Peter. La Quinta Disciplina. Editorial Granica. México. 1998.

- Sewell, Carl y Brown, Paul B. Clientes para siempre. Mc Graw Hill. México.
- SLOW KnowledgePassion. http://www.knowledgepassion.com/.
- The KnowledgeBoard. The European KM Community. http://www.knowledgeboard.com.
- Vargas, Pilar. Características de los activos intangibles. http://gestiondelconocimiento.com.
- Yogesh Malotra. 2002. Why Knowledge Management Systems Fail? Syracurse University. School of Management. New York, EEUU. 2002.

CAPÍTULO IV LA REFERENCIACIÓN COMPETITIVA (BENCHMARKING)

MARCO GENERAL DE ACCIÓN

La referenciación competitiva,⁷³ más conocida por su término en inglés *benchmarking* fue hasta lo que se conoce, empleada por primera vez por la compañía norteamericana Xerox⁷⁴ y desde entonces se ha extendido notablemente su aplicación, no sólo en los sectores de la industria sino también en los servicios.

Es en buena medida una forma particular de evaluación, con la particularidad de que la comparación no se hace contra un plan o norma sino en relación con las estrategias, modos de trabajo, estructuras, métodos o prácticas de terceros, particularmente de las organizaciones de la misma rama o especialidad.

Su propósito principal es "aprender de otros" de manera tal que se facilite el desarrollo sistemático de la propia organización y se evite "inventar la rueda" una y otra vez. La referenciación competitiva constituye un elemento importante en la toma de decisiones, las acciones de desarrollo y consecuentemente en los resultados en términos de calidad, eficiencia y costos.

Para muchos, esta tecnología implica hacer comparaciones sistemáticas contra las organizaciones líderes de la rama o especialidad, pero está demostrado que lo importante es la capacidad para identificar las mejores prácticas en otros (no necesariamente los líderes), analizar en qué medida pueden servir para la organización propia y de qué forma pudieran adaptarse a las características de la organización que se compara.

Su importancia creciente viene demostrada no sólo por el gran número de organizaciones exitosas que la emplean, sino también por la existencia de numerosas agencias, consultorías, asociaciones profesionales y empresas dedicadas a brindar servicios de referenciación competitiva, incluso en el campo de la salud.⁷⁵ Algunos de estos servicios aprovechan, como veremos más adelante, las facilidades de la informática y de los sistemas en red.

Ésta, al igual que cualquier otra tecnología, no constituye una solución universal para los problemas de las organizaciones, y requiere además el empleo de recursos humanos, materiales y financieros para su realización. Por lo que sólo

tiene sentido su utilización si de verdad los líderes de la organización están interesados en aprender de las experiencias de otros, lo hacen de una forma estable y sistemática, y utilizan sólo aquello que es valedero para sus circunstancias y condiciones.

La referenciación tiene diferentes formas de expresión, pero los niveles de complejidad y confiabilidad no son los mismos. "Es conveniente concebir la referenciación competitiva como un todo contínuo, que va desde el simple intercambio de ideas mediante conferencias profesionales, hasta la referenciación competitiva formal, que descansa en la captación estructurada de datos y la visita a los lugares (Fig. IV.1).⁷⁶

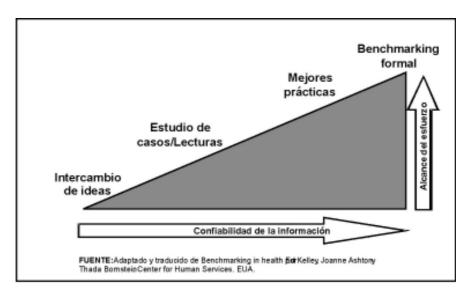


Fig. IV. 1 El benchmarking como un todo contínuo.

ESQUEMA GENERAL DE LA REFERENCIACIÓN COMPETITIVA

En líneas generales, todo proceso de referenciación competitiva sigue aproximadamente el mismo esquema. Las diferencias tienen que ver con el objetivo, la situación y las condiciones. Identificarse con este esquema puede ayudar a comprender mejor el campo de acción de esta tecnología. Según Sargiacomo, 77 tal concepción se puede expresar en cuatro grandes pasos (Fig. IV.2) que son: plan, acción, verificación y aplicación.

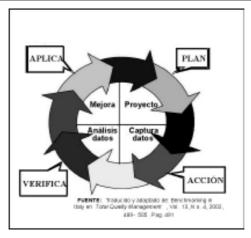


Fig. IV.2 Fases básicas de la referenciación competitiva.

A continuación nuestra propia apreciación sobre cada uno de ellos.

- 1. Plan. Interés en la tecnología. Selección del tema o la función al que conviene aplicar referenciación competitiva. Determinación de las instituciones que actuarían como socios o compañeros para el proceso. Por ejemplo, llegar a acuerdo con otros nueve hospitales para hallar, entre los diez, las mejores prácticas sobre admisión o sobre atención a personas de la tercera edad. Delimitar el alcance del objeto de estudio.
- 2. *Acción*. Determinar los métodos y herramientas a emplear para capturar la información. Ejecutar la captura, por ejemplo, lectura de documentos, entrevistas, precisar niveles de efectividad y eficiencia de las prácticas estudiadas, condiciones o requerimientos dentro de las cuales se ejecutan y otros.
- 3. *Verificación*. Trabajo con los resultados. Precisar su calidad y posibles sesgos. Identificar cuáles de ellos pueden considerarse como "mejores prácticas" a partir de parámetros que se hayan establecido, por ejemplo, "impacto en el mejoramiento de la calidad de vida de los ancianos". Determinar su posible aplicación en las condiciones propias y qué factores la facilitan o dificultan.
- 4. *Aplicación*. Organizar el proceso de introducción de la mejora, para lo cual es necesario incorporar a las personas implicadas utilizando técnicas de gestión del cambio, realizar las modificaciones organizativas y físicas que se requieran, entrenar al personal, informar a los usuarios para incorporarlos al proceso y finalmente proceder a la introducción.

SU EMPLEO EN EL CAMPO DE LA SALUD

La aplicación de la referenciación competitiva en las instituciones y los sistemas de salud constituye una práctica generalmente aceptada, que ha logrado buenos

resultados y también, por supuesto, algunos fracasos. Desde principios de los años 90, la referenciación competitiva ha venido ganando un espacio importante en los sistemas de salud, un sector con una fuerte necesidad de reducir costos y al mismo tiempo incrementar la calidad. Su empleo puede ser caracterizado en los puntos siguientes:

- 1. Utilizar bases de datos públicas o pagadas, relativas al desempeño de otras organizaciones del sector salud, con vistas a incorporar aquellas valederas para la organización propia.
- 2. Crear una cultura de alto desempeño que motive y justifique buscar, conocer y divulgar las mejores prácticas gerenciales y utilizarlas como experiencia positiva.
- 3. Apoyar y facilitar los procesos de evaluación y mejoramiento contínuo de la calidad de los servicios de salud.
- 4. Utilizar los servicios de asociaciones profesionales y consultores para facilitar el intercambio de informaciones sobre procesos, resultados, métodos y sistemas del campo de la salud.
- Acceder a los estudios sobre categorización (ranking) de organizaciones de salud, para identificar las instituciones de punta y los valores que las hacen acreedoras de tal distinción.
- Participar en estudios conjuntos entre organizaciones de salud, donde se combinen intereses, se compartan costos y recursos, y se acceda de forma común a los resultados.
- 7. Localizar aquellos procesos gerenciales que son considerados de importancia fundamental para la organización propia e identificar cómo los llevan a cabo aquellos considerados como "buenos en su clase".
- 8. Compartir con otras organizaciones de salud las experiencias propias y las de ellos, como un modo de estudiar conscientemente cómo lo hacen todos y apreciar que no sólo se puede aprender de otros, sino que también se pueden ofrecer experiencias propias de vanguardia.

La referenciación competitiva, al permitir estar comparándose continuamente con lo "mejor de lo mejor", puede desempeñar un papel integral en la mejora de la calidad, estimular cambios clínicos valiosos para el servicio, facilitar un proceso ordenado y progresivo con respecto a la mejora continuada de la calidad y lograr impactos positivos en la eficiencia, los costos y el uso de los recursos.

Su aplicación ha demostrado reducción significativa en lo ciclos de estancia de pacientes sometidos a intervenciones de alto riesgo, formas más racionales y menos traumáticas del empleo de la tecnología de salud, reducción del uso inadecuado de determinados medicamentos, asimilación de procedimientos qui-

rúrgicos más efectivos, soluciones más económicas para la organización del servicio, trabajos superiores en el campo de la fármacovigilancia, etc.

SISTEMAS DE SALUD Y REFERENCIACIÓN COMPETITIVA

La referenciación competitiva parece haberse hecho a la medida para los sistemas de salud. Las posibilidades de compartir conocimientos y experiencias entre las organizaciones que los componen son muy altas.

Por otra parte, como veremos más adelante, ciertas condiciones organizativas y funcionales fortalecen tales posibilidades. Para desarrollar estas ideas, comenzaremos con una conceptualización de las denominadas mejores prácticas, que es una condición para comprender todo lo que se presentará posteriormente.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR LAS MEJORES PRÁCTICAS?

El término "mejores prácticas" constituye el concepto central de la referenciación competitiva. Se identifican como tal aquellos procedimientos clínicos, quirúrgicos u organizativos, modos de trabajo, flujos de tareas, sistemas de integración, técnicas de toma de decisiones y en general, cualquier proceso que se destaca de la media por determinados efectos que los hacen superiores a los demás.

Lo que hace "mejores" a tales "prácticas" y provocan el interés de terceros, puede tener manifestaciones de muy diferentes tipo. Por ejemplo: lograr mayor satisfacción de los pacientes con la misma cantidad de personal o los mismos costos; reducir las listas de espera en servicios que habitualmente lo tienen; simplificar procesos complejos como los de ingreso hospitalario o las remisiones entre instituciones; reducir los tiempos de estadía hospitalaria o los efectos negativos en intervenciones quirúrgicas; hallar procedimientos más efectivos para la prevención secundaria en pacientes con patologías crónicas; reducción del tiempo que media entre la atención del paciente por el médico de la familia y su acceso al especialista, y en general, todo aquello que supera de forma destacada algún aspecto relativo a la calidad del servicio, los recursos empleados, los costos necesarios o todos ellos a la vez.

Establecer cuál es la mejor práctica y por tanto cuál es aquella que tiene interés para la organización que aplica la referenciación competitiva, puede ser muy evidente, pero también muy complejo. Factores como costos, recursos materiales o humanos

empleados, velocidad del servicio o satisfacción del cliente pueden llegar a combinarse de manera tal que la determinación resulta complicada.

Las combinaciones pueden llegar a ser muchas, por ejemplo ¿aquella que reduce costos y mantiene la velocidad del servicio, es o no una mejor práctica que otra que eleva la velocidad del servicio, pero logra una menor reducción de los costos? O quizás el problema pueda ser peor, como cuando encontramos una práctica excelente en el mejoramiento de la calidad del servicio, que produce cierto incremento en los niveles de costos.

En muchas ocasiones, el criterio de la mejor práctica depende del problema que tiene el que está aplicando esta tecnología, Por ejemplo, el servicio de cardiología puede tener un problema muy grave en relación con la insatisfacción de los pacientes y le puede resultar interesante una práctica donde se produce un salto significativo en el mejoramiento de la calidad del servicio a pesar de cierto incremento en los costos. El problema estaría entonces en si es aplicable a su organización o no.

Finalmente, existen sitios en Internet que recopilan y publican bases de datos sistematizadas, que contienen evaluaciones de expertos sobre mejores prácticas⁷⁸. También están disponibles catálogos y publicaciones que recopilan materiales, y que pueden servir para evaluar procedimientos propios contra dichas prácticas.⁷⁹ Se pueden encontrar también sitios en Internet que muestran específicamente, organizado por regiones y países, los sitios que trabajan el tema de buenas prácticas.⁸⁰

CONDICIÓN PRIVILEGIADA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El sector salud es uno de los que más fácilmente se presta para la aplicación de la referenciación competitiva. Es el mismo caso de la actividad bancaria o la hotelería, pero posiblemente superior a estos, ya que:

- 1. Los hospitales tienen una gran homogeneidad en cuanto a su forma general de organización y la manera como hacen el servicio. Esto incluye no sólo el trabajo asistencial directo, sino también sus servicios de apoyo, pertenezcan o no al hospital (laboratorios clínicos, bancos de sangre, servicios de imaginología, etc.).
- La actividad de salud se orienta a un objeto específico: el ser humano, y esto es común, en términos generales, a cualquier sistema, país o región. Esto la caracteriza como un caso único.
- Se dispone de numerosos estándares, normas y prácticas, generalmente reconocidas y aceptadas, que son de conocimiento y empleo por parte de los prestadores de servicios.
- 4. La terminología empleada tiene un gran nivel de uniformidad a escala internacional, lo que facilita la comunicación, el cambio y el desarrollo.

5. Los objetivos de los sistemas de salud pública tienen numerosos puntos comunes entre los diferentes países, e incluso muchos modos de organizarse tienen también enfoques equivalentes.

Todo lo anterior satisface una de las reglas del control, la que establece que en los procesos de evaluación, el objeto a evaluar tiene que ser medido contra otro comparable a él, o sea que posea sus mismas características y estructura. En los sistemas de salud, la posibilidad de encontrar elementos comparables es notablemente superior.

Por ejemplo, el flujo del proceso industrial en una fábrica de zapatos, no es comparable con el flujo de una fábrica de abonos químicos. Sin embargo, el flujo de trabajo del servicio de emergencias médicas de un hospital, tiene gran posibilidad de poder ser comparado y evaluado contra el de otro hospital.

Estas características han hecho posible el empleo de sistemas automatizados, para captar información básica de las operaciones de las instituciones de salud y hacer comparaciones entre unas y otras, con vista a determinar quiénes lo hacen mejor, tanto desde el punto de vista de la calidad del servicio como de los resultados en términos de eficiencia y de costos.

BENEFICIOS ESPERADOS

La aplicación de la referenciación competitiva en el sector salud, tiene como finalidad alcanzar resultados como los siguientes:

- Medir y evaluar las entradas, procesos y resultados propios en relación con lo que hacen otras organizaciones.
- Actuar como palanca impulsora para que la organización encuentre nuevas ideas de cómo hacer los cambios.
- Lograr un uso más eficiente de los recursos, un impacto mayor en la atención sanitaria y una reducción de costos.
- Promover el autoanálisis hacia la evaluación crítica del propio progreso y las acciones para desarrollar un movimiento sostenido hacia su mejoramiento.
- Reducir el riesgo de inventar lo ya inventado, o de reproducir una y otra vez procedimientos que ya se conoce que son ineficientes, riesgosos o excesivamente costosos.
- Aportar elementos para la realización de los trabajos de reingeniería de procesos.
- Poner en evidencia recursos humanos, materiales o financieros insuficientemente explotados.
- Crear un espacio para promover una cultura de innovación cambio y desarrollo.
- Contribuir a alcanzar metas de salud relacionadas con la elevación de los niveles de calidad y al mismo tiempo la reducción de los costos.

- Crear un ambiente de competencia constructiva entre organizaciones de salud donde se logra un efecto ganar-ganar.
- Proporcionar saltos y cambios, importantes y positivos en el desarrollo de las organizaciones de salud que aplican esta tecnología.

SALUD PÚBLICA Y REFERENCIACIÓN COMPETITIVA. UNA OPORTUNIDAD

La referenciación competitiva puede ser aplicada de forma sistemática y estable en sistemas de salud pública, utilizando mecanismos simples, pero bien concebidos. La concepción básica pudiera consistir en garantizar la remisión una o dos veces al año (suponiendo que no se disponga de redes de computadores que enlacen todo el sistema) de informaciones fundamentales, previamente acordadas sobre los resultados y procesos a comparar (indicadores de consumo de antibióticos por cama ocupada, procedimientos terapéuticos, procedimientos quirúrgicos, uso de medicamentos de amplio espectro, alternativas terapéuticas para determinadas patologías, etc.).

En la figura IV.3 se muestra un estudio acerca del consumo de antibióticos por cama ocupada utilizado en un sistema de salud pública. Ese estudio comprendió 69 hospitales, y en este resumen aparece solamente el mejor resultado que se obtuvo por cada tipo de antibiótico.⁸¹

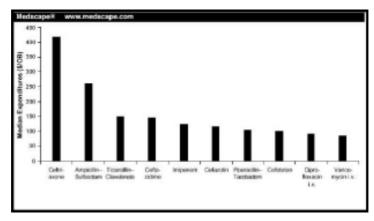


Fig. IV. 3. Estudio del gasto de antibiotico por lecho ocupado en 69 hospitales. La figura muestra el mejor resultado por cada tipo. Fuente: Medscape.

El proceso debe incluir la posibilidad de consultas en las dos direcciones. Desde la base hacia el centro y desde este hacia la base con vistas a esclarecer dudas, precisar detalles e incluso solicitar datos adicionales. Se requiere crear grupos homogéneos de hospitales, siguiendo criterios clínicos, estructurales, demográficos y sociales, que hagan posible la comparación dentro de cada grupo. A escala nacional los datos recogidos pueden ser comparados encontrando, por ejemplo las mejores prácticas (y también las sospechosamente consideradas como "malas"), a partir de lo cual se pueden generar talleres de trabajo conjunto, estudios complementarios y acciones de mejoras en las otras instituciones.

Nada de esto tiene sentido, sino se revierte después en mejoras sensibles en el trabajo del sistema, ahorro de costos y niveles superiores de satisfacción de los clientes del servicio. Para ello, no basta con captar la información, hay que hacer algo con ella.

REFERENCIACIÓN COMPETITIVA Y OTRAS TECNOLOGÍAS GERENCIALES

Por su importante papel en la evaluación de procesos y en la toma de decisiones, la referenciación competitiva se interrelaciona con la mayoría de las tecnologías gerenciales. A continuación una caracterización general.

INFORMÁTICA Y REFERENCIACIÓN COMPETITIVA. UN EJEMPLO

Se han desarrollado numerosos programas y sistemas de gestión de bases de datos, que facilitan la recolección de las informaciones clínicas y de gestión de salud, y su comparación con los resultados de otras organizaciones sanitarias o de prácticas clínicas más avanzadas.

Esto incluye programas de alto nivel de complejidad, basados en sistemas en red dentro de las mismas instituciones de salud e interconectados en forma de integración extendida, entre todas las instalaciones que se han asociado para aplicar esta tecnología de diagnóstico y evaluación.

Pero también se utilizan mecanismos mucho más sencillos. Por ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica, Medscape emplea un sistema basado en programas montados en Microsoft Access, que se remiten a un centro que agrupa nacionalmente más de 200 hospitales. En dicho centro se consolidan utilizando también el mismo programa. Esto viene funcionando desde 1993 con una eficiencia aceptable.

Por otra parte, se han creado organizaciones que ofrecen este servicio a las instituciones sanitarias asociadas. Tal es el caso de National Outcomes Management Project

(OMP), grupo de hospitales pediátricos de Estados Unidos, centros oncológicos de Gran Bretaña, el Maryland Project de Estados Unidos o el HEDIS elaborado específicamente para ser usada en sistemas integrados de servicios de salud (HMOs).

Existen también servicios públicos, accesibles mediante Internet sobre las mejores prácticas o "best evidence" tales como The Cocharane Library, Best Evidence, y otros.

Por su sencillez, a continuación se ofrece un ejemplo de cómo se utiliza la informática dentro del esquema de referenciación competitiva del National Outcomes Management Project. 82 En este caso hay un énfasis particular en los procesos de garantía de la calidad:

- Los aspirantes a utilizar el servicio deben cumplir con ciertas características administrativas y clínicas, que incluyen programas de garantía y mejora de la calidad.
- 2. Se entrena al personal en la implementación y administración de un sistema de resultados (outcomes).
- 3. Se instala un sistema de captura de información desarrollado por HCIA Response Inc., una compañía de software de Baltimore.
- 4. Cada institución recoge en disco los datos relativos a los resultados y a los eventos relacionados con tratamientos, y los envía por correo electrónico a la casa matriz de la OMP.
- 5. Los datos de los pacientes se encriptan para evitar su identificación
- 6. En la casa matriz se incorporan los datos de todos los asociados y se remiten informes a cada uno de ellos.
- 7. Los asociados a este sistema deben pagar por la utilización del software y para entrenar al personal en capturar los datos. En cuanto al trabajo de análisis basado en la referenciación competitiva, deben abonar una pequeña tasa a la empresa que da el servicio.

Finalmente, las tendencias más recientes utilizan sistemas basados en Internet, que dan servicio de referenciación competitiva a sus asociados, ya sea dándole acceso a las mejores prácticas, publicando las características de las instituciones líderes, divulgando información sistematizada y permitiendo la consulta en línea, en tiempo real e interactiva.

OTRAS TECNOLOGÍAS INVOLUCRADAS

La referenciación competitiva desempeña un papel relevante en los trabajos de garantía de calidad (evaluación y mejoramiento contínuo), reingeniería de procesos y desarrollo organizacional, pues les aporta elementos de relevancia para el diag-

nóstico y evaluación de los procesos, incorpora criterios a tomar en cuenta para introducir los cambios, modificar o crear nuevos estándares, y permite mantener un criterio de horizonte desplazable hacia las nuevas metas a alcanzar.

En cuanto a su relación con la gestión del conocimiento, la vinculación es también destacada. Entre las cinco principales actividades que Garvin⁸³ reconoce como fundamentales para el desarrollo de habilidades en las organizaciones inteligentes se encuentra: "aprender de las experiencias y las mejores prácticas de otros". O sea, la referenciación competitiva es unos de los componentes principales de la gestión del conocimiento y de las posibilidades de las organizaciones para llegar a la categoría de "inteligentes".

FORMAS QUE ADOPTA LA REFERENCIACIÓN COMPETITIVA

De acuerdo con su alcance o su enfoque, la referenciación competitiva adopta alguna de las siguientes formas:

- 1. De resultados: Compara desempeño entre instituciones de salud que prestan servicios similares. Se trata de determinar la forma en que utilizan recursos, reducen riesgos y satisfacen a los clientes, y es útil para mostrar las mejores prácticas entre las organizaciones comparadas. Puede referirse a un indicador único o a varios.
 - Por ejemplo, en un estudio hecho en Colombia sobre distribución de medicamentos, se aplicó referenciación competitiva entre ocho instituciones de salud con perfiles similares. La tabla IV.1 muestra algunos de los indicadores utilizados para comparar el desempeño de las ocho instituciones en cuanto a efectos adversos en la administración de medicamentos. Se trata de apreciar el empleo de mecanismos sistemáticos de control y de medidas preventivas y correctivas. La tabla completa incluye 23 indicadores en dos categorías: financieros-administrativos y asistenciales.⁸⁴
- 2. De procesos: Estudia la secuencia de pasos necesarios para llegar a un determinado resultado. Por ejemplo, todo lo relacionado con la preparación, intervención, trabajo postoperatorio y tiempo de recuperación en prótesis de cadera. La idea es comparar dichos procesos entre diferentes organizaciones con vistas a identificar las mejores prácticas. Por supuesto, en este caso el trabajo de referenciación competitiva es mucho más complejo que cuando se trata simplemente de resultados.
 - Los procesos no tienen que ser necesariamente exclusivos de las instituciones de salud. Por ejemplo, es posible comparar la función de compras o la de seguridad

- entre varios hospitales o entre estos contra una universidad que es líder en manejar tal función. Lo mismo pudiera decir de los procesos de organización y distribución del servicio de comidas entre un hospital y un hotel.
- 3. Interno: La referenciación competitiva se lleva a cabo entre instalaciones que pertenecen a la misma organización y representa en primer lugar, una forma de hallar las propias potencialidades antes de decidirse a establecer comparaciones fuera de la organización. Por ejemplo, los hospitales que pertenecen al Ministerio de las Fuerzas Armadas o todos los consultorios de familia del municipio 10 de octubre. Tiene como ventaja que se facilita mucho la comunicación y el intercambio de información y como desventaja que se pierde la confrontación con el mundo externo.

Tabla IV.1. Medición de resultados de buenas prácticas en la distribución de medicamentos (Sólo se muestra una selección de los indicadores de la tabla original)

INDICADORES				INSTITUCIONES					
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Días de rotación de inventario en farmacia	45	26	35	60	30	47	25	120	
Número de lotes vencidos al año	0	24	N.R.	8	5	7	N.R.	18	
Número de lotes vencidos y no reconocidos por el laboratorio al año Porcentaje de flebitis química. Porcentaje de bacteriemias de origen no claro (respecto a la totalidad de bacteriemias) ¿Existen protocolos para el uso	0 2.64 N.R	3 1.82 1.35	N.R. N.R N.R	3 N.R. N.R	0 N.R N.R	N.R. 6.45 N.R	N.R. 6.3 1.85	10 N.R. N.R	
de antibióticos en la institución (S/N)? ¿Existe rotación periódica, sugerida o controlada de los antibióticos? (S/N)	SI SI	NO SI	SI NO	SI SI	SI NO	SI NO	SI SI	SI NO	
Porcentaje de infecciones nosocomiales.	2.74	2.20	N.R.	2.27	2.30	6.19	N.R.	3.80	
Porcentaje de antibióticos profilácticos, respecto al total de usos de antibióticos.	7	8	10	4	6	N.R.	N.R	N.R.	

4. Competitivo: En este caso, la referenciación competitiva se lleva a cabo entre instituciones que por alguna razón comparten un mismo mercado y tratan de alcanzar una posición de líder dentro de él en detrimento del otro. Por ejemplo, en Cuba, los hospitales que atienden clientes extranjeros o, en otros países, hospitales del sector público con respecto al privado u hospitales privados entre sí.

La riqueza del intercambio se extiende notablemente, pero es muy posible que resulte difícil lograr que los competidores se decidan a compartir todo lo que debieran. Sin embargo, bajo determinadas condiciones este tipo de estudio se realiza con mucha frecuencia.⁸⁵

ENFOQUES PARA SU APLICACIÓN Y PROCESO LÓGICO A SEGUIR

El proceso estará condicionado por el enfoque o estilo que se vaya a utilizar para realizar la referenciación competitiva. Uno de los más utilizados es "salir a buscar" la mejor práctica. Para ello, la institución toma la iniciativa de hallar la evidencia en la literatura científica, consultar las tablas con evaluaciones y categorizaciones de desempeño de instituciones de salud que aparecen en Internet o en revistas especializadas donde se muestran los valores de las mejores prácticas en una región, país o grupo de instituciones de salud, o llegar a acuerdo con organizaciones líderes en el tema de su interés con vistas a visitarlas y conocer sus experiencias. También puede ser que mezclen más de una opción.

Otro enfoque es crear una especie de asociación permanente o temporal. Por ejemplo, un grupo de policlínicos se ponen de acuerdo para encontrar entre ellos las mejoras prácticas relativas a la organización de las citas médicas. Este puede ser puntual para un determinado evento, o puede referirse a una práctica habitual entre "socios" que se dedican a compartir sus logros y por tanto tienen creado una especie de club.

En otras ocasiones, el enfoque se origina en una política de gobierno, que obliga a informar una serie de indicadores relacionados con temas como la actividad asistencial, el empleo de medicamentos, los resultados económicos financieros, la estadía o las listas de espera para intervenciones electivas, sólo para citar algunos ejemplos.

En este caso, la institución superior actúa como dinamizador de la aplicación de la tecnología, pero con un enfoque diferente. Recibe la información, construye las tablas consolidadas y las distribuye a los informantes, con lo cual pueden apreciar su propia situación. Por supuesto, la institución superior es el cliente más interesado en lo que se informa.

Otro enfoque interesante y más reciente, es su utilización para valorar el desempeño de programas de salud que se vienen aplicando en diferentes lugares de un mismo país. Es una variante de la evaluación de programas durante la etapa de ejecución, pero con la diferencia de que en este caso "compiten" entre sí realizadores distintos de un mismo programa.

Esta variante, además de servir para medir el nivel de avance de los programas, tiene un efecto movilizador para los ejecutores, pues de hecho están emulando entre sí. Algunos países como Canadá⁸⁶ han llegado a un nivel alto de aplicación práctica de este enfoque.

La lógica del proceso de aplicación

El proceso de aplicación de esta tecnología se comporta de forma muy parecida a la realización de cualquier estudio o investigación basado en la metodología del conocimiento científico. O sea, dicho de forma muy simplificada: reconocimiento del objeto, diagnóstico, análisis, conclusiones y acción consecuente.

Por supuesto, en la práctica real, están presentes numerosos métodos generales y particulares del campo de la lógica, la captura de datos, la estadística, el análisis de sistemas, la dinámica de grupos y otros más que debidamente particularizados e interrelacionados producen una metodología específica.⁸⁷

En el cuadro IV.1 presentamos los pasos propuestos por Sharon Kirkpatrick, los cuales están muy bien estructurados y resultan suficientes para los propósitos de este libro que no persigue hacer de gerentes, personas expertas en referenciación competitiva, ⁸⁸ aunque debemos aclarar que están más vinculados con el primero de los enfoques mencionados en el inciso anterior, por ser lógicamente el mas extendido de todos.

Pasos para la realización de la referenciación competitiva

El proceso no es linear, por lo que debe esperarse que en determ inados momentos haya que volver a algún paso anterior. Sin embargo, partir de una determinada s ecuencia es de gran utilidad.

- Identifique el objeto de aplicación. Generalmente se selecciona uno o algunos componentes de un programa, no el programa en su totalidad de manera de hacer manejable el proyecto y permitir focalizar las acciones.
- Determine los indicadores y medidas del desempeño a emplear, y capture y analice los datos.
 Se pueden identificar indicadores, fuentes de información y técnicas de captura de datos consultando la literatura especializada.
- Seleccione la contrapartida. Tome en cuenta las organizaciones que son reconocidas por su pericia, sirven a una población similar, son ac cesibles y están dispuestas a compartir información (no solicite información que usted no está dispuesto a compartir)
- 4. Acceda a la información de la contrapartida: identifique diferencias y lagunas en el desempeño, determine si las prácticas son apropiadas y adaptables en otros contextos. Considere las prácticas que han sido ex itosas a través del tiempo, repetibles, transferibles, innovadoras y re levantes para las circunstancias locales.
- Cree y ponga en práctica un plan de acción para aplicar las mejores prácticas identificadas.
 Transforme lo hallado en un pequeño grupo de principios básicos y vaya desde los principios hacia las estrategias y de estas a los planes de acción.
- Dele seguimiento a los resultados y ajuste en la marcha, si fuera necesario.

ÉTICA Y REFERENCIACIÓN COMPETITIVA

La referenciación competitiva incluye un fuerte sistema de relaciones entre las partes involucradas y en buena medida, cierta dosis de buena voluntad, confianza mutua y deseos de cooperación entre ellas. Esto ha generado la idea de establecer un código de ética para la aplicación de esta tecnología.

La International Benchmarking Clearinghouse, que es una agencia de la American Productivity and Quality Centre, y el Strategic Planning Institute Council on Benchmarking, han creado y adoptado un denominado Código de Conducta, organizado en forma de principios, con la finalidad de contribuir tanto a la eficiencia y efectividad de la aplicación de esta tecnología, como al aseguramiento de que el trabajo se desarrolle bajo conceptos éticos fundamentales.⁸⁹

Numerosas organizaciones e individuos se han adherido a estos principios por lo que se consideran una base generalmente aceptada por los profesionales especializados en estos temas y por las partes que participan en los procesos de referenciación competitiva.

Por su importancia e incluso por el papel que pueden desempeñar en comprender mejor el contexto en que esta tecnología se ejecuta, pasamos a continuación a describir brevemente cada uno de dichos principios. ⁹⁰

Legalidad

No ejecute acción alguna que sea potencialmente ilegal o que evidentemente afecte disposiciones establecidas sobre precios, protección al consumidor, estructuras de mercado o cualquier reglamentación de tipo legal. Rechace cualquier intento de obtener información secreta por medios impropios, o de utilizar alguna que se haya obtenido violando compromisos de no divulgarla.

Intercambio

Esté dispuesto a suministrar a la otra parte el mismo tipo y nivel de información que usted le solicita. Evite al máximo malos entendidos, esclareciendo desde el principio las expectativas de todos, y los intereses mutuos incluidos en el proceso de intercambio. Actúe honestamente.

Confidencialidad

Trate la información recibida durante el intercambio como confidencial tanto para los individuos como para las agencias o instituciones involucradas en el estudio. Las prácticas observadas y las informaciones obtenidas de la otra parte no deben ser comunicados a terceros sin la autorización de esta.

Uso

Utilice la información obtenida producto del estudio, solamente para la formulación de mejoras en las operaciones o procesos de las instituciones que participan en el estudio. Las listas de contactos obtenidas por el intercambio no deben ser utilizadas para propósitos que no sean los del estudio y de la comunicación mediante las redes.

Contactos

Respete la cultura de las otras partes involucradas en el estudio y trabaje de forma conjunta mediante acuerdos de colaboración y contacto, previamente establecidos. Obtenga el permiso del individuo en cuestión antes de utilizar o mencionar su nombre en una comunicación o en un informe. No hable en público a nombre de alguno de los otros contactos sin tener su previa autorización.

Preparación

Demuestre su responsabilidad en relación con el estudio a realizar, preparándose conveniente en la tecnología de la referenciación competitiva antes de iniciar los contactos con las otras partes, con las cuales va a realizar el estudio. Obtenga el máximo del trabajo conjunto con su contrapartida asistiendo debidamente preparado a cada encuentro.

Terminación

Complete en tiempo y forma los compromisos adquiridos con las otras partes que intervienen en el estudio. Finalice el trabajo común tal como se acordó originalmente entre todas los participantes.

Comprensión y acción

Esfuércese por comprender cómo su contrapartida en el estudio, desea ser tratada. Trátelo como el desea ser tratado. Comprenda cómo su contrapartida desea que usted maneje y utilice la información que le suministra, y actúe en consecuencia.

¿SÓLO PARA RICOS O DESARROLLADOS?

El hecho de que la referenciación competitiva en el sector salud, haya tenido su origen y amplia generalización en países con alto nivel de desarrollo, no debe ser asociado de ninguna forma con la idea de que es una práctica alejada de las posibilidades de los países con menor avance tecnológico o económico.

El objetivo principal de la referenciación tiene que ver con la eficiencia, o sea, lograr más con menos y esta meta es todavía más importante en los que tienen menos. Recuerde que en la medida que los sistemas de salud se hacen más eficientes, iguales presupuestos lograrán mayores efectos sobre la salud de las personas y los excedentes derivados beneficiarán la calidad de la asistencia y la cobertura del servicio.

Lo mejor que tiene la referenciación competitiva es que no requiere de inversiones importantes en equipos y medios. Es una tecnología que depende en primer lugar de la inteligencia de las personas y en segundo lugar, de medios de captura, procesamiento y análisis de datos, que aunque cuestan, son generalmente conocidos e incluso se pueden efectuar con simples calculadoras y trabajo de mesa, si fuera necesario.

Nada se opone a que por ejemplo, cinco hospitales clínico quirúrgicos de la Ciudad de La Habana, se asocien para hacer referenciación competitiva entre ellos, discutiendo procedimientos clínicos, quirúrgicos, organizativos, gerenciales, etc., encontrando las mejores prácticas y alcanzando un efecto sinergético a partir de un nuevo nivel de conocimientos que se produciría como resultado del trabajo común.

También es perfectamente valedero que determinados hospitales o municipios de salud, tengan acceso a conocer las mejores prácticas de otros hospitales o municipios del país con mayor nivel de avance y puedan evaluar la posibilidad de incorporarlas a su propio trabajo.

Avanzando más allá, estos procesos de referenciación competitiva también se pueda realizar a escala internacional, formando parte de sociedades internacionales que se especializan en procesos de este tipo o a sitios de internet especializados en informaciones sobre mejores prácticas, tales como Best evidence, Cochrane u otros.

Como ya se explicó anteriormente, el sector salud tiene condiciones privilegiadas para desarrollar el conocimiento, mediante el simple expediente de romper barreras entre instituciones y compartir información, y sobre todo experiencias. Por supuesto, no basta con el deseo, esto requiere familiarizarse con las técnicas, reglas y códigos de conducta de la referenciación competitiva que, por cierto, no es nada difícil, sobre todo en un sector donde el nivel profesional es tan alto.

ALGUNAS RECOMENDACIONES FINALES

La aplicación de la referenciación competitiva, al igual que cualquier otra tecnología gerencial, requiere determinada adultez y cultura de las organizaciones y un nivel dado de comprensión, voluntad de acción y capacidad de trabajo de sus líderes. De lo contrario, es una forma muy interesante de perder el tiempo y de botar el dinero. A continuación algunas recomendaciones:

- La alta dirección debe conocer, comprender, apoyar y asegurar la tarea.
- Debe haber concordancia entre el proyecto a ejecutar y los objetivos estratégicos de la organización de salud.
- Se requiere la existencia de una cultura de la innovación, del deseo de convertirse en los mejores, y de una filosofía abierta al cambio.
- Resulta clave disponer de un sistema de garantía de calidad en salud, que sería el destinatario principal de los resultados del estudio y aseguraría contar ya con una cultura apropiada.
- Se deben haber identificado, comprendido y documentado los procesos principales de la organización propia.
- En muchos casos, es mucho mejor empezar por un trabajo de referenciación competitiva interna.
- Las personas deben estar capacitadas en técnicas de trabajo en grupo y de comunicación, técnicas de análisis y solución de problemas, y técnicas de captura y análisis de la información.
- Se requiere comprender, asimilar y poner en práctica las normas éticas que rigen este tipo de estudio.
- No basta con enterarse de las mejores prácticas, hay que hacer algo con ellas pues de lo contrario todo se habrá perdido.

RESUMEN

La referenciación competitiva consiste esencialmente en aprender de otros, algo que no es totalmente nuevo, pero que en el mundo gerencial empezó a conceptualizarse a partir de los años 70 del siglo pasado.

Lo más interesante de esta tecnología es la capacidad excepcional que tienen los sistemas de salud, para hacer un aprovechamiento óptimo de sus posibilidades. Estas ventajas se originan en el grado de homogeneidad que se puede encontrar entre instituciones de salud de diferentes lugares, la terminología utilizada en la asistencia médica que alcanza un alto grado de uniformidad a nivel internacional, y los objetivos y procedimientos de la salud pública, que poseen numerosos puntos comunes entre los diferentes países.

Esta tecnología se orienta a localizar las mejores prácticas, o sea aquellos procesos clínicos, quirúrgicos, investigativos o gerenciales que resultan más eficaces y eficientes, y que tienen la posibilidad de ser incorporados a la práctica propia.

La referenciación competitiva es uno de los componentes fundamentales de los planes de mejoría continua de la calidad en salud, pero además puede actuar como mecanismo propiciador de cambios positivos en la organización, reducir el riesgo de trabajar en cuestiones que ya tienen una solución probada y lograr un uso más eficiente de los recursos.

Para su realización no se requieren grandes condiciones técnicas e inversión de recursos, lo que más se necesita es la disposición para romper paradigmas, aceptar que hay formas mejores de hacer las cosas, atenerse a los principios éticos que la regulan y preparar a las personas para su ejecución. Tal vez todo esto último sea más difícil que las inversiones.

LISTADO INTERNACIONAL DE SITIOS WEB SOBRE REFERENCIACIÓN COMPETITIVA, INDICADORES DE DESEMPEÑO Y MEJORES PRÁCTICAS⁹¹

NORTEAMÉRICA			
Institución	Dirección	Contenido	
Office of Environmental Restoration / U.S.	http://www.em/	Estudio sobre <i>benchmarking</i> en el gobierno federal.	
Government on line	http://www.gol/	Sitio con mejores prácticas. (1997).	

Innovations in American Government Program	http://www.innovations/	Mejores prácticas en gestión de rno. Publicaciones y ejemplos.
The U.S conference of mayors / Mejores prácticas Base de datos	http://www.usmayors/	Base de datos con mejores prácticas.
Community Benchmarks Program (CBP)/Syracuse University	http://www.maxwell/	Proyecto de <i>benchmarking</i> con reportes, publicaciones y <i>links</i> .
The Government Performance Project (GPP) / Syracuse University	http://www.maxwell/	Estudio sobre evaluación de <i>performance management</i> , con indicadores de ciudades, estados y gobierno central.
The Performance Measurement for Government web-site / Governmental Accounting Standards Board (GASB)		lu/raw/seagov/pmg/index.html Estudios sobre indicadores de <i>performance</i> , organización de actividades y <i>links</i> .
GAP/Florida Commission on Government Accountability to the people	http://www.eog/	Reporte de indicadores de desempeño.
FinanceNet Government Performance Measures /Benchmarking	http://www.financenet/	Página con <i>links</i> de indicadores de <i>performance</i> y <i>benchmarking</i> .
Mejores prácticas, LLC cas	http://www.best/	Ofrece servicios para mejores prácti-
		en <i>benchmarking</i> . Contiene base de datos y reportes.
National Partnership for Reinventing Government	www.govinfo.library.unt.ed	u/npr/initiati/benchmk/index.html Informes sobre mejores prácticas, benchmarking e indicadores de desempeño.
Home page for the Commonwealth of Virginia's Performance Management System	http://www.dpb/	Información de <i>performance management</i> con indicadores de desempeño, publicaciones, <i>links</i> y manuales <i>on-line</i> .
Oregon Progress Board At-A-Glance	http://www.econ/	Network de benchmarking con reportes, ejemplos de indicadores, publicaciones y links.

Tecnologías gerenciales		
United Way of America's Outcome Measurement Resource Network	www.national.unitedway.or	rg/outcomes/ Network de benchmarking de indicadores.Contiene información de actividades y publicaciones.
Center for Improving www. Government Performance / National Academy of Public Administration	performance.napawash.org/	Publicaciones y <i>network</i> sobre <i>performance mangement</i> , incluyendo indicadores de gestión y <i>benchmarking</i> .
American Productivity & Quality Center	http://www.apqc/	Organización y <i>network</i> sobre calidad y productividad. Ofrece publicaciones, talleres y <i>links</i> sobre <i>benchmarking</i> .
Centre for accountability and performance /American Society for Public Administration(ASPA	http://www.aspanet/	Publicaciones, debates sobre indicadores de desempeño y <i>benchmarking</i> .
Office of Governmentwide Policy/U.S. General Services Administration's	www.itpolicy.gsa.gov/mkm	n/pathways/pathways.htm Ofrece fuentes de información sobre <i>performance measurement</i> .
Malcolm Baldrige National Quality Award	www.quality.nist.gov/	Material disponible sobre gestión de calidad con algunas referencias del sector público.
Institute of Public Administration of Canada	http://www.ipaciapc.ca/	Premio de <i>management</i> innovativo. Muestra experiencias mejores prácticas.
Government of Alberta / Alberta Finance	www.treas.gov.ab.ca/measu	uring/index.html Observatorio de desempeño, benchmarking de indicadores de gestión.
REINO UNIDO		
Institución	Dirección	Contenido
The central government Beacon Scheme y The NHS beacons programme		tp://www.nhsbeacons.org.uk/ Información sobre mejores prácticas, publicaciones, forum y actividades del programa.
Modernising Public Services Group/U.K Cabinet Office	www.servicefirst.gov.uk/	Base de datos sobre mejores prácticas, indicadores de desempeño, <i>networks</i> de calidad, guias prácticas

y links.

		Eu referenciación competitiva
Audit Commission - Per-formance Indicators Section	www.audit-commission.gov	uk/ac2/PIfirst.htm Entrega información sobre régimen de <i>best value</i> e indicadores de desempeño de las autoridades locales
Audit Commission - Best Value	http://www.bvpps.audit-con	nmission.gov.uk/ Entrega información sobre régimen de <i>best value</i> e indicadores de desempeño de las autoridades locales
Good Practice Base de datos / U.K Cabinet Office	http://www.goodpractice.org	g.uk/ Base de datos mejores prácticas.
The New Local Government	http://www.nlgn.org.uk/	<i>Network</i> de intercambio de experiencias con publicaciones y eventos.
http://www.connectbestprace	tice/ http://www.connectb	Oferta de servicios de consultoria con información sobre benchmarking y mejores prácticas, principalmente para empresas.
The Public Sector Benchmarking Service (PSBS)/U.K Cabinet Office - HM Customs & Excise	http://www.benchmarking.g	ov.uk/ Provee información sobre benchmarking, mejores prácticas y ofrece apoyo para implementar proyectos y networks de Benchmarking

ORGANISMOS INTERNACIONALES

Institución	Dirección	Contenido
National League of Cities	http://www.nlc.org/	Muestra experiencias y prácticas para la gestión local
International Organisation for Standardisation (ISO)	http://www.iso.ch/	Reune las oficinas de estandarización nacionales, que elaboran las normas ISO.
The Benchmarking &www.benchnet.com/ Mejores prácticas Network		Información práctica sobre <i>benchmarking</i> e instrumentos relacionados.
First Quality Conference For Public Administration 2000	www.sma.pt/quality-confe	rence/ Documentos presentados a la conferen cia

Tecnologías gerenciales			
PricewaterhouseCoopers	www.pwcglobal.com/us/en	g/main/home/index.html Indicadores de desempeño de gobiernos	
Best Practice Club	http://www.bpclub.com/	Organización que ofrece servicios de consultoría para <i>benchmarking</i> . Se indica oferta de servicios, publicaciones y actividades del club.	
European Foundation for Quality Management	www.efqm.org/	Multiple información y servicios sobre gestión de calidad. Contiene secciones especiales de sector público y <i>benchmarking</i>	
Benchmarking: an International Journal	www.emeraldinsight.com/bij.htm Página web del Journal		
The Global Benchmarking Council	http://www.globalbenchmarking.com/ Organización de <i>networking</i> y d actividades relacionadas con el <i>benchmarking</i> .		
Global Benchmarking Network	http://www.globalbenchma	Sitio que reune a diferentes centros nacionales dedicados al benchmamarking y gestión de la calidad.	
International Government Benchmarking Association	www.igba.org/	Forum de intercambio de experiencias de indicadores de desempeño y benchmarking	
The Benchmark Index	http://www.benchmarkinde	ex.com/ Sitio de una empresa que contiene bechmarks para comparar todo tipo de procesos con una metodología propuesta. Contiene publicaciones y links.	
Center for Performance Measurement / International City/County Management Association (ICMA)	icma.org	Programa de <i>benchmarking</i> de gobiernos locales	
AUSTRALIA			
Institución	Dirección	Contenido	
State of Victoria	www.otfe.vic.gov.au/publi/	/benchmark/index.htm Manual de benchmarking on-line	

-		
Australian Government's programme of Pricing Reviews / Department of Finance Benchmarking PLUS	www.dofa.gov.au/benchma	Guía sobre <i>benchmarking</i> , casos e información de las actividades del programa
The Benchmarking Network	http://www.bechmarkingne	etwork.com/ Empresa de <i>network</i> de <i>benchmarking</i>
LATINOAMÉRICA		
Institución	Dirección	Contenido
Programa Ciudadaniahttp:/ y Gestión Local / Ford Foundation	/www.ciudadania.uchile.cl/	Mejores prácticas en gestión local
Gestão Pública E Cidadania	www.gv.br/ford/gpcindex.	asp
	<i>C</i>	Mejores prácticas en gestión de gobierno. Contiene un banco de datos, publicaciones y explicación del proceso de selección de los casos ganadores.
Asociación Chilena de Municipalidades	http://www.munitel.cl/ - Ex	speriencias Información de mejores prácticas.
Centro Nacional de la Productividad y la Calidad - CORFO	http://www.cnpc.cl/	Procesos de mejoramiento de la calidad, publicaciones, links. Información premio nacional a la calidad empresas y servicios públicos.
InterAmerican Roundtable on evaluation and Performand Management/Inter. American Development Bank (IADB)	1	Able/rtableie.htm Network de performance management con publicaciones de experiencias y bibliografía
EUROPA (Italia, Alemania	a, Portugal, Suiza, Suecia, F	rancia)
Institución	Dirección	Contenido
Benchmarking Club	www.businessinternationa	l.it/benchclub/index.html Sitio con información del <i>network</i> de

Tecnologías gerenciales		
		empresas con información sobre el <i>benchmarking</i> , estudios y oferta de servicios.
Controllo di gestióne: mejores prácticas	http://www.controllodigest	tióne.org/ Información sobre mejores prácticas relativas al control de gestión con publicaciones, forum y <i>links</i> .
The Information Center Benchmarking (IZB)	http://www.izb.ipk.fhg.de/	Contiene servicios y actividades del centro, además de publicación y modelo de <i>benchmarking</i> .
National School of Public Administration Speyer	www.dhv-speyer.de/5-Spey	yerer-Qualitaetswettbewerb-2000/ Premio a la Calidad en el Sector Público / Modelo y experiencias de calidad en la gestión pública.
TECTEM Benchmarking Center	http://www.tectem.ch/	Servicios de consultoría, información sobre <i>benchmarking</i> y diversos proyectos del centro.
Local Authority Reform project / Swiss National Science Foundation's	http://www.gemeindereform	men.unibe.ch/ Sitio de intercambio de experiencias de modernizacion y proyectos de reforma de gobiernos locales. Contiene bases de datos, publicaciones, <i>links</i> e información de las actividades del proyecto.
Institut du Benchmarking	http://www.ibenchmark.org	Contiene modelo de <i>benchmarking</i> , mejores prácticas y diversos servicios, además de bibliografía y actividades del instituto.
Banque Interministerrielle des Innovations dans les	www.innovations-services-	-publics.gouv.fr/b2i2.nsf Base de datos de mejores prácticas y

http://www.siq.se/

http://www.sma.pt/

Services Publics

for Quality)

Benchmarking Center / SIQ (Swedish Institute

Secretariado para a

Administrativa / Portugal

Modernização

publicaciones

Premio a la calidad, información

Sitio del Concurso de Calidad

actividades del Instituto.

y Benchmarking en

Servicios Públicos

sobre benchmarking, además de

ASIA (Filipinas, India)		
Institución	Dirección	Contenido
Galing Pook Awards / Fundacion Ford	http://www.galingpook.org	Mejores prácticas en gestión de gobierno. Contiene ejemplos y procesos de selección para obtener los premios.
The India Benchmarking Centre	www.iqlnet.com/Ibcmain.html Sitio con amplia información para asociados.	
SUDÁFRICA		
Institución	Dirección	Contenido
The Impumelelo innovations award programme	http://www.impumelelo.org	g.za/ Mejores prácticas en gestión de programas sociales. Contiene ejemplos y procesos de selección para obtener los premios.
Benchmarking South Africa (BENSA)	http://www.bensa.co.za/	Organización <i>network</i> de empresas con <i>Benchamarking index</i> , forum y diversos servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- American Productivity Center, EUA. The Benchmarking Code of Conduct. Versión sintentizada en el sitio del Gobierno de Australia. http://www.finance.gov.au/benchmark/benchmarking_ethics.html
- Association for Benchmarking Health Care. http://www.abhc.org
- Benchmarking en distribución de medicamentos. Proyecto garantía de calidad. Estudio realizado de conjunto por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, el Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, el Canadian Council on Health Services Accreditation y QUALIMED. 2002 en Biblioteca virtual para formación postgraduada de directivos del sector salud. ENSAP. 2004.
- Benchmarking. Introducción, en Revista E-Robotiker. http://robotiker.com
- Benchmarking. Sitios gubernamentales por países. Gobierno de Chile y Universidad de Chile. www.gestionpublica.gov.cl/benchmarking/directorio/gob_nacional.htm
- Benesh, Alicia A.. La Escuela hacia la Calidad Total. Benchmarking. Grupo Editorial Norma. Colombia. 1994

- Bhavnani, Sujata M. O emprego do Benchmarking na área de saúde en Am J Health-Syst Pharm 57(supp2):13-20, 2000.
- Castell-Florit, Pastor. Intersectorialidad y sistemas de salud. La experiencia cubana en Gerencia en salud. Tomo IV. ENSAP. Pag. 55. Abril del 2002
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA. La respuesta mexicana al SIDA: Mejores prácticas. México. Diciembre del 2000.
- Czarnecki, Mark. T. Benchmarking Strategies for Health Care Management, Editorial Aspen Publishers, EUA. 2000.
- Garvin, David A.. "Bulding a Learning Organization" en Harvard Business Review.
 EUA. Julio Agosto 1993. Pag. 81
- Gobierno de Chile. Proyecto de Reformas y Modernización del Estado. http://modernizacion.cl/index_archivo.htm Consultado el 8 de agosto del 2004-
- ICAS. Benchmarking en el sector salud. Modelos de garantía de calidad para Latinoamérica: Guía de capacitación e implementación. http://www.icas.net/benchmarking.htm
- Kelley Ed, Ashton Joanne y Bornstein Thada. Applying Benchmarking in Health. Center for Human Health. EUA. 2000
- Kirkpatrick, Sharon. Benchmarking as a Tool for Public Health and Health Promotion. Tomado de Health Action. http://www.health-in-action.org/.
- Ministerio de salud de la República de Colombia, Programa de apoyo a la reforma de salud, Consorcio Asociación Centro de Gestión Hospitalaria, Canadian Council on Health Services Accreditation y Qualimed. Informe final piloto sobre referenciación competitiva en distribución de medicamentos. 2001.
- Mohr JJ; Mahoney CC; Nelson EC; Batalden PB y Plume SK. Clinical benchmarking for best patient care en Jt Comm J Qual Improv; Septiembre de 1996 Vol. 22 (9), pag. 599.
- Parada, Antonio.Documentación, información y comunicación sanitaria. Un estado de la cuestión en la revista El Profesional de la información. Vol. 8. No. 4. Abril de 1999. Pag.5,
- Radivo, Jorge. Mejoras en las Organizaciones de la Salud. 6 de diciembre del 2001. http://www.intergaleno.com/download/default.htm Junio del 2000.Núm 1.
- Sargiacomo, Massimo. Benchmarking in Italy: the First case study on personnel motivation and satisfaction in a Health Business en Total Quality Management, Vol. 13, NO. 4, 2002, 489-505
- Stewart Monique, Dunkley Geoff y Michelin Linda. Benchmarking: Breastfeeding Support in Public Health. PHRED. Ontario, Canadá. Diciembre 2000.
- The National Outcomes Management Project: A Benchmarking Collaborative en Journal of Behaivor Health Services & Research, nov. 2000. Vol 27. Issue 4.
- The Pharmaceutical Industry Benchmarking Group (PIBG). Grupo de compañías farmacéuticas que se han asociado para trabajar la referenciación competitiva entre ellas. http://www.pibg.org/

CÁPÍTULO V LA TERCERIZACIÓN (OUTSOURCING)

MARCO GENERAL DE ACCIÓN

La tercerización es más conocida en la literatura por su nombre en inglés, o sea *outsourcing*, pero su españolización está cada vez más generalizada, lo cual es bueno para el idioma, pues se debe evitar a toda costa estar contaminándolo con expresiones extranjeras. Sólo es cuestión de una suficiente dosis de imaginación, para incorporar conceptos nuevos a viejas palabras del idioma castellano, tal como se hace en otras lenguas. La esencia de la tercerización es "acudir a fuentes externas".

La tercerización es una de las modas fuertes de las tecnologías gerenciales contemporáneas. Según sus partidarios, si usted no ha hecho tercerización en su organización, resulta entonces un fuerte candidato a ser incluido en el bando de los tontos. En este capítulo vamos a tratar de abordar todas las aristas de esta tecnología, incluyendo las más erosivas.

La tercerización busca responder la pregunta ¿lo hago o lo compro? Suponga que usted es el director de un gran hotel de 350 habitaciones en las afueras de la ciudad. Su dolor de cabeza es conseguir que el personal entre a tiempo a los tres turnos diarios establecidos y por supuesto, garantizar que los que regresen puedan hacerlo en el menor tiempo posible. Adquirió dos ómnibus para dar este servicio, pero a esta solución se añadieron los problemas del aseguramiento de combustible, la contratación y disciplina de choferes, el mantenimiento y reparación, la sustitución del vehículo que se rompe a la hora de ir a recoger el turno que entra, el pago de doble turno a los empleados que deben doblar cuando el ómnibus falló en traer al relevo, etc., etc. Estaba pensando en comprar un tercer ómnibus "de repuesto" para salir de la tensión que le ocasionaba el problema, cuando alguien le preguntó ¿por qué no tercerizas la transportación?

La experiencia demuestra que en casos como este, es mucho mejor subcontratar el servicio a una empresa especializada, dado que los problemas asociados a asegurar el transporte del personal constituyen algo muy sencillo de resolver para dicha empresa, pues dispone de parque automotor suficiente, talleres, experiencias y sobre todo, asume la responsabilidad del servicio. O sea, tiene mil maneras de cubrir las fallas y de hecho no puede fallar, pues es un servicio por el cual cobra. El transporte pasa a ser una actividad transparente para el director.

Esta tecnología ha tenido un auge extraordinario en los últimos años. Lo más notable no son sólo los numerosos artículos, monografías y libros sobre el tema,

sino además el uso intensivo que grandes y medianas organizaciones vienen haciendo de ella y el surgimiento de empresas dedicadas justamente a recibir "tercerización" de otros, algunas de ellas especializadas en determinados sectores, por ejemplo, la hotelería, las instalaciones de salud o los servicios educativos. O sea, están lo que solicitan la tercerización y los que se dedican a prestar dicho servicio, de ambos trataremos.

Originalmente parecía que la tercerización se iba a referir solamente a las actividades que no constituían la razón de ser de la organización, pero eso es historia antigua. Analice simplemente que en el año 2000, alrededor de las 2/3 partes de los \$750 mil millones de dólares que representa la industria del automóvil en Estados Unidos de Norteamérica, estaban en manos de terceras partes. 92 Algo muy distinto a la época de Henry Ford.

En los sistemas de salud, de acuerdo con un estudio realizado de forma conjunta por la VHA, una red nacional de servicios de asistencia médica y los consultores de tercerización Michael F. Corbett & Associates:⁹³ "La estrategia de tercerización está creciendo mucho más rápido en las organizaciones de servicios médicos que en la industria". A pesar de que las organizaciones de servicios de salud han sido tradicionalmente lentas para reconocer el valor de tercerizar servicios claves, el péndulo está oscilando en la otra dirección.⁹⁴

La Eleventh Annual Contract Management Survey, encuesta que se realiza periódicamente en los Estados Unifdos de América en relación con todos los aspectos de contratación y subcontratación en las instalaciones de salud de ese país, incluyó en su más reciente investigación las principales razones de los gerentes para tercerizar o no. Le sugiero revise y compare las razones de más peso en cada caso y por cada tipo en las tablas V.1 y V. 2.95

Tabla V. 1. Principales r	razones para no	tercerizar	
RAZONES ALEGADAS	No clínica	Clínica	
(En orden alfabético)	%	%	
Cuesta menos si lo hacemos nosotros	68.2	61.0	
Decisiones estratégicas de la corporación	17.1	18.1	
Lo podemos hacer mejor nosotros	75.2	80.0	
No conocemos de proveedores en ese campo	9.3	6.7	
Perdemos el control sobre la función	54.3	53.3	
Riesgo potencial muy alto	9.3	4.8	
Servicio no disponible en el área	17.8	23.8	

Tabla V. 2 Principales razones para tercerizar

RAZONES ALEGADAS	No clínica	Clínica
(En orden alfabético)	%	%
Ampliar la variedad de la asistencia médica	2.3	17.1
Conseguir competencias especializadas	7.8	69.5
Conservar el capital	9.3	13.3
Crear un nuevo servicio	0.8	25.7
Incrementar la satisfacción de los clientes	14.0	5.7
Mejorar la calidad	5.4	16.2
Obtener ahorros en costos operacionales y de capit	tal 66.7	41.0
Permite centrarse en las competencias principales	40.3	26.7
Promover la innovación	0.8	1.9
Puestos para los que es difícil hallar personal	24.0	37.1
Rebajar el número de trabajadores a tiempo complet	to 60.5	8.6
Reducir riesgos/incrementar la responsabilidad	30.2	5.7

LO VIEJO RENOVADO

Esto de la tercerización ni es tan nuevo como dicen ni tampoco tan original. Lo novedoso es haberse convertido en una doctrina metodizada, y haber alcanzado una divulgación y generalización que debe ser reconocida como muy amplia.

La tercerización tiene que ver con la subcontratación y esto se viene haciendo casi desde que los negocios son negocios. Los japoneses han demostrado ser verdaderos maestros en este modo de gerenciar. Grandes y famosos fabricantes como la Toyota, la Mitsubishi, la Sony u Honda, disponen de una enorme red de productores pequeños y medios, que elaboran por encargo muchas de las partes y de los subconjuntos que utiliza la industria, y sin embargo dichos negocios no pertenecen a la organización "madre". Esto explica también la gran diversidad en la producción de estas corporaciones.

En Cuba, por ejemplo, los monopolios petroleros eran típicamente "terceristas" en cuanto a la distribución al detalle de los derivados del petróleo. Las estaciones de servicios de la Shell o de la Esso, pertenecían a propietarios individuales, a los cuales la corporación daba facilidades de financiamiento para poner su propio negocio, con el compromiso de distribuir solamente productos de su marca. Determinadas firmas de contadores se dedicaban a tercerizar el trabajo de contabilidad, cálculo y pago de impuestos de pequeños y medianos

negocios. Existía un buen número de agencias que se especializaba en reclu-tar y seleccionar personal destinado a empresas que preferían pagar el servicio antes que hacerlo ellos mismos.

Tiendas elegantes como El Encanto vendían ropa "hechas en sus propios talleres", que ostentaban en sus etiquetas y envases el logotipo y los mensajes que distinguían la tienda, lo cual era un sello de distinción para sus adinerados compradores. Sin embargo, un buen grupo de estas confecciones se hacía en talleres que no pertenecían al El Encanto, ni tampoco hacían ropa sólo para dicha tienda. El Encanto "tercerizaba" aquella parte de su producción de ropa que le era más rentable subcontratarla a terceros.

UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO

El concepto de tercerización ha ido evolucionando en función de la audacia, tipo de problema a enfrentar, cambios sociales o necesidades impostergables. Veamos una aproximación al concepto que evita intencionalmente dar definiciones académicas.

Se habla de tercerización cuando concurren las circunstancias siguientes:

- Determinado servicio, producción o función es una actividad normal de cierta organización o incluso una actividad proyectada en el esquema de una organización que nace nueva. Por ejemplo, el servicio de detectives de un hotel, la fase de envasado en el proceso de producción de una industria farmacéutica o la función de compras en un hospital.
- 2. Dicho servicio, producción o función puede estar en algunas de las situaciones siguientes:
 - Es importante para el funcionamiento de la organización, pero no constituye su actividad principal. Por ejemplo, el trabajo publicitario en una fábrica de automóviles, el diseño y explotación de un sistema automatizado de gestión en un hospital de 320 camas, o la contabilidad de una tienda por departamentos.
 - Es un componente importante de la actividad principal de una organización industrial, comercial o sanitaria. Por ejemplo, el proceso de impresión de los libros en una gran editora internacional, la operación de los almacenes en una corporación dedicada al comercio mayorista o las intervenciones quirúrgicas de un servicio de salud pública en la capital de un país.
- 3. La organización enfrenta, en relación con las actividades mencionadas, uno o varios de los problemas siguientes:
 - No es eficiente en la realización de dicho servicio, producción o actividad, o al menos está por debajo de las posibilidades de otras organizaciones.

Representa un cuello de botella para el flujo normal de las operaciones, y la organización no tiene solución para dicha situación, debido a limitaciones financieras, de equipos o de local.

No es una actividad principal de la organización, pero los problemas que presenta en su realización afectan el buen funcionamiento global de esta y demanda excesiva atención por parte de los directivos.

Es muy difícil de controlar adecuadamente, o resulta muy complicada para ser manejada por personas que tienen otras obligaciones más importantes.

Entra en contradicción con nuevas orientaciones estratégicas de la organización, por ejemplo lograr un achatamiento importante, concentrar los esfuerzos en otras direcciones o lograr un desarrollo acelerado en el corto plazo.

4. Existen otras organizaciones que pudieran hacer el servicio, la producción o la función con menor costo, mayor valor agregado, mejor calidad o mayor rapidez (o quizás las cuatro cosas a la vez). Dichas organizaciones pueden asimilar cualquiera de dichas actividades con efectos positivos para la organización original. Esto es la esencia de la tercerización. Analicemos algunos ejemplos basados en los datos anteriores:

Una casa dedicada al trabajo informático puede llegar a un acuerdo con un gran hospital para ocuparse de hacer el diseño, implantación y mantenimiento de su sistema automatizado de gestión, montarle el equipamiento y renovárselo periódicamente por una suma que acuerden de conjunto. ⁹⁶ Un buen trabajo en este sentido reduce la carga de trabajo del equipo de dirección, incrementa la satisfacción de profesionales y técnicos con su labor, y agrega valor a la calidad del servicio a clientes.

Subcontratar la impresión de libros con una empresa de alto nivel de especialización en este campo, permite a la editora concentrar su trabajo en los procesos de preparación de los textos, el marketing y la distribución con posibles resultados significativos en cuanto al crecimiento económico de la empresa. Por otra parte, no tiene que preocuparse por la administración de las imprentas y se libera además, de todo lo relacionado con mantener esa industria actualizada desde el punto de vista tecnológico.

Los servicios de salud pública de una gran capital o región, pueden enfrentar problemas serios con la lista de espera para intervenciones quirúrgicas a lo que se añade que su capacidad instalada es insuficiente para resolverla en el corto plazo. Esta situación tiende a agravarse. El organismo de salud puede llegar a acuerdos con clínicas privadas, dotadas de determinadas características para que asimilen las intervenciones quirúrgicas de menor nivel de riesgo, concentrando los hospitales del sistema en aquellas de mayor complicación. ⁹⁷ Un buen arreglo en esta dirección resuelve un problema de salud pública, eleva la imagen del sistema con respecto a la población y crea un compás de espera para crear una solución definitiva en el futuro próximo.

TERCERIZACIÓN Y SISTEMAS DE SALUD

EL CONTEXTO Y LA OPORTUNIDAD

Ciertas características de los sistemas de salud y de las instalaciones donde esta actividad se ejecuta, resultan un contexto apropiado para facilitar la aplicación de esta tecnología gerencial. Podemos mencionar entre ellas:

- 1. La ejecución de la asistencia médica requiere no sólo de la participación directa del profesional médico, sino además de un grupo de servicios de investigación, diagnóstico y tratamiento, que completan y cierran el ciclo de la atención al paciente, y que diversifican y complican el trabajo gerencial de esas organizaciones (laboratorios clínicos, imaginología, quimioterapia, rehabilitación, gases medicinales, farmacia, etc.).
- 2. A lo anterior se añaden numerosos servicios de apoyo y administración, que constituyen la infraestructura sobre la cual descansa la asistencia médica directa. Estos servicios encarecen el costo de la atención médica y generan además, una cuota importante de atención y preocupaciones por parte de la dirigencia, (comedores, lavandería, limpieza, informática, mantenimiento, contabilidad, gestión de recursos humanos, etc.).
- 3. La capacidad instalada para la atención clínica o quirúrgica puede resultar insuficiente eon relación con la demanda, lo que provoca cuellos de botellas, listas de espera y por supuesto, quejas debidamente justificadas de la población. Esto puede deberse a problemas de espacio, baja capacidad de equipos, insuficiencia de personal o decisiones estratégicas en relación con el sistema o la instalación. La solución a problemas de este tipo consiste muchas veces en extender el servicio utilizando terceras partes.
- 4. El sostenido crecimiento de los gastos en salud,⁹⁸ se ha convertido en un factor motivador para lograr formas de trabajo más eficientes, simplificación de procesos clínicos, quirúrgicos y administrativos, reducción del tamaño horizontal y vertical de las organizaciones, y muchos más. Este estímulo promueve en muchas ocasiones, el pensar en "quitarse algunas actividades de encima".
- 5. Según un viejo principio gerencial, ninguna organización puede ser eficiente en todas las actividades que ejecuta. La salud, como puede apreciarse, es extraordinariamente amplia en la cantidad y surtido de actividades diferentes que debe abarcar para poder llevar a cabo sus objetivos. Esto la hace particularmente vulnerable a problemas de ineficiencia, que en muchos casos contaminan la feliz realización de otras actividades. Por ejemplo, el mal trabajo en lavandería afecta

el buen funcionamiento del trabajo en sala, o un sistema de informática con fallas en su operación, pone en crisis el trabajo en consulta del médico.

Lo anterior demuestra que el contexto es propicio para la tercerización, faltaría entonces la oportunidad, o sea, que se necesite, sea conveniente y exista el tercero que pueda hacerlo mejor. La experiencia demuestra, al menos en este continente, que la tercerización está siendo empleada crecientemente por los servicios de salud, tanto públicos como privados y no sólo en las actividades que antes se consideraban "tercerizables", sino incluso en servicios más directamente asociados a la atención médica; por ejemplo, las intervenciones quirúrgicas o la anatomía patología. Se puede concluir entonces que la tercerización es una tecnología gerencial importante para el trabajo en salud.⁹⁹

LA TERCERIZACIÓN EN EL CONTINENTE AMERICANO

Sobre la tercerización en el continente americano no se dispone de estadísticas que resuman la situación, salvo en el caso de Estados Unidos, pero sí hay una impresión general en cuanto a los países latinoamericanos que se comentará a continuación.

En líneas generales, aparece una fuerte tendencia a la tercerización de los servicios administrativos y de apoyo, fundamentalmente la cocina, la limpieza, la lavandería, la contabilidad, apoyo legal y tributario, la administración de los recursos humanos y los sistemas de información.

En cuanto a las actividades clínicas, hay referencias frecuentes a la tercerización por parte de los seguros y las organizaciones nacionales de salud de los servicios quirúrgicos, particularmente en aquellos casos en que los hospitales asociados no satisfacen la demanda. Se subcontratan también, servicios de laboratorios clínicos, sobre todo los de mayor especialización. Los diagnósticos basados en imágenes y la anatomía patológica, se inscriben también en las corrientes de mayor tercerización en estos países.

Se han creado institutos y clínicas altamente especializadas en determinados campos, por ejemplo la gastroenterología, que se han dotado de medios de muy alto nivel y cuya concepción incluye la venta de estos servicios como proveedores de tercerización a otras instalaciones de salud. También es abundante el número de empresas dedicadas exclusivamente a vender servicios, sobre todo en el campo de la informática, la contabilidad, la protección y seguridad y la gestión de nóminas.

Ha aparecido una tendencia más reciente consistente en pasar a los profesionales de la salud de régimen de personal asalariado, a pago por honorarios que es también una forma de tercerización. De algunas de estas opciones trataremos más adelante.

En el caso de Cuba, donde el sistema de salud es único y está totalmente financiado y garantizado por el Estado, muchas de las expresiones clásicas de la tercerización, que aparecen en otros países, no son necesarias, pues se dispone de una especie de tercerización "blanda", donde no median relaciones de compraventa, aunque sí generalmente de contratación o de acuerdo entre ambas partes. Cualquier hospital con limitaciones temporales o permanentes en algún servicio, dispone de toda la red del sistema de salud para satisfacer las necesidades de sus pacientes.

Lo anterior incluye desde servicios convencionales hasta otros altamente especializados, como los del Centro de Anticuerpos Monoclonales o los del Centro de Biotecnología, así como trabajos vinculados a la Ingeniería Clínica. Por supuesto, existen también expresiones típicas de la tercerización convencional, como es el caso de los servicios de protección a instalaciones, los sistemas ingenieros de vapor y de climatización, servicios contables especializados, transporte de fondos en el caso de hospitales que atienden a personal extranjero, etc.

En cuanto a Estados Unidos, como ya comentamos anteriormente, se realizan periódicamente encuestas sobre contrataciones en las instalaciones de salud. Sus resultados pudieran ser interesantes para nosotros, a los efectos de tener una idea del rango en que se mueve la tercerización en un país desarrollado, y ver el balance entre las actividades clínicas y las que no lo son.

Sobre el particular, le recomendamos repasar de nuevo las que aparecen al principio de este capítulo, relacionadas con las razones por la que ellos tercerizan o no. A continuación aparecen dos tablas que han sido seleccionadas por el autor, esta vez con respecto a cuáles actividades se tercerizan y qué peso tienen en el conjunto. Ambas se prestan para un trabajo de análisis (Tabla V.3 y V.4).

Tabla V. 3. Tercerización de actividades clínicas		
SERVICIOS O TAREAS EN LOS QUE HA SIDO APLICADA	%	
Mantenimiento de equipos clínicos	58.1	
Resonancia magnética	46.7	
Servicios de urgencia	44.8	
Medicina nuclear	43.8	
Facilidades de enfermería especializada/unidades subagudas	43.8	
Anestesiología	43.8	
Diálisis	35.2	
Equipos médicos duraderos	31.4	
Trastornos del habla	30.5	
Nutrición/dietética	22.9	
Informática médica	21.0	
EEG - Diagnósticos	21.0	

Tabla V. 4. Tercerización de actividades administrativas y de apoyo	
SERVICIOS O TAREAS EN LOS QUE HA SIDO APLICADA	%
Eliminación de desechos peligrosos para la salud	80.6
Control de plagas	79.8
Lavandería/tintorerìa	48.8
Medición de la satisfacción de los pacientes	48.8
Recaudación	47.3
Disposición de desechos en general	46.5
Ingeniería clínica y biomédica	44.2
Protección y seguridad	33.3
Servicios temporales	32.6

BENEFICIOS ESPERADOS

El empleo de la tercerización en el sector salud tiene la potencialidad de producir efectos positivos como los siguientes:

- 1. Concentrar los esfuerzos de la organización en las tareas que constituyen el núcleo central y la razón de ser de la institución o del sistema, con lo cual dicha tarea se beneficia significativamente.
- 2. Lograr ahorros en términos de costos, recursos humanos y finanzas, al hacer que el servicio contratado a terceros cueste menos que el producido por la propia organización, lo cual permite aprovechar el margen obtenido en mejorar precisamente los servicios de salud.
- 3. Alcanzar un nivel de satisfacción de los trabajadores, en aquellos casos en que el servicio contratado esté destinado a ser prestado a ellos, tales como el comedor, la cafetería o el transporte, lo cual forma parte de cualquier estrategia destinada al mejoramiento de la calidad del servicio.
- 4. Elevar el nivel de satisfacción de pacientes y familiares, en aquellos casos en que el servicio contratado esté relacionado con actividades clínicas o quirúrgicas, medios diagnósticos o labores de apoyo, tales como servicios odontológicos, intervenciones quirúrgicas, imagenología, laboratorios clínicos o limpieza de áreas.
- 5. Resolver permanente o transitoriamente cuellos de botellas en el servicio que originan largas listas de espera quirúrgicas, demoras en recibir resultados de diagnósticos o plazos muy largos para acceder a servicios de investigación clínica.
- 6. Pasar a terceros la responsabilidad o el riesgo de tareas delicadas, peligrosas o sujetas a regulaciones o leyes de particular complejidad, como por ejemplo el manejo de sustancias tóxicas o la transportación de dinero.

Tecnologías gerenciales

- 7. Acceder a servicios altamente especializados, para los cuales no tiene sentido hacer inversiones en equipos y en contratación de personal calificado por la poca frecuencia en que dichos servicios son requeridos.
- 8. Crear un valor agregado a la calidad del servicio lo cual, en muchos casos del campo de la salud, es más importante que el resultado económico.

FUENTES POTENCIALES DE TERCERIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD¹⁰¹

Como ya se ha comentado, el sector salud aparece entre las actividades con mayor actividad de tercerización. Las propias características de las instituciones y del sistema de salud generan esta posibilidad. La lista que a continuación aparece tiene sólo un carácter potencial e informativo y no es de ninguna forma una guía para hacer tercerización en salud. Mucho menos es una propuesta de lo que debiera hacerse, sino simplemente un elemento de consulta y quizás hasta de curiosidad. Incluye tanto instituciones públicas como privadas. Aparece ordenado alfabéticamente, para evitar sensación de importancia o prioridad:

- Anatomía patológica.
- Anestesiología.
- Asuntos legales y reclamaciones.
- Pacientes del servicio de cirugía ambulatoria.
- Centro de llamadas médicas.
- Contabilidad, facturación, cobros.
- Control de plagas.
- Diagnósticos en imágenes.
- Diálisis.
- Disposición de residuos peligrosos.
- Cocina y comedor.
- Fisioterapia.
- Gestión de abastecimientos.
- Gestión de archivos.
- Gestión integral de RRHH.
- Ingeniería clínica y biomédica.
- Intervenciones quirúrgicas de menor riesgo.
- Laboratorios clínicos y secuencias de ADN.
- Lavandería y tintorería.
- Limpieza.
- Mantenimiento de equipos.
- Medicina nuclear.

- Medición de la satisfacción de los clientes.
- Nóminas y pagos a trabajadores.
- Reclutamiento, evaluación y selección del personal.
- Referenciación competitiva (benchmarking).
- Seguridad y protección.
- Servicio de enfermeras especializadas.
- Servicios de urgencia.
- Servicios temporales.
- Soluciones informáticas integrales en salud.
- Transporte de pacientes.

LA DECISION DE TERCERIZAR

Tercerizar es, en muchas ocasiones, un impulso casi romántico o desesperado por parte de algunos gerentes en salud, que la consideran como la panacea para sus problemas. Esto tiene su alta cuota de riesgo, pues a veces "el remedio es peor que la enfermedad".

"Al asumir que la tercerización es la respuesta, sin tener en cuenta sus pro y sus contra, las compañías están fallando en hacer lo que realmente importa: mejorar el desempeño general de su organización y maximizar su valor". 102

Los servicios de salud constituyen una actividad altamente sensitiva para la población, por lo que no basta con que la gerencia del hospital o del servicio regional de salud pública se quite el problema de encima, es necesario tomar en cuenta también cómo repercute esa decisión en el futuro del sistema y en las personas que utilizan el servicio. De acuerdo con esto, al menos en materia de salud, deben considerarse tres aspectos:

- Económico.
- Estratégico.
- Social.

ELASPECTO ECONÓMICO

Aquí se trata de números. Por supuesto el gerente debe ser asesorado por su contador y por los especialistas en el servicio para hacer los cálculos correspondientes. Se trata en primer lugar de un problema de costos y responde a la pregunta siguiente: ¿en qué medida lo que paguemos a la tercera parte representa o no un ahorro, con respecto a los que nos cuesta operar nosotros mismos esa actividad?

Casi siempre se busca que haya una diferencia a favor de la institución, por ejemplo, administrado por esta el comedor cuesta alrededor de \$ 0,98 por comensal, mientras que la Empresa Buenos Tenedores ofrece cobrar \$ 0,65 por ocuparse del servicio.

Por supuesto, el cálculo no es tan simple. Hay que tener cuenta si la tercera parte va a utilizar nuestro propio local e instalaciones, con lo cual ellos se beneficiarían y debieran compensar a la organización por ello, o por el contrario, qué ventajas ofrece disponer de áreas que se vaciarían con la extracción de esas operaciones. También hay que evaluar la capacidad, eficiencia, estabilidad, cobertura y posibilidades del proveedor externo para gestionar la actividad que se le entrega. De lo contrario podemos estar adquiriendo falsas ventajas.

Hay valores intangibles que no forman parte del cálculo y que hay que pensar en ellos también, por ejemplo, ¿en cuanto se alivia la carga de trabajo del director y del vicedirector administrativo del hospital, al salir del problema de la cocina y pagar porque otro se ocupe de ello?

Otros elementos intangibles tienen que ver con el valor agregado. Suponga que el hospital tenía serios problemas con el laboratorio de análisis clínicos. Los equipos eran obsoletos, el área de espera de los pacientes insuficiente y calurosa, el tiempo de espera de los resultados era superior a lo deseado. Al subcontratar el servicio, la organización proveedora dispone de salones cómodos para la espera, el servicio y la atención son rápidos y agradables, los resultados son casi inmediatos y se envían directamente por correo electrónico al hospital.

En este último ejemplo, se presenta un caso evidente de valor agregado que hay que tenerlo en cuenta. Los costos del hospital eran a lo mejor muy bajos, pero el producto era de muy mala calidad. Luego aquí se justifica pagar más que lo que costaba originalmente.

ELASPECTO ESTRATÉGICO

La estrategia tiene que ver con políticas generales, líneas de desarrollo que van a fructificar en el futuro o cambios de dirección de acuerdo con corrientes más actuales, con cambios sociales o con la actuación de la competencia.

En los últimos años se ha generalizado una corriente en la industria manufacturera, consistente en tercerizar toda la producción para concentrarse en los elementos asociados a la planificación estratégica, la investigación-desarrollo, el diseño, el marketing y la comercialización. Esta concepción estratégica busca reducir la magnitud de la empresa, achatarla verticalmente y absorber con mayor facilidad las particularidades de los procesos de globalización. No todos han triunfado en esta dirección, pero la tendencia sigue creciendo.

En el sector de salud, tanto en la salud pública como en el sector privado, la tercerización puede estar asociada a razones de políticas de gobierno o decisiones estratégicas por parte de la dirección de la organización.

Por ejemplo, las más importantes HMO norteamericanas están contratando la atención integral de los pacientes que padecen enfermedades crónicas a organizaciones especializadas en gestión de enfermedades, una nueva disciplina que se define como "un proceso de optimización de cuidados mediante la coordinación de recursos a lo largo de todo el sistema de salud, durante todo el ciclo de vida de la enfermedad". Esta decisión de tipo estratégica ha producido en el corto plazo, ventajas económicas y mejoras en la calidad de vida de los pacientes atendidos.

Otro ejemplo, un organismo nacional de salud pública puede considerar, como política de gobierno o institución, que determinados servicios administrativos deben ser tercerizados, para estimular a que la gerencia de sus hospitales se concentre en los problemas clínicos y quirúrgicos, que son su razón de ser. Se busca, además de aliviar la carga de trabajo de los hospitales, lograr determinadas ventajas al negociar esta subcontratación en una gran escala.

El aspecto estratégico implica, generalmente, ventajas en el mediano o largo plazo por lo que puede entrar en contradicción con los resultados económicos que se obtienen de forma inmediata. Por supuesto sí las consideraciones estratégicas están bien elaboradas, los resultados económicos en el corto plazo pudieran no ser decisivos.

EL ASPECTO SOCIAL

El análisis de la decisión de tercerización, sobre todo en los sistemas de salud, incluye necesariamente evaluar cómo afectará su aplicación a los trabajadores que originalmente se ocupaban de la actividad que se traspasa a terceros, qué piensan ellos de ese cambio y qué actitud asumirán.

Incluye también qué va a suceder con las personas que recibirán en el futuro el servicio de terceros, y en que medida serán beneficiados o no con el cambio. Valores negativos en cualquiera de estos aspectos sociales, pueden poner en crisis las ventajas económicas que pudieran haberse encontrado.

El no tomar en cuenta este aspecto, puede significar serios problemas en los resultados que en muchos casos se achacarían a la tercerización, aunque es posible que se deban más bien a un trabajo deficiente en el proceso de toma de decisiones. Las consecuencias negativas en el aspecto social serán ampliadas en el inciso "El lado oscuro de la tercerización".

EL QUE VENDE TERCERIZACIÓN. LA CONTRAPARTE

En la tercerización intervienen dos partes, el que pide el servicio y el que lo presta. Casi siempre pensamos en el primero, pero en realidad el segundo tiene una importancia singular que vale la pena comentar. Podemos considerar dos casos: el que vende servicios ociosos o sobrantes y el que se dedica profesionalmente a vender el servicio.

EL QUE VENDE SERVICIOS OCIOSOS O SOBRANTES

Un hospital importante de la capital de un país, ha adquirido un equipo de Tomografía Axial Computarizada (TAC), destinado a dar servicio a la población de la zona norte de la ciudad, que es el área de atención del hospital. Seis meses después, se demuestra que la instalación excede en un 40 % las necesidades requeridas por la población a atender. Esto puede ser una fuente de tercerización "al revés".

La decisión sobre tercerizar una capacidad ociosa o sobrante, tiene también sus implicaciones económicas, en el servicio y en el plano social.

Económica

El que ofrece su capacidad ociosa tiene determinados costos fijos que no van aumentar con esta decisión. Por tanto, los únicos costos que entrarán en el cálculo serán aquellos que están en función de la cantidad y calidad del servicio prestado (costos variables). Esto representa una ventaja, pues al momento de calcular los precios está en condiciones de ofrecer cifras menores a aquellas organizaciones que se dedican profesionalmente a vender dicho servicio, en caso de que en el mercado concurran otras ofertas.

Por otra parte, para vender el servicio pudiera ser necesario complementarlo con algunos elementos que elevan su valor (tiempo menor en entregar los resultados, soporte físico de mayor calidad, transmisión de datos a otros lugares, etc.), en los cuales no se incurre normalmente cuando el receptor del servicio es la propia organización.

Lo anterior puede implicar un incremento en los costos variables, que por razones de presupuesto quizás no pudiera afrontar la organización, o que significaría un aumento tal que no permitiría sacar un precio competitivo, si esto fuera necesario. O sea, hay que hallar una justa relación entre los costos y los ingresos marginales.

En el servicio

La tercerización de capacidades sobrantes, puede convertirse en un peligro para el servicio que se presta a los clientes habituales de la organización y que en muchos casos no tienen opciones, pues el hospital por ejemplo, solo admite los resultados emitidos por sus propios servicios, ya sea el mencionado TAC, el banco de sangre o los medios diagnósticos.

El nuevo negocio puede resultar tan atractivo, que en determinado momento traspase los límites de la capacidad ociosa, creando cuellos de botella en la operación. Puede suceder también, que se note un trato diferenciado al que viene de afuera (generalmente paga más) con respecto al de adentro.

En el plano social

En los sistemas de salud pública, estas capacidades sobrantes pueden producir una tercerización "blanda" es decir, que no signifique vender o cobrar dichos servicios a otras instituciones del mismo sistema, sino simplemente aprovecharlas para cubrir insuficiencias de terceros, que de esta forma pudieran resolver. En Cuba, hay amplias experiencias en esta línea.

EL QUE SE DEDICA PROFESIONALMENTE A VENDER EL SERVICIO

Esto es otra cosa. La proliferación de empresas dedicadas a cubrir las actividades rutinarias o no fundamentales del resto de las organizaciones es enorme, como se puede apreciar por la cita que sigue.

"El negocio de ser un simple diente en la rueda de otra organización, pudiera no ser elegante o atractivo, pero puede resultar lucrativo. Las terceras partes encargadas de los servicios operativos de rutina -tales como el procesamiento de las nóminas, el control de inventarios, la gestión de los centros informáticos, y la provisión de capacidad manufacturera adicional- alcanzó cifras superiores a los tres mil millones de dólares en el mundo, durante el año 2000, de acuerdo con cifras suministradas por la Dun & Bradstreet. Lo que es más, este mercado se duplicó en tamaño entre los años 1997 y 2000 (...) y se espera que crezca sostenidamente en un 25 % durante los años 2001 y 2002". 104

En este caso, los análisis para decidir son distintos a los que debe hacer la organización que compra el servicio, o la otra que incorpora la venta de servicio como una actividad marginal, aprovechando capacidades sobrantes.

Entramos ahora simplemente en una operación normal, donde los elementos de costos, precios, rentabilidad, mercadeo, competitividad, no son diferentes en términos generales a los de cualquier otro negocio.

Lo nuevo es que esta actividad ha asimilado un enorme mercado continuamente creciente y tan importante, que algunas empresas se ocupan de sectores especializados (hoteles, hospitales, industrias manufactureras, etc.), o de una única actividad (contabilidad, nóminas, limpieza, comidas, etc.). ¹⁰⁵

EL LADO OSCURO DE LA TERCERIZACIÓN

No todo es poesía y buenas noticias con respecto a la tercerización. También hay errores estratégicos que condujeron a la quiebra de empresas, procedimientos incorrectos que violaron los derechos de los trabajadores o incumplimientos de los nuevos proveedores de servicios que motivaron las justas quejas de los clientes. Veamos algo de todo esto.

Efectos económicos negativos

Tercerización y buenos resultados económicos no constituye un axioma y mucho menos un principio. Aquí se puede caer una vez más en el espejismo de la tecnología de moda, por lo que es conveniente aclarar que hay también historias interesantes de fracasos en organizaciones lucrativas asociados a la tercerización, debido a cálculos económicos errados o a una visión estratégica insuficiente, acerca de lo que iba a hacer la competencia en ese campo o en relación con los cambios que se iban a operar en el mercado de la actividad.

En un mercado competitivo, donde en una misma actividad, unos tercerizan y otros no, lo más probable es que alguno de los dos bandos esté equivocado. Y eso se paga en pérdidas económicas.

El principal punto débil de la tercerización es que el asunto se le puede escapar de las manos al que subcontrata. El suministro, la producción o la distribución ha sido tercerizado, pero no siempre usted hizo el mejor contrato con la tercera parte, o utilizó un tercero con baja solvencia financiera, o simplemente le incumplen el contrato, pero usted no pue-de incumplir con sus clientes aunque lleve a la cárcel al incumplidor. Todo esto acarrea perjuicios económicos y pérdida de valor de la empresa que tercerizó.

Hay quienes defienden todo lo contrario a la tercerización. O sea buscan niveles superiores de integración basados en sistemas informáticos, generalmente Intranets, simplifican y reducen procesos, aplican técnicas *just in time* para el manejo de inventarios, crean equipos autodirigidos que asumen la actividad, se desarrollan como empresas inteligentes y en definitiva utilizan otras direcciones para mantenerse competitivos.

"Al asumir que la tercerización es la respuesta, sin tener en cuenta sus pro y sus contra, las compañías están fallando en hacer lo que realmente importa: mejorar el desempeño general de su organización y maximizar su valor". 106

Vaya todo esto como una señal de alerta. Ninguna tecnología tiene toda la verdad. Igual que no hay medicinas milagrosas y "curalotodo" en el campo de la salud, tampoco hay maravillas del tipo "usted me aplica y yo convierto su organización en la mejor del mundo".

PROBLEMAS CON EL PERSONAL

La tercerización puede implicar cambios sustanciales en la organización, estructura, forma de operar, cultura o proyección estratégica de una organización. Esto afecta de una forma u otra a los trabajadores, que en caso de grandes organizaciones significa cifras de miles personas. Cuando se toma la decisión errónea, las consecuencias pueden ser tan negativas para cientos o miles de trabajadores como para la salud moral y el prestigio de la organización que no actuó correctamente. Veamos algunas de esas consecuencias:

- 1. Desempleo. Los trabajadores que ejecutaban la actividad tercerizada, pueden quedar sin trabajo producto de una decisión de este tipo. Si esa es la posibilidad, es necesario discutirlo previamente con estos o sus representantes, hallar soluciones de conjunto o decidir no tercerizar. De lo contrario, se corre el riesgo de una explosión social, que puede ser de gran magnitud en decisiones que abarcan, por ejemplo, los servicios de salud de todo un país. 107
- 2. Pérdida de valores. En los casos en que el personal pasa a formar parte de la empresa que asume la subcontratación, habría que preguntarse cuáles valores de fidelidad, amor a la institución, participación en su crecimiento y aportes a su estado actual se están perdiendo, o sea se van con esos trabajadores. Sin lugar a dudas esta es una pérdida sensible que generalmente es irreversible.
- 3. Resistencia al cambio. Los trabajadores pueden no estar interesados en pasar a la nueva organización que asume la subcontratación, o no desean asimilar los cambios de puesto de trabajo que implicaría quedarse en la organización original. Esto hay que negociarlo antes de decidirse a firmar los contratos de tercerización.

Tecnologías gerenciales

- 4. Manipulación. La tercerización puede tener otros motivos ocultos. Han aparecido noticias en el sentido de que el traspaso a terceros de una actividad, ha coincidido "casualmente" con la presencia allí de lideres sindicales exigentes de sus derechos, con lo cual la empresa empleadora pretende deshacerse de la actividad y de los agitadores.
- 5. Mal negocio. En algunos casos, a los trabajadores no les interesa pasar a ser "profesionales independientes". Ocuparse de un negocio nuevo y depender entonces de un mercado y de unas utilidades, puede resultarles negativo con respecto a disponer de un salario fijo, derecho a vacaciones pagadas, antigüedad y jubilación.

La tercerización, no puede ser de ninguna forma "un buen negocio" y al mismo tiempo crearle una situación crítica, algunas veces sin salida, a los trabajadores que originalmente se ocupaban de las tareas tercerizadas.

PERJUICIOS AL PÚBLICO

En los servicios de salud, el primer criterio que debe prevalecer en la decisión de tercerización debiera ser el de mejorar el desempeño, y por tanto, el de hacer que los clientes (pacientes, familiares, instituciones de seguro, etc.) ganen, y ganen mucho si fuera posible, con el cambio. Tercerizar en salud no es quitarse un problema de arriba, sino darle una solución lo mejor posible a dicho problema y eso incluye inseparablemente contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas.

El perjuicio al público en materia de salud no queda impune, si alguien lo duda puede consultar algunas noticias en la prensa de nuestro continente. Una situación de este tipo, afecta sensiblemente el prestigio de la organización que no tomó las provisiones correspondientes para evitarlo.

RIESGOS CON EL PROVEEDOR

Otro punto peligroso es el relativo a informaciones claves de su empresa. Por ejemplo, cuando usted terceriza sus almacenes, pone en mano de otros informaciones fundamentales, entre estas la de sus costos de inventarios, o cuando subcontrata la administración de su sistema automatizado de gestión, tiene todas las operaciones de su empresa a disposición de personas que pueden hacer mal uso de esta.

Otra forma de riesgo está relacionada con la solvencia y estabilidad del proveedor y con su capacidad para sostener un ritmo creciente de desarrollo de la actividad que ha asumido. Un proveedor que ha sido seleccionado por su actualidad en los servicios de diagnósticos basados en imágenes, por ejemplo, debe ser capaz de

mantener en el tiempo esa actualidad, de lo contrario la empresa que contrata y el público que recibe el servicio pierden a la larga.

RESUMEN

La tercerización en los servicios de salud llegó para quedarse. Todas las informaciones confirman que crece en número y se extiende en actividad, incluyendo aquellas que en la tercerización "clásica" se consideraban tan importantes para la organización que no debían ser subcontratadas.

Pero tampoco la tercerización es una receta mágica, ni siquiera una obligación de los sistemas de salud y de sus instituciones. Debe verse como una oportunidad para, en primer lugar, mejorar el desempeño de la organización y la calidad del servicio que se presta a sus clientes. El dinero está incluido, pero es opinión generalizada que no debe ser el factor principal.

No siempre se triunfa tercerizando, pero tampoco el fracaso es una cifra considerable. Como toda decisión gerencial, tiene costos, riesgos y efectos en las personas, las finanzas y las cosas. Aquí se pone de manifiesto la necesidad de emplear habilidades y tecnologías gerenciales vinculadas a la participación, como es el caso del trabajo en equipo y las técnicas de solución de problemas en grupo o asociadas a la evaluación de alternativas, como son la referenciación competitiva o la reingeniería de procesos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bianchi, Carlos. Organización del trabajo y acción sindical ante la tercerización en la salud mutual. Estudio de caso.
- Brian James y Hilmet Frederick G.. Strategic Outsourcing en The Mc Kinsey Quarterly 1995, Number 1. EUA. Pag. 48
- Burmahl, Beth. Making the Choice en Health Facilities Management, Junio 2001, Vol. 14 Issue 6, pag 16,
- Byron G. Auguste, Yvonne Hao, Marc Singer, y Michael Weigand. "The Other Side of Outsourcing" en revista "The Mc. Kinsey Quaterly". Num. 1. 2000.
- Castaño, Ramón El crecimiento de los costos en salud: un fenómeno mundial. Centro de Gestión Hospitalaria, Santa Fe de Bogotá, Colombia. Diciembre de 1999.
- " Censola, Andrés y Ferrere-Lamaison. Tercerización: Oportunidades, riesgos y estrategias legales Presentación en Power Point. http://www.ferrere.com.uy
- Contract Management Survey (resultados del 'Eleventh Annual Contract Management Survey' de hospitales y facilidades de asistencia médica en los EUA,

- incluye outsourcing) en la revista H&HN: Hospitals & Health Networks, Oct 2001, Vol. 75 Issue 10, p61, 8p
- Doig Stephen, Ritter Ronald C., Speckhals y Woolson Daniel. Has outsourcing go too far?, en The Mc Kinsey Quartely. 2001. Num. 4. EUA, 2001
- Drucker, Peter. They're Not Employees, They're People, en Harvard Business Review, Febrero 2002, Vol. 80 Issue 2, pag 70.
- Employment Screening Resources. Special report for hospitals and health care providers. http://esrcheck.com
- Foro de Europa y Las Américas sobre Reforma del Sector Salud. Málaga, España 24-27 de febrero de 2002-04-21
- Granda, Fernando E y Smolje, Alejandro R. Resumen elaborado por los propios autores de su trabajo Outsourcing: Herramientas para el análisis económico y estratégico. http://monografias.com
- Haugh, Richard. Sharing the Information Technology Pain en H&HN: Hospitals & Health Networks, Agosto 2001, Vol. 75 Issue 8, pag 34.
- López, Carlos. El oursourcing o la tercerización. Gestiopolis.com. http:// www.gestiopolis.com/
- Romano, Michael. At your service en Modern Healthcare, Febrero 11, 2002, Vol. 32 Issue 6, p28, 4p, 6c
- Schupnik Walter. Outsourcing and Benchmarking. en Boletín E-Marketing, estudios de mercado. Diciembre del 2001. http://www.masterdisseny.com/
- Terol, E. 1, Hamby, E.F. y Minue S.. Gestión de enfermedades (Disease Management): Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios en MEDIFAM, Vol. 11, Num. 2. España. Febrero 2001.

CAPÍTULO VI EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA SALUD

MARCO GENERAL DE ACCIÓN

"La gran noticia médica del 2002 fue un gran fracaso", destacaba un titular de la prensa del 27 de diciembre del 2002 108 y continuaba "Generalmente, la gran noticia médica de un año es un nuevo medicamento o tratamiento, un descubrimiento que prolonga y mejora la calidad de vida. No fue así en el 2002. Muchos consideran que el hito del año en materia de salud fue el hallazgo de que una terapia aplicada durante más de 20 años resulta más perjudicial que beneficiosa".

La noticia se refería a la terapia de reemplazo hormonal aplicada a millones de mujeres mayores y que prometía maravillas. Un estudio con 16 000 mujeres entre 60 y 70, años demostró su alto nivel de riesgo particularmente para el cáncer de mama. Esto puede dar una idea clara del terreno en que se mueve la evaluación de tecnologías en salud.

Informaciones de este tipo son desgraciadamente frecuentes. En septiembre del 2004, las autoridades norteamericanas retiraron el Viox, uno de los más famosos medicamentos para aliviar los dolores de las artritis por haber causado más de 27 000 ataques cardíacos y paros cardíacos mortales. Unas semanas después, Johnson and Johnson retiraba el Remicade, por su alto riesgo de producir cáncer en la sangre. El 17 de octubre Phizer advertía los riesgos de su medicamento Bextra. Todos estos hechos tienen que ver con la evaluación de tecnologías en salud.

En términos generales, la evaluación es un componente de los procesos de control y se refiere a aquel punto en que se compara lo ejecutado o en proceso de ejecución con el plan, norma o estándar, con vistas a encontrar posibles desviaciones y rectificarlas.

La evaluación de las tecnologías para la salud participa de esta concepción general, pero tiene algunas particularidades. Una de ellas es que no existe estrictamente hablando, un "plan o norma" contra el cual hacer la comparación, sino más bien criterios, evidencias o estudios hechos específicamente para la evaluación,

En ocasiones se dispone de alguna norma, pero es insuficiente para completar la evaluación pues, por ejemplo, el hecho de que un equipo cumpla los estándares oficiales de seguridad para su instalación y uso, no determina que su capacidad diagnóstica sea todo lo sensible que debiera esperarse, o que su carácter invasivo no sea excesivamente agresivo para el paciente.

Otra característica es la variedad y extensión de métodos y técnicas del conocimiento científico, que requiere la evaluación de tecnologías para la salud, pues se trata de alcanzar el nivel de rigurosidad más alto posible, dado el hecho de que las decisiones que se tomen actuarán a favor o en contra de la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas y las comunidades.

Finalmente, el propio concepto de tecnologías en salud es tan amplio, que cada evaluación requiere primero, la creación de un equipo interdisciplinario específico que pueda abordar todos sus aspectos, y a continuación la preparación de un diseño que sirva de marco lógico para el estudio.

Las tecnologías de la salud, en su forma organizada y estructurada en tienen una vida reciente, pues surgen en la década de los 80 del siglo XX, a partir de que determinados fenómenos, tales como el crecimiento del gasto sanitario, la variabilidad en la práctica clínica y la aceleración en la aparición de nuevas tecnologías, despertaron la conciencia de tomadores de decisión, creadores de políticas de salud, clínicos y gerentes, acerca de su necesidad.

Las evaluaciones de tecnologías en salud son realizadas generalmente por agencias gubernamentales, que disponen de los recursos profesionales técnicos y metodológicos para desempeñar este rol, de por sí complejo. Se ocupan también de este tipo de estudio, universidades, centros de investigación y entidades independientes.

Este tipo de evaluación viene desempeñando un papel importante en la toma decisiones en el campo de los sistemas de salud, pero se considera que aún no se ha extendido suficientemente, debido a que muchos países no cuentan todavía con las instituciones y el personal requeridos para ponerlas en práctica o aunque la tienen, su papel no es todavía relevante, al faltar el apoyo de los que crean las políticas o deciden acerca de las inversiones.

En Cuba, la evaluación de equipos médicos está a cargo del Centro de Control Estatal de Equipos Médicos, creado en marzo del 1991 por resolución ministerial del MINSAP, el cual viene desempeñando una labor importante en aplicar la estrategia nacional en este campo y en apoyar la colaboración con otras instituciones nacionales y extranjeras.

LAS TECNOLOGÍAS DE SALUD. SU ALCANCE

El concepto de tecnología se asocia con el modo práctico de aplicar un conocimiento científico, técnico o empírico. También, en muchas ocasiones, forma parte de un proceso, durante el cual las aplicaciones en un campo se reorganizan y adaptan para ser utilizadas en otro.

Numerosas tecnologías surgidas inicialmente en la industria y más recientemente en la cosmonáutica, se emplean hoy día con facilidad en el diagnóstico médico, el servicio hotelero o los sistemas gerenciales integrados, sólo por citar algunos ejemplos. Otro grupo de tecnologías se diseñan específicamente para un propósito dado en un proceso donde se combinan el conocimiento técnico o científico del autor, su creatividad y talento.

El concepto actual de tecnologías para la salud es sumamente amplio y es un reflejo claro de cuán complejos son los procesos de garantizar salud. Abarca categorías tan generales como las siguientes:

- Dispositivos.
- Equipos.
- Estructuras.
- Medicamentos.
- Procedimientos.
- Sistemas.

Cada una de ellas incluye numerosas subcategorías y modos de ser evaluadas, de manera que el campo de trabajo de las evaluaciones de tecnologías para la salud llega a ser muy extenso, tanto como tipos de intervenciones y problemas están relacionados con los sistemas de salud.

Por ejemplo, cualquiera de estas categorías puede tener que ver con prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, lo que otorga una particularidad al modo cómo habría que evaluarla. Pero incluso, en cada uno de estos casos, pueden aparecer variantes relacionadas con su extensión, la técnica a emplear, el grupo poblacional o el tipo de patología.

Suponga que se está evaluando una prueba diagnóstica basada en imágenes. Un punto de gran importancia está en determinar en qué medida tiene una capacidad superior para distinguir el que tiene la patología del que no, pero esto no tiene significación alguna cuando se trata de una tecnología de rehabilitación.

No todas tienen que ver directamente con la relación médico-paciente, pues muchas se refieren a las que apoyan y aseguran tal relación. Por ejemplo, si son sistemas, pudiera tratarse de los relacionados con la captura, transmisión, archivo y diseminación de imágenes a color, o con la digitalización de las historias clínicas.

Por otra parte, algunas tecnologías están formadas por complejas redes de servicios, especialistas, grupos, sectores, equipos, áreas y tipos de atención, cuya evaluación tiene notables particularidades. Este es el caso de sistemas como el de la atención primaria de la salud, o un programa de mejoramiento de la calidad de vida de personas de la tercera edad.

Los procedimientos de un tipo específico, digamos quirúrgicos, pueden limitarse al propio acto, o ser muchos más amplios como cuando abarcan el ciclo, desde que el paciente llega a admisión hasta que es dado de alta. Algunos procedimientos para la prótesis de cadera están diseñados de esta forma.

Finalmente, las tecnologías tienen su propio ciclo de vida y su evaluación puede estar relacionada con una o varias fases de dicho ciclo. Por ejemplo, evaluar un medicamento en su etapa de ensayo es muy diferente a hacerlo, cuando forma parte de un programa de prevención y se desea conocer su verdadera efectividad.

LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE SALUD. CONCEPTOS BÁSICOS

CARACTERIZACIÓN Y OBJETIVOS

La evaluación de las tecnologías para la salud se orienta a determinar o comprobar en términos clínicos, sociales, éticos o económicos, la contribución que determinada tecnología hace a la salud, el bienestar, el alargamiento y la calidad de vida de las personas, los grupos y la sociedad. Se trata no sólo de estudiar su aplicación a la intervención, patología o síntoma concreto, sino que se extiende a estimar sus efectos adversos sobre la propia persona o la comunidad.

ANAES, la agencia nacional francesa de acreditación y evaluación en salud, hace un enfoque muy interesante de la evaluación de tecnologías en salud. Afirma: "La evaluación en salud es el intermediario entre la producción científica y la práctica médica. Los métodos de evaluación deben permitir transformar y difundir la producción científica para hacerla aceptable para los facultativos. 109

Los resultados de la evaluación de tecnologías en salud sirven para la toma de decisiones de médicos, pacientes, planificadores, gerentes, aseguradores, financiadores, políticos, y en general todos los que tengan que ver con el sistema de salud. Dichos resultados permiten tomar decisiones menos riesgosas acerca de introducir o continuar la utilización de la tecnología, reorientarla, suspenderla o extender su cobertura.

La evaluación de tecnologías de la salud tiene muchas de las características de un proceso de investigación, pues en definitiva se parte de un problema y de un objetivo y se sigue una lógica de aproximación sucesiva a los resultados durante la cual se emplean métodos, procedimientos e instrumentos de la metodología del conocimiento científico, incluyendo los empíricos.

De hecho, algunas evaluaciones por su nivel de complejidad, por los instrumentos empleados y por la validez de sus resultados se les identifica como investigaciones evaluativas, pero no vamos a hacer este tipo de distinción.

Por otra parte, este tipo de evaluación tiene algunas características propias que es conveniente enfatizar. Veamos las que pueden considerarse como principales:

- 1. En todos los casos demanda un trabajo interdisciplinario, que permita examinar el objeto de estudio bajo diferentes puntos de vista y posibilidades.
- 2. Representa una gran responsabilidad, pues sus resultados pueden actuar a favor o en contra de temas tan sensibles como la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.
- 3. Demanda una gran dosis de originalidad por parte de los evaluadores, dado que cada evaluación representa un reto distinto en términos de cómo llegar y qué métodos e instrumentos emplear.
- 4. Es difícil de generalizar, pues la propia valoración demanda tomar en cuenta las condiciones locales en términos de cultura, población, sistema de salud, educación o tradiciones y estos lógicamente difieren en otros escenarios.
- 5. Se relaciona con la garantía de la calidad en salud en dos direcciones. Es fuente para las decisiones con respecto a la mejora continua de la calidad y al mismo tiempo actúa a partir de demandas de ésta.

En resumen, las evaluaciones en tecnología de la salud persiguen objetivos como los siguientes:

- 1. Aportar los elementos necesarios para que las agencias gubernamentales correspondientes autoricen o no el uso de determinada tecnología.
- 2. Facilitar un mejor aprovechamiento de los recursos y una orientación más efectiva y eficiente de las inversiones.
- 3. Reducir el riesgo para la salud de las personas y las comunidades, que pueden originarse en el empleo de tecnologías potencialmente dañinas.
- 4. Aportar elementos a los planificadores y diseñadores de políticas de salud, que les permita seleccionar las tecnologías que presentan la mejor opción.
- Reevaluar para las condiciones locales aquellas tecnologías ya evaluadas y aprobadas para otros contextos, y cuyo comportamiento en las nuevas condicio-nes no está aún demostrado.
- 6. Asesorar a los profesionales de la salud, pacientes y familiares sobre el mejor empleo de las tecnologías.
- 7. Facilitar a las instituciones de salud decidir la opción de mejor costo-efectividad, entre diferentes ofertas de tecnologías.

8. Alertar la conveniencia de continuar los estudios de aquellas tecnologías cuya valoración sobre su uso no tiene aún carácter de evidencia científica.

RAZONES QUE JUSTIFICAN EL INTERÉS SOBRE LAS EVALUACIONES DE TECNOLOGÍAS DE LA SALUD

El empleo de la evaluación de tecnologías para la toma de decisiones en el campo de la salud ha alcanzado un gran nivel en los últimos años y su desarrollo tanto metodológico como práctico, no ha dejado de extenderse. Muchas razones justifican este interés por dicha metodología. Mencionaremos algunas:

- El surgimiento constante y cada vez más acelerado de nuevas o supuestamente nuevas tecnologías quirúrgicas, de diagnóstico, prevención, tratamiento o rehabilitación, cuyo efecto a corto y mediano plazo sobre las personas y sobre su salud, se desconocen.
- La presión de los productores y sus agentes de venta para colocar sus productos, provoca a veces decisiones erróneas al no cumplir tales productos los requerimientos para los que serán aplicados, existir opciones más efectivas o eficientes, corresponder a otras situaciones o escenarios, o presentar como novedad lo que realmente no lo es.
- La forma en que la globalización viene estimulando rápidos procesos de transferencia de tecnologías, en los cuales los países subdesarrollados llevan las de perder, pues en ocasiones no cuentan con los mecanismos y las instituciones que determinen si tales tecnologías deben ser aceptadas o no.
- Un aspecto aún peor de las transferencias de tecnologías está en la exportación, a países subdesarrollados, de tecnologías que han sido desautorizadas para su uso por las autoridades del país de origen.
- El crecimiento constante del gasto sanitario, tanto del sector público o estatal como el del privado, cuyo origen se explica por numerosas razones, siendo una de ellas el papel creciente de las tecnologías de la salud en los procesos de salud.¹¹⁰
- La ya mencionada variabilidad de la práctica clínica. Se han demostrado diferencias significativas en decisiones de tratamiento para iguales diagnósticos, o de procedimientos quirúrgicos distintos para eventos similares, sin que puedan ser explicados por condiciones del paciente o por características locales.
- No se conoce ciertamente el resultado real, en términos de aporte a la salud, el bienestar y la calidad de vida de muchas tecnologías que se aceptaron como buenas por sí mismas. El hecho de que actúen sobre un parámetro específico, por ejemplo, hipertensión, ansiedad, irregularidades de la menstruación o dolor

de cabeza, no significa que representen una ganancia para la salud de las personas como un todo. El caso reciente de los "suplementos nutricionales" es un buen ejemplo.

- La pasión por lo nuevo. A veces se ponen de moda nuevos procedimientos, equipos o medicamentos, que logran apasionar a la comunidad científica y a los pacientes, pero sobre todo a los encargados de tomar decisiones, y esto estimula a decidir sin valorar.
- El número importante de enfermedades emergentes como el VIH- SIDA, o el Síndrome respiratorio agudo severo (SARS); reemergentes en versiones de gran resistencia, como la tuberculosis múltiple resistente, o la sífilis, o las aún no resueltas como el cáncer o el cólera, todo lo cual demanda continuamente nuevos métodos y sistemas de monitoreo, prevención, reducción de riesgos, terapias y rehabilitación, tanto de contenido clínico como epidemiológico, que requieren ser evaluadas.
- Las asociaciones de consumidores exigen cada vez más la protección de sus asociados, por lo que presionan para que las tecnologías empleadas estén debidamente acreditadas. Lamentablemente, en ocasiones, la pasión por lo nuevo los confunde y actúan en la dirección contraria.
- Otras tecnologías no provenientes de la clínica, la epidemiología o la farmacología, pueden incidir negativamente sobre las personas, lo que ha motivado estudios específicos por parte de las agencias de evaluación de tecnologías, como es el caso de los monitores de las computadoras, los cojines de aire (air bag) de los automóviles y más recientemente los teléfonos celulares.

EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE LA SALUD

¿QUÉ SE BUSCA CON LA EVALUACIÓN?

Como ya se comentó, las evaluaciones de tecnologías para la salud no disponen de indicadores, normas o estándares, que le sirvan para comparar los resultados del objeto evaluado contra "lo que debiera ser". Hay sin embargo, una serie de elementos o criterios que sirven para identificar puntos claves a tener en cuenta.

En cierta medida, estos criterios representan lo que el evaluador debe demostrar, a partir de las pruebas que obtenga de investigaciones o estudios ya realizados, de consulta a literatura confiable, o mediante los instrumentos de prueba y análisis que él mismo construya. Son conceptos muy conocidos pero es conveniente, al menos, mostrar su asociación con la valoración de tecnologías. Estos son:

Tecnologías gerenciales

- 1. Eficacia
- 2. Efectividad
- 3. Pertinencia
- 4. Utilidad
- 5. Seguridad
- 6. Implicaciones éticas
- 7. Eficiencia
- 8. Impacto social
- 9. Implicaciones organizativas
- 10. Impacto económico

Eficacia. Establece en qué medida la tecnología propuesta es capaz de alcanzar el objetivo previsto, pero dentro de condiciones ideales y controladas. Los ejecutores, los pacientes, el momento, el lugar y los instrumentos empleados, son seleccionados por sus cualidades para facilitar la prueba y para evitar la presencia de aspectos perturbadores. Su validez es universal siempre que las condiciones bajo las cuales fue establecida sean similares.

Efectividad. En este caso se trata de determinar si los beneficios esperados pueden ser alcanzados al aplicar la tecnología en condiciones reales. Toma en cuenta por tanto, la influencia relativa que para la utilización de una tecnología determinada, tiene la población, el personal o la cultura locales. La validez de este criterio queda limitada, por tanto, a las condiciones bajo las cuales ha sido probada, pero es determinante en cuanto a su aplicación real.

Pertinencia. Se refiere a en qué medida la tecnología objeto de evaluación se inserta dentro de las políticas, programas y objetivos de salud establecidos por el país, la región o la localidad. Por ejemplo, si la prioridad principal fuera la cobertura, no bastaría comprobar que una tecnología determinada es efectiva y segura, habría que considerar además, la posibilidad que tiene para que la mayor parte de la población pueda beneficiarse de su empleo.

Utilidad. Establece si la tecnología evaluada puede representar una mejoría en la calidad de vida de las personas, o aporta información diagnóstica oportuna para la prevención primaria o secundaria de las enfermedades. Se expresa en términos de unidades de la práctica clínica (muertes evitadas, años de vida ganados, días de estadía, etc.) y de utilidad¹¹¹ (AVAC, AVAD, etc.). Es un enfoque desde el punto de vista del paciente, por ejemplo, un procedimiento quirúrgico de mínimo acceso para intervenciones que anteriormente no lo permitían, o un método sencillo, no invasivo, para la detección temprana del cáncer de riñón.

Seguridad. Se supone que toda intervención sobre un paciente tiene la capacidad de producirle algún tipo de perjuicio o desajuste, por lo que la seguridad no se

refiere a demostrar que el riesgo es nulo, sino a determinar si tal riesgo puede considerarse aceptable en relación con beneficio que reporta la tecnología, o también bajo que condiciones extremas tal aceptabilidad es posible. Algunas tecnologías de diagnóstico o de tratamiento y ciertos medicamentos requieren, considerar en detalle este criterio.

En este punto es igualmente importante el análisis del riesgo a la salud para los profesionales y técnicos que se encargarían de operar la tecnología. En ciertos casos, este riesgo puede ser mayor para ellos, que el de los pacientes.

Implicaciones éticas. Bajo este criterio, se analiza la medida en que la tecnología evaluada influye sobre el bienestar físico, psicológico o social del paciente, asegura su dignidad como persona, reduce los riesgos al mínimo, y protege su privacidad y la confidencialidad de la información relativa a su caso.

Eficiencia. Aborda la relación entre la efectividad y la utilidad de la tecnología objeto de evaluación con respecto al costo de su empleo. Es un tema más cerca de la evaluación económica en salud que tratamos en otro capítulo que de la evaluación de tecnologías, pues muchas veces un alto nivel demostrado de impacto en la salud, el bienestar, el alargamiento y la calidad de vida de las personas se considera suficiente para tomar una decisión.

Impacto social. Toma en cuenta que efecto tiene la tecnología estudiada sobre las personas, los grupos sociales y la comunidad, sobre todo en términos de calidad de vida, satisfacción con el servicio, participación en el cuidado de su salud, cobertura y acceso a los servicios. Una tecnología que implica, por ejemplo, modificación sustancial en el sistema de organización de las citas médicas, tiene que ser evaluada en términos de qué impacto social tendría en la comunidad.

Implicaciones organizativas. Estudia cuáles cambios produce en la organización del servicio, de la institución o del sistema de salud y en qué medida esos cambios se pueden asimilar, mejoran la calidad del servicio y no perjudican el trabajo de la institución como un todo. Por ejemplo, los sistemas automatizados de gestión en salud producen cambios de gran importancia en la organización de la institución y en el modo como trabajan los profesionales de salud, lo que justifica que este sea uno de los criterios importantes a valorar.

Impacto económico. Aunque en alguna medida esta valoración se corresponde más con la evaluación económica en salud, lo cierto es que algunas tecnologías, por los cambios que producen en el empleo de recursos, el tiempo que su utilización demanda por parte de pacientes y prestadores o su papel en la recuperación o rehabilitación de enfermos, tienen implicaciones que es necesario analizar con respecto a la productividad del trabajo, los costos o el tiempo que el paciente deja de trabajar. Por ejemplo, una tecnología que demande una modificación en los tiempos de estadía de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, requiere tomar en cuenta este criterio.

EL CICLO DE VIDA DE LAS TECNOLOGÍAS

Ya se ha comentado que las tecnologías para la salud tienen su propio ciclo de vida y que cada fase de ese ciclo demanda evaluaciones particularmente diferentes.

Hay muchas formas de caracterizar el ciclo y sus fases, pero debe tenerse en cuenta que todas son fundamentalmente teóricas, pues su manifestación práctica depende de muchos factores, tales como financiamiento, presión social, criterios políticos, modas, oportunidades comerciales, donaciones, coyuntura internacional, etc.

En la tabla VI.1 se ofrece una posible descripción que puede considerarse aceptable, aunque no necesariamente real.

Tabla VI. 1

FASE	CONTENIDO
Experimental	Proceso de su creación final durante la cual se comprueba sobre todo eficacia y seguridad. Se trabaja aún a escala de laboratorio.
Implantación inicial	Introducción en pequeña escala o en escala piloto. Se trata de aprender su empleo, crear puntos de referencia y probar que puede ser generalizada.
Generalización	Extensión a todos los territorios o unidades posibles. Se cuenta (o no) con una evaluación favorable previa.
Declive y sustitución	Decadencia debido a obsolescencia física o moral (surgió otra mucho mejor). También puede suceder que su generalización mostró problemas de efectividad o de seguridad no establecidos anteriormente. Se sustituye.

En términos lógicos, toda fase debe ser objeto de una evaluación durante la cual se valore lo que esa fase demande, y se llegue a criterios acerca de su continuidad al paso siguiente, reformulación, reorientación o rechazo.

Durante la fase experimental, los elementos más importantes a evaluar tienen que ver con la eficacia y la seguridad, pues hay pocas posibilidades de hacer cualquier otra distinción y porque estas dos tienen un carácter probatorio suficiente. Tal evaluación corre a cargo de sus propios creadores, dado que aún la tecnología no ha salido al mercado.

En la fase de implantación inicial toman protagonismo la mayoría de los criterios restantes en dependencia del objeto evaluado, sobre todo los que tienen que ver con la efectividad, la utilidad, y las implicaciones éticas, sociales y organizativas. En definitiva, hay que probar si funciona en las condiciones prácticas y si su generaliza-

ción es recomendable, punto en el cual la valoración epidemiológica desempeña un papel importante.

La evaluación durante la fase de generalización permite comprobar si la efectividad se cumple en diferentes condiciones, sobre todo en términos de la capacidad de los profesionales para indicarla y operarla, y de los pacientes para aceptarla y utilizarla. Es normal que aparezcan nuevos elementos que pueden confirmar, complementar o modificar las conclusiones iniciales. En tecnologías que llevan mucho tiempo en explotación, se recomienda su reevaluación, oportunidad durante la cual, además de comprobar si mantiene o no su efectividad, existen ya condiciones para completar el análisis de su comportamiento epidemiológico.

En la fase de declive, la evaluación puede desempeñar diferentes papeles. Uno de ellos es precisar si el declive es real, ya sea por obsolescencia o porque algunos criterios como la efectividad, la seguridad o la utilidad fallaron ante la prueba de la masividad y del tiempo. También puede suceder que ha dejado de ser necesaria debido a que la patología original ya no es un problema de salud. Otro papel de la evaluación en esta etapa es determinar cuál debiera ser la tecnología sustituta.

EL DISEÑO DEL ESTUDIO

Toda evaluación de tecnologías en salud, demanda hacer un diseño que permita definir los objetivos a alcanzar, organizar las ideas acerca de cómo llevarla a cabo, establezca las etapas o fases a seguir, y sobre todo defina las fuentes y métodos a seguir para disponer de toda la evidencia que permita llegar a un juicio científicamente fundamentado. Esta estructura se corresponde con el diseño clásico de una investigación, por lo que es recomendables que los evaluadores estén familiarizado con la metodología y los instrumentos de la investigación en salud. A continuación una exposición simplificada de cómo es ese proceso, considerando sólo tres grandes pasos:

- I. Identificación de la tecnología que debe ser evaluada.
- II. Localización o producción de la evidencia científica necesaria.
- III. Análisis integrado, conclusiones e informe con los resultados.

Identificación de la tecnología que debe ser evaluada

No todas las tecnologías requieren evaluación y tampoco todas tienen el mismo nivel de prioridad. Tales prioridades pueden resultar de políticas de gobierno; situaciones coyunturales, solicitudes de instituciones de salud, entidades aseguradoras o la industria; resultados de investigaciones anteriores; importancia epidemiológica,

social o económica; sospechas acerca de determinada tecnología en uso u otras razones. Incluso, las propias agencias encargadas toman muchas veces la iniciativa de realizar determinados estudios.

La identificación debe permitir definir el estudio a realizar en términos de un problema de investigación al cual la evaluación debe encontrar respuesta.

Localización, captación o producción de la evidencia científica necesaria

La localización y análisis de la evidencia científica es el punto central y más complejo de la evaluación de tecnologías de salud. Los evaluadores deben ser capaces de manejar y combinar métodos, instrumentos y fuentes de información del campo de la clínica, la epidemiología, las ciencias sociales, la demografía, la economía y las ciencias técnicas.

El problema radica en que las tecnologías de la salud abarcan prácticamente toda la esfera del conocimiento del ser humano, pueden provenir de cualquiera de sus campos y tener diversas implicaciones en la vida de las personas, los grupos sociales y la comunidad.

De hecho, existen dos grandes posibilidades con respecto a esta etapa:

- 1. Utilizar la evidencia disponible.
- 2. Crear la evidencia por medios propios.

Utilizar la evidencia disponible implica localizar y seleccionar estudios ya realizados, que puedan aportar elementos de juicio para la evaluación de la tecnología en estudio. Será necesario, en primer lugar, que el equipo de evaluadores se ponga de acuerdo en qué es lo que se necesita buscar y que requisitos mínimos debe tener lo que se encuentre. Recuérdese que el hecho de que haya sido publicado en una revista científica, no implica que sea suficiente para considerarlo como una evidencia válida.

La importancia de orientar la búsqueda radica en que el tema pudo haber sido estudiado ya por otra agencia, aunque quizás en otras condiciones. Es posible que existan revisiones sistemáticas, metanálisis o estudios integrados, que aportan componentes importantes para la evaluación que se requiere realizar y posiblemente se puedan recopilar artículos aislados que incorporan nuevos elementos o métodos, para abordar el estudio.

Si por ejemplo, se trata de un procedimiento para prevenir los trastornos hipertensivos del embarazo y uno de sus componentes básicos se basa en la administración de aspirina, hay la posibilidad de encontrar revisiones ya hechas que

aborden por lo menos ese aspecto. De hallarlas, representan un paso de avance importante para el estudio. 112

Constituyen fuentes importantes para este enfoque, las bases de datos médicas de Internet, los sitios dedicados a revisiones sistemáticas, las versiones informatizadas de revistas científicas y de la prensa no especializada por su capacidad de permitir búsquedas abiertas, los sitios de las agencias nacionales e internacionales especializadas en el tema, así como los de las universidades, centros de investigación y centros de vigilancia en salud.

Toda la información recopilada requiere ser integrada y sintetizada y sometida a un examen crítico, posiblemente con ayuda de consulta a expertos, de manera que permita producir los elementos de juicio que se requieren para llegar a conclusiones.

Crear la evidencia por medios propios es una necesidad típica en tecnologías muy novedosas o revolucionarias, y también en aquellos casos en que no es posible hallar en las fuentes las evidencias suficientes. Implica entonces, construirla empleando los procedimientos y métodos de la epidemiología, las ciencias sociales, la demografía, la estadística, la economía y las ciencias técnicas, en forma muy parecida a como se hace una revisión sistematizada en el campo de la medicina basada en la evidencia. 113

Nos estamos refiriendo a procedimientos tales como estudios experimentales y observacionales, técnicas estadísticas, captación de datos primarios, encuestas, simulación, observaciones, grupos focales, entrevistas, consulta a expertos o sea prácticamente todo el arsenal provisto por los enfoques y métodos del conocimiento científico. Por supuesto, todas las fuentes mencionadas en el inciso "utilizar la evidencia disponible" valen también para este caso.

Este proceso permite construir la evidencia que se requiere para llegar a conclusiones con respecto a la tecnología que se evalúa.

Análisis integrado, conclusiones e informe con los resultados

Cualquier vía que haya sido utilizada para contar con la evidencia necesaria demanda un proceso de discriminación, selección, integración y análisis crítico, durante el cual deben poderse esclarecer las incógnitas planteadas por el problema enunciado en el primer paso, relacionar la evidencia con los criterios requeridos para esa evaluación en particular (eficacia, efectividad, utilidad, seguridad, etc.) y producir las conclusiones.

Es perfectamente posible que los evaluadores terminen su trabajo declarando que "no hay evidencia suficiente" lo cual también es un resultado. En ese caso recomiendan los pasos a seguir.

Todo el trabajo debe reflejarse en un informe de investigación que describa el problema objeto de investigación, el proceso seguido, los autores, las fuentes, el resultado final, las conclusiones y recomendaciones. Se acostumbra someter el informe a una revisión por terceros antes de ser entregado al solicitante.

El informe ya revisado se presenta generalmente en dos versiones, una corta denominada ejecutiva y otra completa. La primera, facilita la lectura por aquellos que no requieren leer el informe completo o no disponen del tiempo para ello y la segunda cuenta con todos los detalles del proceso seguido.

LA EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD. UN CASO PARTICULAR

PUNTOS DE CONTACTO

Un programa de salud es un plan o proyecto orientado a prever o resolver un problema de salud. Su extensión puede ser muy variada, pues puede referirse a un asunto concreto como la vacunación de niños contra la varicela zoster o de una gran amplitud como la atención de las personas de la tercera edad o la prevención de enfermedades cardiovasculares.

Los programas de salud, a diferencia de las tecnologías, tienen un ciclo predeterminado de vida que incluye su terminación, mientras que las tecnologías no cuentan con un calendario fijo. Los programas se expresan siempre en forma de documentos, pero las tecnologías, además de poder ser documentos (manejo de la otitis media en la infancia, por ejemplo), se expresan también en términos de equipos, dispositivos, instrumentos o medicamentos.

Sin embargo, la evaluación de tecnologías de la salud y la de los programas de salud tienen numerosos puntos de contacto y de hecho, en muchos informes y artículos se tratan de forma conjunta. Le son comunes la orientación a las fases que componen su ciclo de vida y la integración interdisciplinaria de los que hacen la evaluación, pero sobre todo la lógica seguida para hacer el estudio, el empleo de enfoques, métodos e instrumentos de la metodología del conocimiento científico y la necesidad de lograr en sus conclusiones juicios científicamente fundamentados.

Por estas razones, pasamos a caracterizar la evaluación de los programas de salud, tratando de evitar repeticiones de aspectos ya tratados en la de las tecnologías y que le son aplicables.

EL CICLO DE VIDA DE LOS PROGRAMAS DE SALUD

La evaluación comienza con la fase preparatoria de un programa, continúa durante la implementación del mismo y finaliza cuando este termina. Está presente por tanto, antes, durante y después, del programa. De acuerdo con esta cronología, la evaluación de los programas se clasifican en los tipos siguientes:

- 1. Predictiva. Se lleva a cabo antes de que el programa se ponga en práctica y en muchas ocasiones, es una condición para que pase a la etapa de realización. A partir de los objetivos y características del programa y de los recursos humanos, financieros y materiales disponibles, evalúa sus posibilidades de éxito, la correspondencia entre lo que se plantea hacer y los resultados que se desean alcanzar, la suficiencia o no de los recursos previstos, las posibles duplicidades o contradicciones con otros programas o con políticas de salud, y en general, todo aquello que le permita concluir acerca de su factibilidad y conveniencia.
- 2. De procesos. Revisa la totalidad o parte de lo que se está haciendo o no durante la aplicación del programa. Trata de detectar las barreras presentadas y las acciones tomadas para resolverlas, en qué medida está cumpliendo sus objetivos, si se asignaron los recursos programados y modo en que hace uso de ellos, si la población que está recibiendo sus beneficios es la prevista en el programa o no, si se seleccionó el personal competente para la tarea, cómo se sienten los ejecutores con respecto al trabajo y otros más.
- 3. De resultados Se trata de comprobar si el programa alcanzó, en tiempo y forma, los objetivos originalmente previstos. Esto incluye determinar si los cambios previstos en la población o en el estado de salud de ésta se produjeron tal como se planeó y por supuesto, cómo se administraron los recursos. Lo esencial es determinar si el programa logró los efectos especificados en el diseño.

EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS

Todo programa tiene definido (o debiera tener) por lo menos, sus propios objetivos o metas, la población a que va dirigido, principales actividades incluidas, recursos de los que dispone y mecanismos que serán utilizados para darle seguimiento, y cómo verificar su avance y terminación. El proceso de evaluación de programas de salud comienza por conocer y comprender bien tales características.

Sin embargo, no basta con esto. Es necesario además, llegar a acuerdos con el solicitante, acerca de qué quiere conocer con respecto al programa y en qué etapa o etapas de éste se haría la valoración. Al llegar a este punto, se dispone de elemen-

tos para diseñar el proceso. Sin ellos, se corre el riesgo de hacer un trabajo de evaluación deficiente y de llegar a conclusiones erróneas.

La primera decisión acerca del proceso consiste en definir los objetivos a perseguir con la evaluación del programa. No son estrictamente iguales a la solicitud declarada del cliente, sino que representan técnicamente cómo ven los evaluadores el trabajo a seguir, de acuerdo con los elementos conocidos y estudiados. El diseño de los objetivos tiene sus propios requerimientos y técnicas.

De acuerdo con la metodología del conocimiento científico, corresponde proceder a elaborar el diseño. Un diseño no es más que el conjunto de pasos, métodos y técnicas, que permiten seguir una secuencia lógica y científicamente fundamentada para alcanzar los resultados. En términos generales, el diseño de la evaluación de programas de salud se aproxima a un esquema como el siguiente:

- Objeto de estudio: El programa y todas sus características.
- Objetivos y alcance: Los de la evaluación del programa.
- Variables: Fundamentadas y operacionalizadas.
- Enfoque, métodos y medios: Técnicas cuantitativas, cualitativas o ambas, y métodos a emplear (experimentos, muestreo, encuestas, grupos focales, entrevistas, observación, etc.).
- Población: Las personas que serán objeto del estudio (usuarios, no usuarios, proveedores, líderes comunitarios u otros).
- Información: Definición de cómo se harán la captura, el procesamiento y la emisión de resultados.
- Plan de la evaluación: Etapas, fases y actividades de cómo se va a llevar a cabo el trabajo.

Lo anterior es una descripción muy general. Corresponde al grupo de trabajo especificarla en función del programa a evaluar, de lo que quiere conocer el solicitante, de la etapa o etapas del programa sobre las cuales se va a trabajar y de los recursos de que se dispone para hacer el trabajo. Para ello deben tener conocimientos al menos básicos de la metodología de la investigación en salud.

Cada uno de los elementos que contiene el diseño, puede originar discusiones complejas dentro del grupo de trabajo, que deben ser esclarecidos, Por ejemplo, evaluar un programa de prevención del embarazo precoz, hace surgir numerosas preguntas acerca de quién constituye la población objeto. Para algunos, es tan simple como trabajar con las embarazadas menores de cierta edad, pero evidentemente es algo mucho más complicado.

El enfoque es otro tema que hace surgir dudas. Un gran número de evaluadores tiene confianza absoluta en los métodos cuantitativos, pero en la mayoría de los casos estos no son suficientes para la evaluación de programas. Otros son fanáticos

de los métodos cualitativos pero esa polarización tampoco es deseable. La transversalidad en el empleo de los métodos, o sea una inteligente combinación de ambos, se ha convertido en una tendencia exitosa en los últimos años.

COLABORACIÓN INTERNACIONAL

Aunque la evaluación de las tecnologías en salud, como concepción bien estructurada no tiene más de 20 años de edad, las organizaciones públicas, privadas y académicas que abordan diferentes aspectos de su realización, se han desarrollado significativamente en los últimos años.

Las agencias nacionales gubernamentales, académicas o privadas, acostumbran interrelacionar sus bases de datos, compartir metodologías, procedimientos, informes de investigaciones y resultados, y dar apoyo a los países y agencias con menor desarrollo. En algunos casos, crean equipos conjuntos para abordar objetos complejos de estudio, o para preparar u homogeneizar instrumentos de posible aplicación común.

En el orden internacional, la INAHTA (International Network of Agencies of Health Care Technology Assessment), lleva más de diez años facilitando la coordinación y el trabajo conjunto de agencias de países de todos los continentes. Cuenta con una base de datos de acceso por Internet, donde aparecen todos los informes de evaluación terminados, en proceso o en plan de sus agencias miembros. Recientemente, ha abordado la realización de proyectos conjuntos entre diferentes países sobre temas cuya importancia mundial lo justifica, por ejemplo, la terapia hormonal sustitutoria.

"INAHTA supone una red de colaboración con una experiencia ya consolidada, habiendo demostrado, a lo largo de sus siete años de existencia, la rentabilidad de los esfuerzos realizados y su potencialidad en otros ámbitos a medio y largo plazo. INAHTA, como red de agencias, constituye la mayor concentración de organizaciones con experiencia y conocimiento en evaluación de tecnologías y servicios de salud". 114

La ISTAHC (International Society of Technology Assessment of Health Care), creada en 1985, agrupa individuos vinculados con la evaluación de tecnologías en salud, a diferencia de la INAHTA, que es una organización de instituciones. Realiza anualmente su congreso científico, produce una revista trimestral, colabora con países en vías de desarrollo y tiene entre sus planes introducir la enseñanza a distancia de esta línea en formato Web, para ser divulgada por Internet.

En la Comunidad Europea son varias las acciones que se vienen desarrollando para promover la evaluación de tecnologías en salud, fortalecer la colaboración internacional en este campo y desarrollar líneas especializadas dentro de ese propio

campo. Incluye algunos proyectos ya terminados tales como el EUR-ASSESS, el HTA-EUROPE y el ECHTA. El EUROSCAN, creado en 1998, con un perfil orientado a agrupar agencias de evaluación de tecnologías mayormente europeas, parece ser un intento que tiende a consolidarse.

Agencias nacionales como la AATM y la ATS de España o la ANAES de Francia, cuentan con sitios Web donde publican sus planes de investigación, informes cortos y completos de sus estudios, metodologías y artículos conceptuales sobre el tema. También dan servicio por correo electrónico de boletines. Reciben y contestan consultas por la misma vía.

En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha desarrollado un trabajo de promoción y de colaboración internacional, donde han participado, además de los propios países de la región, las agencias españolas. Ha publicado materiales muy completos sobre este campo.

Internet ha significado un salto significativo en el desarrollo de la evaluación de las tecnologías de la salud. Los servicios que prestan las agencias nacionales e internacionales, la presencia de bases globales y especializadas médicas, los servicios como Cochrane o Best Evidence que incluyen revisiones sistematizadas, y el gran número de revistas científicas en formato electrónico, representan un apoyo de gran valor.

La colaboración internacional es fundamental para un trabajo exitoso relativo a esta tecnología, pero siempre hay que tener en cuenta que el factor local, o sea las particularidades, nivel de desarrollo, cultura, creencias y el propio sistema de salud deben tenerse en cuenta cuando de evaluar una tecnología para su aplicación se trate.

RESUMEN

El concepto de tecnologías de la salud abarca dispositivos, equipos, estructuras, medicamentos, procedimientos y sistemas, de ahí la importancia de que su adquisición y diseminación esté respaldada por estudios previos que avalen sus mejores posibilidades para la aplicación clínica u organizativa en que será empleada.

La evaluación de tecnologías de la salud, a pesar de su corta vida, ha logrado insertarse de forma destacada en los procesos de toma de decisiones, dada su capacidad para aportar evidencias suficientes acerca de si deben ser aceptadas o no. Sin embargo, esa relevancia todavía es insuficiente en los países subdesarrollados.

El interés sobre la evaluación de tecnologías en salud surge como consecuencia de factores múltiples, tales como el crecimiento del gasto, la variabilidad no justificada de la práctica clínica, el crecimiento desmesurado del ritmo de introducción de

nuevas tecnologías y la incertidumbre acerca de las tecnologías actualmente en uso.

La evaluación busca comprobar la eficacia, efectividad, seguridad, utilidad e implicaciones éticas, sociales y organizativas de una tecnología con respecto a su aplicación en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas y de la calidad de vida de éstas.

Toda evaluación de las tecnologías de la salud se estructura siguiendo la rigurosidad y el proceso lógico de un trabajo de investigación. Corresponde por tanto, planteárselo en términos de un problema científico y trabajarlo aplicando enfoques y métodos de la clínica, la epidemiología, las ciencias sociales, la demografía, la economía y las ciencias técnicas, con vistas a obtener la evidencia científica necesaria para llegar a conclusiones.

El nivel alcanzado por la colaboración internacional en este campo es notable e incluye proyectos conjuntos, apoyo para proyectos locales, acceso libre a resultados de investigaciones, estudios sistematizados, artículos y metodologías. Son numerosos los sitios de Internet pertenecientes a agencias nacionales e internacionales que ofrecen estos servicios de forma libre y gratuita.

BIBLIOGRAFÍA

- AATM. Informes de evaluación de tecnologías en salud y boletines de la agencia a texto completo. http://www.aatm.es
- AATM. La evaluación de las tecnologías médicas. ¿transferir información o participar en la reorientación de la sanidad? en Informatiu. Num. 15. Septiembre-diciembre 1998.
- AETS. Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias. Instituto de salud Carlos II. Accesos a documentos e informes de evaluaciones. http://iscii.es/ates/caet.htm
- AETS-OPS. Evaluación epidemiológica de tecnologías en salud. Instituto de Salud Carlos III: España. .Abril de 1995.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHCPR). Colección de informes de evaluación de tecnologías en salud. http://www.ahcpr.gov./about/budgtix.htm
- Almazán Carl y Espallargues M. La evaluación de las pruebas diagnósticas: aplicación al diagnóstico por imagen en AATM, número 23, julio del 2001.
- Amate, José M y otros Efectividad de las bombas de infusión de insulina.
- Amescua, Cesáreo y Jiménez, Antonio. Evaluación de programas sociales. Editorial Díaz de Santos, S.A, Madrid, España. 1996.
- ANAES. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. La direction de l'evaluation. Francia.

- Assua, José. Estrategias de colaboración en evaluación de tecnologías sanitarias: situación, presente y propuestas de futuro. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. 31 de enero del 2002. Madrid, España. Pag. 2
- Aymerich Marta y Parada Antoni. Guías de práctica clínica en AATM, número 25. enero 2002. Barcelona, España.
- Aymerich, Marta. Priorización para la investigación y evaluación en servicios sanitarios en AATM, número 22, abril del 2001
- Banco Mundial. Estudios longitudinales de evaluación del impacto de los programas de desarrollo infantil temprano en países en desarrollo. http://www.worldbank.org/children/nino/index.htm
- Berra A, y Lázaro P. Evaluación de los estándares de uso apropiado de la cirugía de hiperplasia benigna de próstata. . http://www.aatm.es
- Conde, Agustín, Kafury Ana C y Arana, Oscar. Metanálisis de la administración de aspirina para prevenir los trastornos hipertensivos del embarazo. http:// colombiamedica.univalle.edu.co/Vol26No1/indice.html
- Conde, José L y Carlos Arturo. Evaluación de la utilidad y conveniencia de introducir la ecografia en atención primaria. EATS. http://www.isciii.es/aets/Documentos
- Conde, Jose L..Evaluacion de tecnologias medicas basada en la evidencia. EATS. http://www.isciii.es/aets/Documentos
- Dolors, M y Oliva. G. Atroplastia de rodilla: Revisión sistemática de la evidencia cien-tífica en Informatiu. Num. 17. Mayo-Septiembre 1999.
- Espallargues M y Almazán C. Análisis e implicaciones sanitarias en la cirugía de cataratas. Informatiu. Num. 17. Mayo-Septiembre 1999.
- Estrada, M.D. Eficacia y seguridad de la lipoplastia por ultrasonidos interna. http://www.aatm.es
- Granados, A. El análisis de la equidad es también parte del proceso de evaluación de técnicas y servicios sanitarios en Informatiu. Num. 17. Mayo-Septiembre 1999.
- Imáz Iñaki, González Jesús, Alcaide Juan M y Conde José L. Guía para la elaboración de informes de evaluación de tecnologías sanitarias. 1999. http://www.isciii.es/aets/Documentos.
- International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA).
 Red mundial de agencias para la evaluación de tecnologías en salud. Página principal. http://www.ncchta.org/
- Maheu, Marlene. La gestión de los riesgos, en revista Énfasis salud, No. 4, julio agosto 2000. pag. 72.
- NHS R&D Health Technology Assessment Programme. Acceso a los sitios de las organizaciones de evaluación de tecnologías sanitarias en el mundo. http:// www.ncchta.org/internat.htm
- OPS. Metodología para la evaluación multidisciplinaria del programa ampliado de inmunizaciones a nivel país. Octubre del 2000.

- Serra-Sutton, V. y Herdman Mike. Metodología de adaptación transcultural de instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud en AATM, núme-ro 24, octubre del 2001.
- Tapia, José A y Margarita, B. Seminario de evaluación y seguimiento de proyectos del sector salud .Programa de cooperación técnica y científica. México-Panamá. 1996-1997
- The National Coordinating Centre for Health Technology Assessment. HTA. Página principal. Acceso a documentos. Mayo del 2002. http://www.inahta.org
- Ukoumunne OC, Gulliford MC, Chinn S, Sterne JAC y Burney PGJ. Methods for evaluating area-wide and organisation-based interventions in health and health care: a systematic review en Health Technology Assessment 1999; Vol. 3: No. 5.

CAPÍTULO VII EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SALUD

MARCO GENERAL DE ACCIÓN

Pareciera raro relacionar la economía con la salud. Para muchos, todavía les resulta incómodo vincular las categorías de la economía con las de la salud. Una primera aproximación para comprender la importancia de asociar esos conceptos, es presentar aquellos aspectos gerenciales que intervienen en el proceso de producir salud.

Lograr que las personas y las comunidades gocen de la mejor salud posible y se logre que alarguen su vida con buena calidad, no es un proceso accidental, casual o espontáneo. Requiere una acción consciente que se expresa en políticas, valores, tecnologías, procedimientos, estándares y decisiones, entre muchos otros elementos más. Por otra parte, tiene que ver con individuos, familias, grupos, comunidades, diversos sectores y la sociedad en general, que son tanto sujetos como objetos de esta actividad.

Este proceso, evidentemente complejo, demanda cuantiosos recursos de los cuales dependen en cierto grado la cantidad y calidad de sus resultados. El cálculo es claro, en la medida que para el mismo resultado se empleen menos recursos o que para los mismos recursos se obtengan mayores resultados, se estará en condiciones de que los beneficios alcancen a más personas, lo que nos lleva a la esencia de la relación entre economía y salud: la eficiencia.

Pero la relación puede verse desde otra óptica y es el impacto que la salud de las personas y la sociedad hace sobre la economía. Esta demostrado que la productividad, la capacidad para actuar a favor del progreso, para aprender nuevas tecnologías y procesos, en fin para avanzar hacia el desarrollo, está limitado en buena medida por el estado de salud físico, psíquico y emocional de las personas y las sociedades.

Muchos expertos en la historia de Europa coinciden en la influencia que para su desarrollo tuvo resolver los problemas de las epidemias que diezmaban su población, prevenir, diagnosticar y tratar numerosas enfermedades, alargar la vida de las personas y en fin, hacerlas más capaces para el trabajo físico e intelectual. A su vez, el avance económico permitió actuar sobre el mejoramiento de la salud en un proceso que no se acaba nunca. Las guerras actuaron en la dirección contraria.

El aporte de la evaluación económica en salud consiste en apoyar la toma de decisiones, cuando se trata de dos o más opciones, en las que compite su efecto

sobre la salud y el costo del efecto. La respuesta es fácil cuando se trata de efectos iguales y costos distintos o viceversa, pero es mucho más compleja cuando ambos son diferentes en todas las opciones. La evaluación económica facilita la decisión, partiendo siempre del principio de que lo fundamental es la eficacia y efectividad de la intervención, tecnología o programa que se está evaluando.

Si se analiza el beneficio que para las personas y la sociedad, tienen la introducción del método de mínimo acceso para las intervenciones quirúrgicas, los métodos de diagnóstico precoz de enfermedades, como el cáncer o los sistemas de medicina ambulatoria, se podrá apreciar que hay tanto un efecto clínico como económico. Quiere esto decir que los recursos de tiempo, dinero o insumos que resultan liberados, pueden ser utilizados para aplicarlos a otros servicios o para ampliar esos mismos. Cuando hay más de una opción, para casos iguales o parecidos a los mencionados, la evaluación económica entra a desempeñar su papel.

Las evaluaciones económicas en salud han tenido un desarrollo creciente en los últimos años y un papel cada vez más destacado en las decisiones en salud. Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, a las cuales nos referimos en el capítulo anterior, abarcan en su esfera de trabajo, las evaluaciones económicas en salud, por los que son ciertas también para estas últimas, la importante labor que dichas agencias realizan en los ámbitos nacionales, e internacionales, para la divulgación, mejoramiento de la calidad y consolidación de esas tecnologías. No obstante, la mayoría de los países subdesarrollados están aun en una fase inicial en este campo.

LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS EN SALUD. CONCEPTOS BÁSICOS

CARACTERIZACIÓN Y OBJETIVOS

En un capítulo anterior tratamos la evaluación de tecnologías y de programas de salud. En el próximo abordaremos la evaluación de la calidad en salud. En este capítulo, el papel protagónico lo tiene la evaluación económica en salud. Pareciera importante precisar algunas diferencias y similitudes.

En todos los casos, se trata de determinar si el objeto en estudio reúne determinadas características, propiedades o valores que en relación con un criterio, norma o plan lo hacen considerar aceptable. Lo que diferencia a las evaluaciones económicas en salud de las restantes, es que se trata siempre de comparar entre diferentes opciones, para hallar la mejor y que todas esas opciones contienen además del componente clínico o epidemiológico, un componente económico; fundamentalmente lo que cuesta el beneficio que se espera.

Pero la simple mejor relación entre beneficio y costo no puede es el único criterio a tomar en cuenta. Faltan considerar los aspectos relacionados con la equidad, o sea en qué medida se trata de una distribución justa de los recursos. Tal valoración es de gran complejidad, pues los puntos de vistas y las situaciones pueden ser muy diversos.

"Por ejemplo, un ministro nacional de salud puede estar preocupado por la asignación justa del presupuesto en los distritos regionales de salud, así como por la distribución equitativa de profesionales en el país. Los distritos regionales de salud pueden estar preocupados por la asignación justa de servicios de salud primarios y secundarios entre las poblaciones urbanas y rurales o entre otros grupos como mujeres y niños, los ancianos y las personas pobres. Los proveedores en las clínicas locales pueden estar preocupados del problema de selección de individuos para tratamiento prioritario con medicamentos escasos y otros ítemes". 115

Como se podrá apreciar, no es un simple problema de hacer cálculos, se trata de manejar consideraciones, muchas de ellas ni siquiera evaluables en términos de números, pero que tienen que ver con justicia, imparcialidad, no discriminación y orientación hacia quienes más lo necesitan.

Suponga el caso de dos programas de vacunación de niños. Uno de ellos tiene una cobertura de un 20 % mayor que otro, pero su costo por niño vacunado es un 10 % mayor que el segundo. La opción "más barata" es menos justa y sólo es válida si no hubiera la posibilidad de asimilar el costo marginal que representa una cobertura mayor, o si no se pudiera modificar el programa "más barato" para lograr un aumento del beneficio, pero sin llegar a un incremento tan notable de los costos.

Otro caso tiene que ver con las posibilidades de pago por el servicio o por sus implicaciones, de parte de los pacientes o sus familiares. Una mejor opción que represente un desembolso mayor para los que van a utilizarla ya sea porque sólo se puede brindar en áreas urbanas, y requiere traslado y alojamiento desde las localidades respectivas, o por que hay que pagar más por recibirlo, tiene implicaciones importantes desde el punto de vista de la equidad.

Otro tema que se relaciona con la equidad tiene que ver hacia dónde se trasladan los costos "ahorrados". Por ejemplo, una opción para un enfoque de tratamiento ambulatorio en pacientes de la tercera edad intervenidos quirúrgicamente, puede ser excelente en términos de costo hospitalario y demasiado gravoso para los familiares que deben atenderlo, alimentarlo, trasladarlo a la consulta periódica con el especialista y eventualmente dejar de trabajar para hacerlo.

En estos dos últimos casos se requiere tener en cuenta, al hacer la evaluación económica, los gastos que deberán afrontar pacientes y familiares, en relación con cada una de las opciones analizadas. Sobre esto ampliaremos más adelante al tratar el componente costo en las evaluaciones económicas.

La evaluación económica tiende a hacerse más compleja en la medida que se refiera a niveles mayores de territorio o de personas involucradas. Por ejemplo, un estudio realizado en el Instituto de Cardiología y Cirugía Vascular de Cuba, por el Doctor Antonio Castillo, demuestra que las dos alternativas de tratamiento de la Estenosis Mitral tenían igual efectividad, pero el costo promedio de una Valvuloplastia Mitral Quirúrgica era 3,45 veces superior al de la Valvuloplastia Mitral Percutánea, lo que hacía evidente cuál era la alternativa mejor.

Sin embargo, si alguien pensara hacer un programa para generalizar el empleo de la Valvuloplastia Mitral Percutánea, los elementos tomados en consideración para hacer la evaluación económica del estudio deben cambiar, pues se trata de reconsiderar los propios valores hallados, tomar en cuenta nuevos elementos y dar mayor énfasis al aspecto epidemiológico.

Otro aspecto de gran importancia en la evaluación económica en salud corresponde a su carácter interdisciplinario. Se trata de combinar el trabajo de especialistas y técnicos que tienen que ver con los resultados en términos clínicos, quirúrgicos o epidemiológicos, junto con otros cuyo perfil se relaciona con la economía, y muy en particular con el manejo de los costos y las finanzas. Se requiere entonces crear un equipo, en el más estricto sentido de la palabra, capaz de lograr un alto nivel de comunicación e influirse recíprocamente.

En resumen, las evaluaciones económicas en salud persiguen los objetivos siguientes:

- 1. Colaborar en el uso más eficiente de los recursos destinados para la salud, lo cual se revierte en mayores posibilidades de extender y mejorar el servicio
- 2. Proponer opciones más económicas entre impactos equivalentes, lo cual representa también liberar recursos.
- 3. Analizar la eficiencia relativa entre opciones de financiamiento y colaborar en hallar la que mejor aprovechamiento hace de las cifras presupuestadas.
- 4. Analizar los programas de salud tomando en cuenta la efectividad, los costos y la equidad de manera que se asegure el mejor balance entre los tres componentes.
- Colaborar en el diseño de políticas de salud, aportando elementos para decidir acerca de prioridades, asignación de recursos y selección de alternativas.
- 6. Apoyar a médicos, cirujanos, epidemiólogos y directivos, en decidir en situaciones donde la mejor opción no es evidente.
- 7. Contribuir a mejorar el análisis de las decisiones financieras globales en relación con las opciones más eficientes, para emplear la parte de los recursos que se destinen a la salud.

8. Aportar elementos de juicio acerca de las mejores opciones de tecnologías y programas de salud, y las implicaciones económicas de su generalización en el nivel macroeconómico.

El interés por la incorporación de las evaluaciones económicas en las decisiones en salud, ha tenido un crecimiento significativo en los últimos años. Muchas razones lo justifican:

- 1. El crecimiento constante del gasto sanitario, tanto del sector público como del privado, demanda métodos y técnicas que provean mejores alternativas de uso para los mismos fondos.
- 2. Las numerosas situaciones en que se dispone de más de una opción y en consecuencia se requiere optimizar la relación costo resultado, lo que demanda el empleo combinado de métodos y técnicas del campo de la salud y de la economía.
- El concepto cada vez más generalizado de que la eficiencia clínica es insuficiente para lograr la optimización del empleo de recursos humanos, materiales y financieros.
- 4. La presencia creciente de las evaluaciones económicas en salud en la literatura científica, la prensa, los sitios de Internet, los programas académicos de pre y postgrado, y el gran número de agencias nacionales e internacionales, públicas y privadas que se especializan en este campo, han atraído la atención de desconocedores y de escépticos.
- 5. Al tener la salud una importancia cada vez más creciente en los planes de desarrollo de los países, surge la necesidad de tener en cuenta su papel con respecto a la economía y de esta en relación con la salud. Las evaluaciones económicas pasan a constituir un componente de ese proceso.

TÉCNICAS ANALÍTICAS EMPLEADAS EN LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS. COMPONENTES Y TIPOS

Las evaluaciones económicas se construyen alrededor de tres grandes componentes:

1. Las opciones. Se dispone de más de una posibilidad para lograr un resultado determinado para la salud, las cuales se expresan en tecnologías, programas, intervenciones, sistemas o medicamentos.

- 2. Los costos. Corresponde a los gastos en que hay que incurrir para introducir o aplicar la tecnología, el programa, la intervención, el sistema o el medicamento objeto de evaluación.
- 3. Los resultados. Los beneficios, efectos, consecuencias, efectividad o utilidad que se obtendría de la introducción o aplicación en el sistema de salud, de cada una de las opciones.

Las técnicas analíticas de la evaluación económica en salud trabajan, fundamentalmente, en medir y comparar los costos y los resultados de las diferentes opciones con vistas a determinar cuál se puede considerar la mejor. No se trata, por supuesto, de un análisis basado sólo en diferencias numéricas entre los valores absolutos y los coeficientes calculados, sino que se requieren consideraciones adicionales, entre las cuales la equidad es una de las más importantes.

Michael Drummond¹¹⁷ considera que cuando falta alguno de estos componentes, no se puede hablar de evaluaciones completas, sino parciales. Por ejemplo, un informe de un municipio puede mostrar sus logros en materia de salud durante el año anterior, junto con un análisis amplio de los costos totales y de los unitarios por servicio y por paciente, pero no los compara con otras provincias o con otras maneras de haberlo hecho. Es un estudio válido, pero no se considera una evaluación completa (de hecho no es una evaluación)

En otros casos, se hacen las comparaciones, pero sólo en términos de los resultados, sin considerar los costos; por ejemplo determinar la mayor efectividad de un medicamento para bajar la fiebre en menores de cinco años, con respecto a otro que ya se viene utilizando. Si los costos de ambos tratamientos no se toman en cuenta, no se considera una evaluación completa.

Finalmente, es posible encontrar comparaciones relacionadas sólo con los costos, pero sin considerar los resultados. Suponga un estudio que compare los costos totales, por paciente y por servicios, de cinco hospitales de la capital, pero que no incluya los efectos sobre la salud. Es un estudio comparativo de costos, pero no toma en cuenta los resultados.

No se trata de considerar que las denominadas evaluaciones parciales no sean necesarias, pues de hecho lo son; de lo que se trata es de precisar claramente la esencia de las evaluaciones económicas en salud, o sea aquellas que contienen opciones, costos y resultados, que son las que tratamos en este capítulo.

A continuación se realiza una breve descripción de los costos y los resultados, para pasar después a las técnicas analíticas.

LOS COSTOS

Para los profesionales y directivos de la salud que no tengan una formación económica de origen, el componente costos puede resultar el más complicado de entender, sobre todo por su carácter relativo bajo determinadas circunstancias. Por esta razón, nos vamos a extender un poco más en hacer algunas precisiones sobre sus particularidades.

En términos generales, el costo representa un tipo de sacrificio, algo así como lo que hay que pagar o dejar de adquirir por invertirlo en lograr un efecto determinado. Por ejemplo, la decisión de un país de priorizar recursos en combatir las enfermedades infecto-contagiosas, implica que otras líneas perderán prioridad, no recibirán recursos o recibirán mucho menos de los que necesitan, por ejemplo para las intervenciones de transplante de corazón.

En términos prácticos, los costos representan la expresión en dinero, de los recursos que deben ser empleados para conseguir los beneficios o efectos que se esperan. La expresión en dinero permite homogeneizar elementos tan distintos como recursos humanos; tiempo empleado, materiales consumidos; depreciación de equipos, maquinarias y locales; horas perdidas y todos aquellos que se requieren para obtener tales beneficios o efectos.

Es conveniente aclarar que no todos los costos vinculados a una intervención en salud pueden ser expresados en términos de dinero, y sin embargo deben ser tomados en cuenta de uno u otra forma al hacer una evaluación. Este es el caso de manifestaciones como la ansiedad, el temor, el dolor, la preocupación o la incomodidad del paciente y en algunos casos de sus familiares. A estos costos se les denomina intangibles y los especialistas todavía discuten si deben formar parte o no de la evaluación. Lo cierto es que, al menos, debieran ser identificados, conocidos y comentados.

Elementos del costo

Los costos se clasifican en los llamados "elementos", que es una manera de distinguir el tipo de recurso que los genera. Es un criterio generalmente aceptado, aunque ha tenido algunas variaciones en el tiempo. Se consideran tres elementos:

- 1. Fuerza de trabajo. Salarios, jornales, comisiones, impuestos sobre el salario y en general, los gastos relacionados con la retribución a los trabajadores y los egresos derivados de ellos.
- 2. Materiales. Bienes tangibles, los cuales se consumen más o menos rápido dentro del proceso de producción o de servicios. Por ejemplo, en la industria farma-

- céutica pueden ser componentes químicos, envases o etiquetas, mientras que en un hospital pueden referirse a medicamentos, material quirúrgico o reactivos para el laboratorio clínico.
- 3. Otros insumos. Elementos no categorizados en ninguno de los dos anteriores. Por ejemplo, consumo de energía eléctrica, depreciación de inmuebles, consumo de agua, materiales de limpieza o piezas de repuesto.

Los costos según su papel en el proceso de salud

Otra forma de ver los costos es considerar la forma en que participan en el proceso de producir salud. Drummond fijó los criterios básicos en que se hace esta clasificación que, por cierto, difiere de cómo se les considera en otros sectores distintos a la salud. Se trata entonces de:

- 1. Costos directos. Los que se producen como parte específica de los procesos de cuidado de la salud. Se refieren tanto a los que se incurren producto de la interrelación médico-paciente, tales como el salario de los médicos o el vendaje consumido en el quirófano, como los que no tienen esas características, pero se originan también en la institución de salud, tales como el salario del personal de mantenimiento, el consumo de energía en las oficinas administrativas o los materiales que se emplean para pulir los pisos.
 - Según los mismos conceptos aportados por Drummond, los costos directos en salud se subclasifican en costos médicos (asociados directa o indirectamente con el paciente) y costos no médicos (correspondientes a las actividades de apoyo (estadísticas, limpieza, mantenimiento, administración).
- 2. Costos indirectos. Son los que representan pérdidas sociales motivadas por una enfermedad, un tratamiento o una rehabilitación. Se corresponde con situaciones como las siguientes: salario dejado de percibir por el paciente o su familia, disminución de la productividad, pérdida de habilidades por la enfermedad o sus secuelas, o ausentismo. También pertenecen a esta categoría los gastos en que incurren los familiares para la atención al paciente como serían transporte, alojamiento o medicinas.

En las evaluaciones económicas en salud, hay que decidir si se toman en cuenta ambos o sólo uno de ellos. Nótese que las conclusiones pueden ser muy distintas, si en la evaluación de dos alternativas, una de ellas relativa a la atención mediante ingreso al hospital y la otra en forma ambulatoria, no se tienen o se tienen en cuenta los costos indirectos.

Los costos según su relación con el volumen de producción o servicio

En este caso, los costos se clasifican en función de cómo se comportan con respecto al volumen de producción o servicio. Este criterio produce las categorías siguientes:

1. Costos fijos. Aquellos cuyo importe no varía en relación con el volumen de los servicios prestados. Son ejemplos de esto, el salario del personal médico que cobra mensualidades fijas, el alquiler de locales, la depreciación de equipos, cuando este es del tipo directo o las tasas de conexión a Internet, cuando no dependen de cuánto servicio se utilice. A mayor volumen de resultados o beneficios de una opción, menor es la carga promedio representada por los costos fijos. (Fig. VII.1).

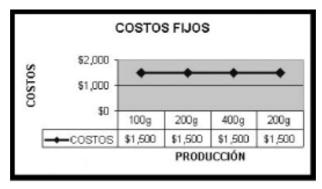


Fig. VII. 1

2. Costos variables. Aumentan o disminuyen en forma proporcional al aumento o disminución del nivel de actividad o servicio que se preste. Por ejemplo, salario del personal que cobra de acuerdo con el número de pacientes atendidos, pagos por tercerización del servicio del comedor en función del número de comensales, consumo de energía eléctrica de los equipos de diagnóstico por imágenes y otros. A mayor volumen de resultados o beneficios de una opción, la carga promedio representada por los costos variables es la misma (Fig. VII.2).

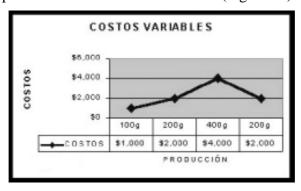


Fig. VII. 2

3. Costos semivariables. Son aquellos que aumentan o disminuyen a saltos. Esto significa que dentro de un margen de producción o servicios permanecen igual, pero fuera de él disminuyen o aumentan. Por ejemplo, tarifas telefónicas o eléctricas que estimulan el ahorro o el consumo en razón de ciertos volúmenes, tarifas salariales por rangos de horas trabajadas o de número de pacientes, pagos de impuestos que se corresponden con bloques de ingresos financieros, etc. A mayor volumen de resultados o beneficios la carga promedio representada por los costos fijos puede bajar, subir o permanecer igual en dependencia de su estructura. Por ejemplo, en un programa de vacunación previsto para cubrir 5000 niños, se pudo apreciar, al hacer la evaluación económica, que los costos semivariables se mantenían como fijos hasta la cifra de 3800 niños, pero saltaban a un importe superior al pasar esta cifra, motivado porque se requería aumentar el número de enfermeras y de vehículos (Fig. VII.3).

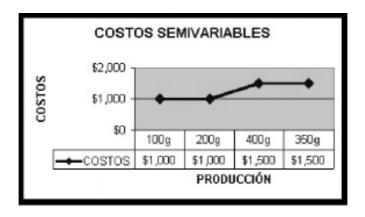


Fig. VII. 3

Los costos según su carácter absoluto o relativo

En este caso la distinción toma en cuenta si expresan la totalidad del costo incurrido o la relación entre el costo y un volumen determinado de servicio, por ejemplo número de camas ocupadas en el período. Se consideran los siguientes:

1. Costos totales. Suma de los gastos incurridos en un departamento, un servicio o una intervención durante un período determinado de tiempo. Por ejemplo, "los costos totales del servicio de ortopedia durante el año 2004 fueron de \$85, 690". Muchas veces no se toman en cuenta todos los gastos, sino aquellos que se desee o se requieran considerar para la evaluación. Por ejemplo, para una evaluación que consta de dos opciones, se pudieran no considerar en los costos totales, los fijos pues no establecen ninguna diferencia entre ambas.

2. Costos unitarios. También denominados costos promedio. Es el resultado de dividir los costos totales entre un volumen determinado de resultados, por ejemplo, unidades producidas, intervenciones realizadas, personas atendidas, muertes evitadas o pacientes recuperados en el servicio de emergencias. Por ejemplo si se determinó que el volumen total de gastos en consulta externa para el año fue de \$198,247.89 y se atendieron 123,216 pacientes el costo unitario o promedio es de \$1.61 por consulta.

Qué costos utilizar y de dónde obtenerlos

La decisión acerca de qué costos incluir en una evaluación y cuáles, tiene un carácter fundamental y un error en esta acción puede conducir a conclusiones erróneas. Suponga dos programas, uno de ellos concentra los servicios de ultrasonido en las cabeceras provinciales, mientras que otro los localiza en la de los municipios. En este caso, desconocer los costos indirectos debidos al desembolso que deben hacer los pacientes y familiares para trasladarse a la cabecera de la provincia, alimentarse y posiblemente alojarse está ignorando el componente social de la evaluación. El informe final debe expresar explícitamente cuáles costos han sido incluidos y cuáles no.

El costo unitario tiene una importancia relativa, pues tiende a simplificar los resultados y consecuentemente a disfrazarlos. Esto se agrava en la medida que la composición de los elementos que lo integran es más dispersa, pues el "promedio" pondera los valores extremos y los "suaviza". Por ejemplo, el costo promedio por paciente en el servicio de atención primaria de una provincia pudiera ser de \$34.80, pero en ese valor quedan ponderados municipios que atendieron en el mismo período a 54,670 pacientes con otros que sólo recibieron a 2,500.

Dado que el costo unitario es la relación entre dos valores absolutos, debe mencionarse claramente cómo estos están constituidos. Supóngase que se dice que el "costo por año de vida ganado es de \$263.98", es necesario que al presentar el informe quede bien definido qué costos están incluidos y cuáles elementos definen el concepto "año de vida ganado". Por otra parte, un costo unitario mayor o menor no determina necesariamente que una opción sea superior a la otra, por lo menos en el campo de la salud.

Otro asunto a tomar en cuenta es la decisión acerca de cómo se van a obtener los costos. Una tendencia algo generalizada es utilizar como fuente los libros de contabilidad de la propia institución, pero en los servicios de salud esto puede llevar a resultados engañosos. Hay muchas razones para considerarlo así.

Una de ellas es que la forma en que se registran los costos en la oficina de contabilidad, no se corresponda con el verdadero valor que se quiere determinar.

Por ejemplo, puede ser que el departamento de contabilidad distribuya los gastos de consumo eléctrico en relación con la cantidad de pacientes atendidos, lo que tendría como consecuencia que grandes consumidores de energía eléctrica como es el servicio de radiología, tengan costos por este epígrafe menores que el de consulta externa, dado que este recibe cinco veces más pacientes.

Otra es en qué medida los costos contabilizados son los costos que debieran ser. Esta aparente paradoja se descubrió hace muchos años en la industria, pero parece que todavía no se está claro de ello en el caso de los servicios de salud, donde es aún más significativo.

Una excelente contabilidad que registre el gasto en que se incurre por paciente diabético atendido en el hospital, no expresa necesariamente si los exámenes que se están indicando son todos los que debieran ser y en la frecuencia que se debieran producir. Tampoco muestra si se están empleando los medicamentos que corresponden. Esto se debe a que la contabilidad registra los hechos como sucedieron, no como debieron suceder.

Para resolver esta situación, muchos evaluadores optan por hacer un estudio apoyándose en grupos de expertos, acerca de cuáles debieran ser los costos a considerar, a partir del servicio que debiera darse y tomar eso como el costo correcto. A estos costos se les denomina estándares o normados. ¹¹⁹ La principal ventaja de hacerlo así es que otorga validez externa a las conclusiones y facilita su comparación con otras instituciones o países.

LOS RESULTADOS

Determinar los resultados, un típico problema de investigación en salud

Los resultados representan los beneficios, efectos, efectividad, consecuencia o utilidad que se esperan obtener como producto de la introducción y aplicación de la tecnología, intervención, programa, sistema o medicamento objeto de la evaluación. Su evaluación se realiza utilizando métodos y medidas provenientes de la clínica, la bioestadística, la epidemiología la demografía y las ciencias sociales. A diferencia del componente costo, el marco de posibilidades y situaciones es sumamente amplio y complejo y uno de los aspectos a decidir en el diseño de la evaluación es, cuáles serán empleados para el caso en estudio.

No basta entonces con determinar los parámetros que se van a utilizar para medir los resultados (muertes evitadas, reducción de riesgo, disminución de la incidencia, control de la hipertensión arterial, eliminación del dolor o mejoramiento de la calidad de vida), el problema más complicado está en el proceso a seguir para encontrar tales valores y que los hallazgos tengan un margen alto de seguridad y exactitud.

En realidad, las personas que van a determinar y valorar los resultados tienen que dominar los enfoques y métodos de la investigación en salud así como los principios éticos que la rigen. Incluso, en determinadas ocasiones, requieren conocimientos más específicos relativos a la intervención que se está evaluando. Por ejemplo, la evaluación de la utilidad para una paciente intervenida de prótesis de cadera contiene algunos indicadores distintos a los que se requieren para evaluar ese mismo parámetro en el caso de una histerectomía.

Muchos datos se pueden obtener de fuentes primarias y secundarias como pueden ser las historias clínicas, los registros de altas y fallecidos o los boletines estadísticos y demográficos, las bases globales médicas, las revisiones sistematizadas, los metanálisis y los artículos médicos, pero muchos otros tendrán que ser construidos por los propios evaluadores.

La decisión en cuanto a que métodos y técnicas serán empleados depende del problema, de los objetivos y de las condiciones bajo las cuales se va a hacer la evaluación. En unos casos se tendrá que hacer chequeos médicos de los pacientes antes y después de su incorporación a determinado programa; ensayos clínicos en relación con diferentes opciones de tratamiento con un nuevo producto farmacéutico; tasas de incidencia y prevalencia para comprobar el impacto de un programa sobre diferentes poblaciones; aplicación de escalas de medición para determinar el bienestar o la calidad de vida de pacientes después de un tipo de intervención; entrevistas a pacientes y familiares implicados en un sistema de atención ambulatoria y muchas más.

En el caso específico de los medicamentos, el problema se hace todavía mayor pues la eficacia demostrada en los ensayos clínicos puede estar lejos de manifestarse en su aplicación a pacientes o grupos de pacientes concretos, dada la variabilidad de respuestas que pueden originarse relacionadas con la estructura de la dosificación y su repetición, la presencia de enfermedades concomitantes, la interacción con otros medicamentos, la capacidad de absorción y otras más.

Conceptos utilizados para expresar los resultados

En relación con la evaluación económica en salud, los resultados, beneficios o efectos pueden ser expresados de diferentes formas. Las más usuales son las siguientes:

1. Beneficio. En este caso el resultado o efecto de la intervención se mide en términos monetarios. Tiende a utilizarse para comparar los resultados de un tratamiento en relación con otro o para determinar los beneficios adicionales que produciría sustituir uno por otro. Tiene la ventaja de utilizar una unidad de medida que facilita ampliamente la comparación. Su mayor limitación está en la dificultad

para medir en términos monetarios el resultado de una intervención en salud junto con las implicaciones éticas que esto tiene. Para algunos, su valor fundamental consiste en poder comparar alternativas de programas de salud con respecto a los de otros sectores, por ejemplo, la educación, sobre todo cuando de asignar presupuestos se trata. Esta orientación no resuelve las limitaciones apuntadas.

- 2. Efectividad. El resultado, beneficio o efecto se mide en términos de la práctica clínica o epidemiológica (eliminación del dolor, infartos evitados) o de un cambio en su valor (reducción de la prevalencia de hepatitis A). Tiene la ventaja de que estas medidas resultan familiares para los profesionales de la salud, y disponen de numerosos métodos y técnicas para obtenerlas a partir de las historias clínicas de los pacientes o de fuentes secundarias, y sobre todo para crearlas aplicando sus propios conocimientos clínicos, epidemiológicos e investigativos.
 Su mayor limitación está en que sólo puede ser aplicada para intervenciones, medicamentos, programas o tecnologías que producen los mismos efectos. Por ejemplo, los programas para prevención de las enfermedades cardiovasculares se evalúan mediante efectos diferentes a los correspondientes al tratamiento de
- 3. Utilidad. La utilidad mide el resultado a partir de cómo el individuo percibe lo que gana en términos de salud, bienestar y calidad de vida, como consecuencia de la intervención objeto de estudio. En este caso no se emplean unidades de la práctica clínica o epidemiológica, sino las valoraciones subjetivas que el paciente hace acerca de sus capacidades visuales, de ambulación, auditivas, cognoscitivas, manuales, del habla, de comunicación, comodidad, etc.

dichas enfermedades, a pesar de referirse ambos a la misma patología.

Desde otro punto de vista, es también una medida de las preferencias del paciente, Por ejemplo, aquellos que tienen importantes hábitos de lectura, priorizan el criterio de agudeza visual sobre la capacidad de poder caminar diariamente, al menos un kilómetro. Hay también una relación entre capacidades y sentimientos. Siguiendo el mismo ejemplo, la incapacidad de caminar un número determinado de cuadras, produciría mayor tensión o depresión al que está habituado y por tanto necesitado de hacerlo, del que es normalmente un sedentario gustador de la lectura. Esta preferencia influye en la selección sobre el empleo de una opción de tratamiento con respecto a otra.

En resumen, cualquier medida de la calidad de vida enfrenta tres grandes problemas que son al mismo tiempo sus limitaciones, el primero es la subjetividad, el segundo cuáles elementos tomar en cuenta y cuáles descartar, y el tercero, que valor relativo tendría cada uno de dichos elementos a los efectos de obtener un índice único. El párrafo anterior ilustra claramente este tercer problema.

Una de las medidas mas comúnmente utilizada para la medición de la utilidad son los "Años de vida ajustados a la calidad" (AVAC), pero no es la única, pues existen variantes de esta misma como es el caso de "Años saludables equivalentes" o el AVAD, adoptado por la OMS, en el cual no se tratan de igual manera las diferentes edades comprendidas dentro de los años de vida. También existen medidas orientadas a intervenciones específicas.

El AVAC valora los resultados en términos de años de vida ganados, pero calculados o ponderados en función de la calidad de dicha vida. El rango por el que se mide el índice de calidad fluctúa entre el valor 1 salud óptima, movilidad completa, hasta el valor 0 que representa la muerte.

En la práctica, se dispone ya de numerosas guías, escalas y tablas para determinar la calidad de vida como producto de una intervención, las que se han ido perfeccionando y acercando cada vez más al tipo de intervención cuyos resultados se desean evaluar. En la table VII.1, y sólo a manera ilustrativa, se muestra la correspondiente al índice de Rocher que trata la incapacidad en términos generales. Esta tabla se complementa con otra, no mostrada aquí, que relaciona la incapacidad con la tensión y que produce el buscado índice del estado de salud.

Otras tablas son más específicas de acuerdo con la especialidad médica o el tipo de intervención realizada, y localizan los efectos más importantes asociados a la intervención, por ejemplo movilidad y dolor en el caso de una cirugía de prótesis de cadera¹²⁰ o de un tratamiento para la lumbalgia inespecífica.¹²¹

Tabla VII.1 Niveles de índice de Rosser				
	INCAPACIDAD	TENSIÓN		
I.	Sin incapacidad.	a) Sin tensión.		
II.	Ligera incapacidad social.	b) Ligeramente tensionante.		
III.	Severa incapacidad social y/o ligera incapacidad laboral.	c) Moderadamente tensionante.		
IV.	Capacidad severamente limitada de desempeño laboral. Capacidad de hacer trabajos ligeros caseros y salir de compras.	d) Severamente tensionante.		
V.	Incapaz de mantener un empleo. Incapaz de seguir un plan de estudios. Limitado a su hogar sin poder salir a hacer compras. Amas de casa capaces sólo de desempeñar algunas tareas caseras.			
VI.	Delimitación a una silla de ruedas. Capacidad de moverse alrededor de la casa sólo con ayuda de un asistente.			
VII.	Delimitado a la cama.			
VIII.	Inconsciente.			

La ventaja fundamental de la medición mediante la utilidad, es que permite homogeneizar los resultados al integrar los años de vida ganados con su calidad, lo que hace posible por ejemplo, comparar intervenciones y efectos tan diferentes como la diálisis con respecto al trasplante renal. Su mayor limitación está precisamente en poder lograr tales valores homogéneos y que sean realmente válidos.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA

El fin principal de las evaluaciones económicas en salud es lograr el mejor empleo posible de los recursos. En este concepto está implícito tanto el aspecto de la salud, el bienestar y la calidad de vida que se puede obtener con la tecnología, medicamento, intervención o programa evaluado, como lo que dichos recursos representan en términos monetarios.

Esta es la razón por la cual las evaluaciones de este tipo la realizan equipos multidisciplinarios donde participan especialistas de la clínica y la epidemiología junto con economistas, contadores y financistas. Se trata de encontrar la mejor combinación de resultados y costos de entre varias opciones posibles. Las técnicas analíticas constituyen herramientas de apoyo para lograrlo.

Las técnicas analíticas trabajan con los tres componentes básicos de la evaluación: opciones, costos y resultados. Generalmente, las opciones vienen dadas, pero los costos y resultados tienen que ser construidos específicamente para tal evaluación, tal como se vió en los incisos anteriores correspondientes. Las principales técnicas analíticas son:

- 1. Costo-beneficio
- 2. Costo-efectividad
- 3. Costo-utilidad

Costo-beneficio

Es una técnica clásica de la economía en general. Parte de una idea simple: asignar valores monetarios tanto a los costos como a los resultados. Esta técnica produce dos tipos de posibilidades de comparación:

- 1. Resultados costos. Expresa el beneficio o pérdida neta, según la diferencia esté a favor del primero o del segundo.
- 2. Costos resultados. Expresa la proporción del costo con respecto al resultado, o sea cuanto cuesta cada unidad monetaria de resultado.

Su empleo formó parte de las ideas iniciales cuando la economía de la salud comenzaba y se incorporaron algunos conceptos de la economía clásica, pero el empleo de esta técnica de análisis resulta muy discutible y es generalmente rechazada, dadas las numerosas implicaciones éticas que tiene pretender asignar valor monetario a la salud.

Costo-efectividad

Es la técnica más utilizada en el campo de la evaluación económica en salud, demostrado en el hecho de que la mayoría de los estudios la aplican, aunque no siempre con igual calidad. Se emplea en todos aquellos casos en que los resultados pueden ser expresados en términos de efectividad, o sea en unidades de la práctica clínica o epidemiológica. Los costos, como siempre, en unidades monetarias.

A partir del momento en que queden bien definidos y expresados los costos y la efectividad resultante, el proceso de análisis comienza calculando la diferencia entre los costos de las opciones (costo diferencial) y la diferencia entre la efectividad de ambas (efectividad diferencial), con lo que se da inicio a lo que se conoce como análisis diferencial.

El coeficiente costo/efectividad de cada opción (digamos \$350,80 por cada infarto evitado) no es relevante para el análisis, pues el simple hecho de que una de ellas tenga el coeficiente menor, no significa necesariamente que sea la más conveniente. Esta es la razón por la que el trabajo se concentra en estudiar las diferencias.

Cuando se trata sólo de dos opciones, la decisión es muy simple, siempre que se produzca una de estas tres situaciones:

- 1. La efectividad en ambas es igual y una de ellas tiene el costo menor. En este caso se aplica la variante minimización de costos.
- 2. Los costos son iguales y una de las dos tiene la efectividad mayor. En este caso procede aplicar efectividad máxima.
- 3. Una de las dos tiene la mayor efectividad y el menor costo.

Sin embargo, cuando una de las dos opciones tiene la mayor efectividad y el mayor costo, la decisión no es nada evidente, pues si bien el desembolso es mayor, se obtiene también un beneficio superior para la salud (número mayor de casos evitados o más vidas salvadas, por ejemplo).

Un elemento a considerar entonces es el denominado coeficiente incremental, que es el resultado de dividir el costo diferencial entre la efectividad diferencial. Este coeficiente expresa el costo adicional promedio o costo marginal de cada unidad de efectividad adicional que se incremente con respecto a la otra opción. Veamos un ejemplo:

	Programa A	Programa B	Diferencia A-B
Casos evitados	84 000	60 000	24 000
Costo total	\$ 55 000	\$30000	\$ 20 000
Coeficiente	\$ 0.65 por caso	\$ 0.50 por caso	\$ 0.83 por caso
			adicional evitado

Note, en primer lugar, que si nos guiáramos simplemente por el coeficiente de cada programa, pareciera que la opción adecuada sería la correspondiente al B, pues es sólo de \$0,50 por caso evitado. Sin embargo, resulta evidente que esta opción logra sólo una efectividad de 60 000 casos, mientras que el programa B llega hasta 84 000.

El coeficiente incremental representado por \$0,83 expresa que dinero adicional tendría que emplearse como promedio por cada caso evitado, si se deseara pasar de la cifra de 60 000 a 84 000. Esto implica tomar en consideración criterios de cobertura, presupuesto, políticas de salud, prioridades, crear variantes del programa A y posiblemente otros elementos más. El caso se complica aún más cuando el número de opciones es superior a dos.

El análisis costo-efectividad es particularmente útil cuando se trata de comparar efectos iguales, por ejemplo, tasa de colesterol, reducción de la prevalencia de una enfermedad o días de estancia, aunque las intervenciones sean diferentes. Por ejemplo, se pueden comparar los años de vida salvados, entre un tratamiento basado en medicamentos y otro que depende de una intervención quirúrgica ambos con respecto a la misma patología, pero no puede hacerse entre un programa para reducir la hipertensión y otro para prevenir el infarto.

Costo-utilidad

Está técnica relaciona el costo con la medida subjetiva que tienen las personas con respecto a su estado de salud, o sea con la utilidad, la cual se expresa en unidades de AVAC, AVAD o cualquier otra que permita acercarse lo más posible a expresar de forma sintética la calidad de vida.

El enfoque costo-utilidad se orienta a comparar dos o más intervenciones o programas que no tienen los mismos efectos sobre las personas, pero que resulta posible homogeneizar en términos de una medida que integre los años de vida ganados y la calidad que dichos años tendrían. Se trata entonces de encontrar aquella opción que produce un mayor índice de AVACs (o el concepto que se decida utilizar) por cada unidad monetaria invertida.

El proceso que se desarrolla para hallar la mejor opción es similar al explicado para la técnica de costo-efectividad, sólo cambia el contenido del componente resultados y por supuesto las particularidades del análisis complementario a partir de esta cambio.

La posible generalización del costo-utilidad como técnica analítica en las evaluaciones económicas permite la solución de varios problemas. Uno de ellos es la creciente tendencia a desarrollar programas de mejoramiento de la calidad de la salud, lo que implica crear mecanismos de evaluación adecuados para decidir ante varias opciones.

La otra es el papel que un análisis de este tipo pudiera desempeñar en los niveles medios y macro de la sociedad, donde resulta necesario poder hacer comparaciones más globales y amplias que apoyen decisiones que tienen ver con las políticas de salud, los presupuestos y las metas de carácter social.

Para facilitar la introducción generalizada de esta técnica de análisis, se han desarrollado numerosos instrumentos orientados a captar los elementos que permitan caracterizar las capacidades desde diferentes puntos de vistas, conocer la percepción e importancia que de ellas tienen las personas y lograr su estructuración en forma de índice que permita ser expresadas como un valor único de utilidad.

LOS PROBLEMAS DE CALIDAD EN LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS EN SALUD

El hecho de disponer de técnicas analíticas que cada vez se aproximan más a la problemática de los sistemas de salud, no significa que estas sean suficientes para hacer expedita la selección de las mejores opciones en cualquier circunstancia. La mayor complicación se origina en el propio carácter de bien público que es la salud y en las implicaciones éticas, sociales y políticas a las que está asociada.

Un primer problema está en la necesidad de garantizar que las conclusiones y las propuestas que se realicen tengan suficiente validez. Esto ha hecho surgir la necesidad de "evaluación de evaluaciones" que actúen como un filtro crítico que a la larga estimule una calidad superior.

Joan-Ramón Laporte en su libro *Principios básicos de investigación clínica* comenta en relación con evaluaciones hechas para obtener financiamiento: "Investigadores australianos, que tuvieron acceso a toda la información presentada para obtener el financiamiento, observaron que de 326 documentos presentados entre 1994 y 1997, dos terceras partes presentaban "problemas graves de interpretación"; en ocasiones no había ensayos clínicos, o los que había eran de mala calidad o carecían de poder estadístico, los análisis eran defectuosos o llegaban a conclusiones no justificadas por los resultados, los modelos aplicados no eran apropiados, se partía a menudo de supuestos no fundamentados y los cálculos de los costes y los resultados no eran transparentes". 122

Un segundo problema es el no dominio de las técnicas básicas de evaluación económica en salud, por parte tanto de los propios economistas como de los profe-

sionales de la salud. Varios esfuerzos vienen realizándose para resolverlo, entre ellos entrenamientos, metodologías así como sitios en Internet con información valiosa que incluye tanto informes de evaluaciones como valoración crítica de estas, lo que ayuda también al desarrollo de esta tecnología y a su generalización.

En Cuba, la profesora Ana María Gálvez ha logrado concluir, probar y poner en funcionamiento la "Guía para el desarrollo de evaluaciones económicas" y la aplicación informática PLANTEVEC que asume la tarea de realizar los principales cálculos y comparaciones de la evaluación, con lo cual los evaluadores se pueden concentrar en el análisis. Por otra parte, la Escuela Nacional de Salud Pública desarrolla un programa de entrenamiento y formación postgraduada en este campo, todo lo cual va a facilitar un ritmo de introducción mayor y con más calidad de esta tecnología en el país.

EL PROCESO DE LAS EVALUACIONES ECONÓMICAS EN SALUD

Una evaluación económica en salud es el resultado de un proceso organizado y sujeto a una secuencia lógica y metodizada, en el cual los métodos y procedimientos del conocimiento científico se ponen de manifiesto.

Dicho proceso está integrado por una serie de pasos o componentes que explicitan lo que es necesario hacer en cada caso y cómo hacerlo. Cada evaluación es un problema en sí mismo y requiere una diseño particular. En la figura VII.4 y en la explicación que sigue, se traza un esquema general que intenta reflejar los rasgos más típicos del proceso y de sus problemas, pero sin pretender que sea un modelo aplicable a cualquier caso.

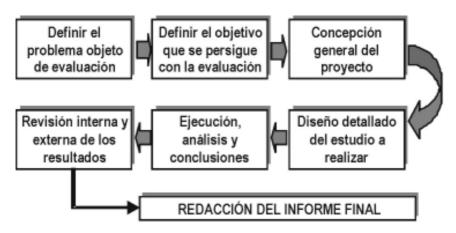


Fig. VII. 4

Definición del problema

Es el punto de partida de toda evaluación. De su clara expresión depende todo lo demás que se vaya a planificar y hacer. Establece que asunto ha justificado localizar una o varias tecnologías, sistemas, intervenciones o programas encaminados a darle solución, y de hecho establece los principales parámetros a tener cuenta para determinar en qué medida cada opción representa una solución adecuada.

Debe estar claramente redactado y destacar en qué consiste y cuáles son los rasgos de prevalencia, incidencia, dudas o inseguridad que lo convierten en un problema. No debe suponer la solución, pues entonces lo convierte en una hipótesis, pero sí puede referirse a los aspectos sobre los cuales no hay claridad.

La definición puede hacerse utilizando los términos del problema original, lo que da una idea de porqué se van a evaluar varias opciones de solución y qué elementos hay que tomar en cuenta para hacerlo, por ejemplo: "Comunidad rural con un 80% de tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares por encima del promedio nacional del país y prevalencias severas de hipercolesteronemia".

O también puede redactarse de forma que haga más evidente tanto el problema original como la necesidad de la evaluación, por ejemplo: "¿Es mejor en términos clínicos y de empleo de recursos el tratamiento externo de pacientes con artritis reumatoidea severa o el ingreso en hospitales?"

Definición de objetivos

Especifica lo que se va a evaluar (programa, intervención tratamiento, medicamento, etc.), cómo se va a evaluar (técnicas de análisis, si ya están definidas), cuándo (período o fecha) y dónde (lugar, comunidad, hospital, región), así como las opciones que van a ser comparadas. El objetivo debe ser comprensible, factible, medible y compartido. Ejemplos:

- "Evaluar el costo-efectividad de dos programas para reducir enfermedades cardiovasculares en una comunidad con tasas de mortalidad superiores en un 80 % a la media nacional".
- "Estudiar el impacto económico en los hospitales públicos de la aparición de resistencia a antibióticos".

Concepción general del proyecto

Consiste en la estrategia general del trabajo, en la cual se toman en cuenta opciones y aproximaciones para lograr el objetivo declarado. Es una forma de llegar a acuerdos en el grupo y con el solicitante, acerca de cómo se va a realizar la evalua-

ción y es al mismo tiempo la guía para todos los que van a participar. Incluye, entre otros, los componentes siguientes:

- Técnica de análisis a utilizar. Selección de la más conveniente de acuerdo con el problema, los objetivos y la disponibilidad de información.
- Fuente de datos. Métodos y técnicas de la clínica, la epidemiología y las ciencias sociales que se aplicarán para obtener las evidencias necesarias para llegar a conclusiones. Por ejemplo: "Se examinaran las historias clínicas para determinar la situación de los pacientes antes y después del programa y las de aquellos no incluidos en éste. Además, se harán exámenes clínicos, grupos focales, etc."
- Medida de los costos. Definir cuáles costos se considerarán relevantes y cuáles serán descartados, y las razones para ello. Forma de medirlos en el tiempo, en el territorio, en las áreas y de acuerdo con cada opción, así como tipos de costos a incluir. Por ejemplo: "Se tomará el período 1999-2004. Se incluirán todos los costos indirectos que puedan calcularse, pero se excluirán los costos directos no médicos por no ser determinantes en este caso".
- Construcción de los costos. Se establece de qué forma se calcularán los costos totales y promedio, y cuál será la fuente para su cálculo. Se define en qué casos se utilizará la información proveniente de la contabilidad, se estimarán o se construirán específicamente. También se definen cuáles se descuentan por constituir ahorros. Por ejemplo: "Los costos totales de cada intervención se determinarán por la técnica de manejo de caso promedio establecido mediante consulta de expertos que será posteriormente validada. Se hallará el costo promedio por evento y este será la base para calcular el costo anual por intervención".
- Población a considerar. Personas, grupos y comunidades que deben tenerse en cuenta para poder obtener la evidencia necesaria. Algunas de estas personas requieren acciones de intervención sobre ellos, tales como chequeos médicos, pruebas diagnósticas, participar en los grupos de casos y controles, ser entrevistados. En ocasiones, es conveniente establecer primero los perfiles que se requieren para después determinar los que serán incluidos. Por ejemplo: "Deben incluirse las personas que tienen influencia sobre las adolescentes debido a su edad, ascendencia familiar, educacional, amorosa o comunitaria, por lo que deben considerarse los padres, maestros, novios y líderes locales".
- Medida de los resultados. Establecer las técnicas, métodos y estudios que se van a realizar para valorar los resultados de la evaluación, así como para validarla. Es imprescindible establecerlo por anticipado para conducir el estudio en esta dirección. Por ejemplo: "Para la medición de la utilidad de cada intervención sobre los pacientes se aplicará años de vida ajustados a la calidad (AVAC) utilizando como base el índice de Dossier".

Diseño detallado del estudio a realizar

En lo fundamental constituye el plan de trabajo para la realización del trabajo operativo. Todas las consideraciones hechas en la concepción general deben expresarse en tareas, fechas, secuencias, responsables, avisos a los implicados, distribución geográfica de los evaluadores, aseguramiento logístico, puntos y cortes de control, y en general todo lo que asegura la coherencia de las acciones y su flujo lo más natural posible.

Ejecución, análisis y conclusiones

Durante esta etapa se procede en primer lugar, a conseguir la evidencia clínica, epidemiológica y económica necesaria, y a ejecutar procesos de integración, análisis y desarrollo de criterios, y conclusiones que den respuesta a los objetivos. Es el punto más complejo de todo el proceso y el que requiere mayor creatividad y dedicación por parte de los evaluadores.

Para la integración y análisis se hace necesaria la utilización plena y combinada de técnicas de síntesis de datos, cuyo empleo se subordina al objetivo y constituyen herramientas que apoyan al talento, pero no lo sustituyen. Se produce una depuración de la información para dejar aquellas que mayor confianza ofrecen. Bien definidos los costos y los resultados, se pasa a aplicar el análisis diferencial descrito al explicar las técnicas de costo-efectividad y este se complementa con consideraciones de nuevas variantes en las opciones, problemas de presupuesto, aspectos de equidad, políticas de salud o prioridades, según sea el caso. Puede ser necesario ampliar algunas informaciones o hacer consultas a terceros, antes de llegar a una propuesta.

En general, durante la ejecución, algunas de las concepciones previstas en el diseño general o el detallado requieren ser modificadas, pues demostraron ser insuficientes para el objetivo planteado o aportan poca información. En ocasiones, la misma información hay que construirla siguiendo diferentes cortes para lograr más claridad. En otras, hay que repetir determinada intervención o verificar los resultados de alguna por aparecer contradicciones. Se prepara un informe preliminar

Revisión interna y externa

Es un paso que cobra más importancia cada día. Es una especie de validación de lo encontrado en la que intervienen y aportan sus criterios otros especialistas que revisan el proceso seguido, la coherencia en todas sus partes y la validez de lo concluido. Se puede hacer incluso en dos vueltas, primero con los profesionales de

la salud, economistas, investigadores y otros profesionales de la propia institución que hace la evaluación y posteriormente con expertos externos. También se pueden combinar los externos e internos en un mismo equipo.

Redacción del informe final

Sigue la misma estructura, lógica y rigurosidad de cualquier informe de investigación. Debe contener al menos la expresión clara de lo que se ha encontrado, su vinculación con el problema y los objetivos, la comparación de efectos y costos, las limitaciones que deben tenerse en cuenta debido a la población estudiada, el número de casos, las medidas de cálculo, las particularidades locales, la exclusión de ciertos costos, la no validación, etc. Se recomiendan dos versiones, una corta y otra completa, así como elaborar una presentación en multimedia para su explicación ante el colectivo encargado de tomar las decisiones finales.

La decisión final acerca de la propuesta presentada

El trabajo de evaluación termina con la redacción y entrega del informe final y así se refleja en el esquema de la figura VII.4. En dicho informe los evaluadores presentan una propuesta que refleja la opinión del equipo, pero no son ellos los que deciden acerca de ésta, pues esa tarea corresponde a los directivos o a los órganos colegiados, los cuales pueden desestimarla, decidir de forma diferente a lo que se propone o aceptar y poner en marcha la recomendación.

En condiciones ideales, los evaluadores o al menos el jefe del equipo participa en el proceso de toma de decisiones para aclarar, completar o demostrar la validez de lo que ha sido propuesto con lo cual el proceso de la decisión final se enriquece. Esto generalmente sucede cuando la evaluación se ha hecho a petición, pero a veces el que la solicita no es tampoco el que decide.

RESUMEN

Desarrollo económico y salud tienen una influencia recíproca y se ha podido demostrar cómo las mejoras en las condiciones sanitarias de las personas han contribuido a aumentar las posibilidades de crecimiento económico, y cómo ese crecimiento opera a su vez a favor de alcanzar niveles superiores de salud en la sociedad. Uno de los conceptos vinculados a ese proceso es la eficiencia.

La eficiencia consiste en lograr que para el mismo resultado se empleen menos recursos o que para los mismos recursos se obtengan mayores resultados. Este

concepto económico trasladado a los sistemas de salud, implica posibilitar que los beneficios alcancen a más personas, por lo que resulta totalmente consistente con la idea de que la salud es un bien público y uno de los derechos fundamentales de los miembros de la sociedad.

La evaluación económica en salud provee los métodos e instrumentos que facilitan manejar el concepto de eficiencia en el campo de la salud, incorporando a las categorías económicas las que se originan en los procesos de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y alargamiento con calidad, de los años de vida.

La necesidad de incorporar la evaluación económica a la toma de decisiones en salud ha crecido significativamente en los últimos años, debido entre otras razones, al aumento constante del gasto sanitario, al hecho de que la eficiencia clínica haya resultado insuficiente para lograr la optimización del empleo de los recursos y a la incorporación de la salud como un componente de los planes de desarrollo de los países.

Las evaluaciones económicas en salud constituyen un proceso complejo ejecutado por un equipo interdisciplinario que combina las especialidades clínicas, quirúrgicas y epidemiológica junto con las del campo de la economía, la contabilidad y las finanzas.

El equipo encargado construye la evidencia sanitaria y económica necesaria para a partir de ella comparar y analizar entre sí los costos y los resultados de dos o más opciones, de manera de hallar la que representa la mejor relación costo/resultado de todas. A este análisis se incorporan conceptos relacionados con la equidad, las políticas de salud y las consideraciones de tipo social.

El producto de una evaluación económica es un informe donde se muestra el proceso, seguido, las conclusiones a las que se ha llegado y las propuestas que el equipo evaluador considera hacer a la persona u órgano encargado de tomar la decisión final.

BIBLIOGRAFÍA

- Abel, Ramón. El crecimiento de los costos en salud: Fenómeno mundial. Centro de Gestión Hospitalaria. Colombia. http://www.cgh.org.co
- Almazán Carl y Gallo. Pedro Evaluación de la aplicación de la telemedicina en neurocirugía. Beneficio clínico de la telemedicina. Evaluación económica de la telemedicina. Proyecto internacional TASTE. Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica (AATM). Barcelona, España. Mayo 1999.
- Arredondo Armando, Rangel, Ricardo y Icaza Esteban de. Costo de intervenciones para pacientes con insuficiencia renal crónica en Revista Saúde Pública vol. 32 n. 3. São Paulo Diciembre de 1998

- Arredondo Armando, Rangel, Ricardo y Icaza Esteban de. Costo-efectividad de in-tervenciones para insuficiencia renal crónica terminal en Revista Saúde Pública vol. 32 n. 6. São Paulo Junio de 1998.
- Borges Lourdes de la Caridad y Mukodsi Miguel. Tendencia de los costos por grupos básicos de trabajo y consultorios en un área de salud en Rev Cubana Med Gen Integr 2000;16(6):545-50
- Castillo, Antonio et al. Utilización y costo de los servicios de urgencia en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular agosto octubre 2002. Biblioteca virtual para formación postgraduada de directivos del sector salud. La Habana. Enero del 2004
- Castillo, Antonio. Costo efectividad entre dos tratamientos de la estenosis mitral.
 ICCCV: una variante de evaluación económica completa. Tesis de grado para optar por el grado de Master en Salud Pública, octubre del 2003
- Ceballos Alfredo, Balmaseda Roberto, Puente Roberto y Pedroso Mario. Evaluación clínica de resultados de prótesis de cadera en Rev Cubana Ortop Traumatol 1998;12(1-2):72-6
- Collazo, Manuel y Flores, Noelio. Farmacoeconomía. Evaluación de la eficiencia en los tratamientos farmacológicos en Rev Cubana Farm 2000;34(1):63-9
- Collazo, Manuel y Rovira Joan. Criterios sobre la evaluación económica de los medicamentos antineoplásicos en Rev Cubana Oncol 1997;13(1): Pag. 23.
- Earl-Slater. Diccionario económico de Economía de la salud. Programa FLAGSHIP Instituto del Banco Mundial. Santiago de Chile. Abril del 2001
- Estudio de la variabilidad clínica en la lumbalgia inespecífica en España. Investigación en curso. Fundación Kovacs y Fondo de Investigación sanitaria del Ministerio de Salud y Consumo español. Año 2004. http://www.kovacs.org/Fundacion/Fundacion.asp
- Force, T et al. Evaluación económica de la vacunación rutinaria a niños de 15 meses de edad frente al virus de la varicela-soster. Anales del Sistema Sanitario de Nava-rra. 28 de septiembre de 1999.
- Gálvez, Ana María. La evaluación económica en el contexto de la Economía de la Salud. Maestría en Gerencia y Economía de la Salud. Módulo IV. ENSAP. Agosto del 2002.
- Gálvez, Ana María. La Farmacoeconomía. La evaluación económica en el contexto de la Economía de la Salud. Maestría en Gerencia y Economía de la Salud. Módulo IV. ENSAP. Agosto del 2002.
- Giacomini Mita y Lavis John. Equidad. Programa Flagship. Santiago de Chile, Chile. Abril 2001.
- Hart, Warren y Collazo, Manuel. Costos del diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus en diferentes países del mundo en Rev Cubana Endocrinología 1998;9(3); 212-20
- Hill SR, Mitchell AS, Henry DA. Problems with the interpretation of pharmacoeconomic analyses. A review of submissions to the Australian Pharmaceutical Benefits scheme. JAMA 2000;283:2116-21, citado por Laporte, Joan-Ramón en

- [ver-sión digital] Principios básicos de investigación clínica, cónsultado el 29 de julio del 2004 en el sitio http://www.icf.uab.es/llibre
- Ibacache, Jaime. La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural. http://www.xs4all.nl/~rehue/art/iba1.html
- Johnstone Paul y Zolese Gabriella. .Systematic review of the effectiveness of planned short hospital stays for mental health care en British Medical Journal. BMJ 1999;318:1387 1390 (22 May)
- Khor, Martín. La salud librada al mercado: una receta para el desastre. Maestría en Economía y Gerencia en Salud. Módulo IV. Pag. 18. Reproducido de R. del Sur 56.
- Lindholm L, Rosen M, Weinehall L, Asplund K. Cost effectiveness and equity of a community based cardiovascular disease prevention programme in Norsjo, Sweden en Journal of Epidemiology and Community Health 1996;50:190-195.
- Los diez artículos más relevantes en Farmacoeconomía. http://www.isciii.es/unidad/Sgpcd/ens/farmacoecono/
- Molina, Raul et al. Gastos y financiamientos en salud en Revista Panamericana de Salud Pública. Agosto del 2000.
- Moser K.Inequalities in treated heart disease and mental illness in England and Wales, 1994-1998 en Br J Gen Pract 2001 Jun;51(467):438-44
- Ross, Nancy A et al. Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statis-tics en British Medical Journal, BMJ 2000;320:898 902 (1 April)
- Sacristán, José Antonio. Eficiencia de los fármacos: situación en España en Revista española de Economía de la Salud. 2002
- Sánchez, Lisa A.. Farmacoeconomía aplicada: Evaluación y uso de datos farmacoeconómicos de la literatura en Revista española de Economía de la Salud. 2002.
- Sassi, Franco; Le Grand, Julian; Titmuss, Richard; Archard, Luke. Equity versus effi-ciency: a dilemma for the NHS en BMJ: British Medical Journal, 10/6/2001, Vol. 323 Issue 7316, p762, 2p
- Torrance G, Feeny D y Hrley J. Medición de la eficiencia y la equidad. Programa FLAGSHIP Instituto del Banco Mundial. Santiago de Chile. Abril del 2001.

CAPÍTULO VIII GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

MARCO GENERAL DE ACCIÓN

La "garantía de calidad" ha devenido en un cuerpo de conocimientos y prácticas vinculado con los conceptos contemporáneos de la calidad, que creados originalmente para la industria, han sido reorientados al campo de los servicios de salud.

No es casualidad este esfuerzo de particularización para el sector salud, pues sus diferencias en materia de objetivos, modo de actuar, influencia, sensibilidad y papel social justifican un tratamiento muy diferente al que pueda darse en la industria e incluso a otros sectores de servicios. Más adelante profundizaremos en esto.

La garantía de calidad en salud surge inicialmente en Estados Unidos de Norteamérica a inicios de la década de los setenta. Su concepción para el manejo de los servicios de salud se ha ido extendiendo a numerosos países, tanto desarrollados como en vías de desarrollo, aunque no siempre la realidad ha estado a la altura de las intenciones. En Latinoamérica podemos encontrar que forma parte de las políticas de salud de países como Cuba, Argentina, Colombia, Costa Rica o Chile, sólo para citar algunos. En Canadá tiene un desarrollo notable dentro de los países económicamente desarrollados.

Contrariamente a lo que pudiera pensarse, el proceso en Europa ha sido más difícil y lento. Como apunta el Dr. Vouri, "Muchos profesionales de la salud consideraron la propuesta de la garantía de la calidad como un insulto a su orgullo profesional, ya que parecía insinuar que algo andaba mal en el desempeño de su trabajo". Lel propio Vouri llegó a afirmar en 1985, que la garantía de la calidad en Europa estaba "extinta como el pájaro Dodo", criterio que modificó siete años más tarde cuando la situación empezó a cambiar. Las iniciativas de la Oficina Regional de la OMS, el empeño de numerosos investigadores y clínicos que empezaron de forma aislada y la creación de sociedades nacionales para la garantía de calidad iniciadas en Italia y España formaron parte de las fuerzas que en Europa dinamizaron el cambio. En la actualidad el liderazgo en este empeño a nivel de continente, lo tiene la European Foundation for Quality Management (EFQM)¹²⁶ cuyo último forum de calidad se celebró en octubre del 2003.

Muchas de las resistencias a aceptar la calidad en salud como problema y como objetivo de trabajo parten de ideas no totalmente superadas, pero en franco proceso de retirada (al parecer). Veamos algunas de estas supuestas verdades:

Tecnologías gerenciales

- El proceso de curar es algo naturalmente bueno y positivo, por tanto contiene una calidad implícita.
- Es imposible determinar la calidad de la atención médica.
- El paciente no está preparado para determinar la calidad de lo que recibe.
- La licencia otorgada a los médicos para poder trabajar y la acreditación de los centros de salud es suficiente para que el servicio sea de buena calidad.
- Perseguir la calidad es una forma de poner a la luz errores y riesgos, y eso perjudica la posición social del médico.
- Garantizar la calidad cuesta mucho dinero y ya de por sí, los servicios de salud están resultando muy costosos.
- Si los resultados son buenos, la calidad es buena y por tanto no hay que buscar nada más.

Muchas de estas consideraciones descansan en criterios erróneos o insuficientes, acerca de las circunstancias que han motivado el surgimiento de la garantía de la calidad e incluso del propio concepto de calidad en salud. Según el Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica "la calidad de la asistencia médica es el grado en el que los servicios de salud a los individuos y a las poblaciones incrementan la probabilidad de alcanzar resultados deseados en salud que se corresponden a su vez con el nivel actual de los conocimientos profesionales". 127

Esta definición tiene la ventaja de que abarca cualquier servicio de salud en general, incluye tanto la apreciación desde la óptica del paciente individual como de la población en general, tenga esta última acceso o no a los servicios. Se enfoca hacia la probabilidad de alcanzar los resultados, teniendo en cuenta que en la salud influyen numerosos determinantes ajenos a los servicios de salud y los asocia además con lo que se conoce hasta el momento, lo cual puede ser insuficiente, debido a falta de acceso a la información (un problema) o al estado actual del conocimiento humano (una condición comprensible).

Por otra parte, nuevos conceptos, puntos de vista y elementos, vienen contribuyendo de forma decisiva a demostrar la necesidad de evaluar y mejorar continuamente la calidad en los servicios de salud. Veamos algunos:

- 1. La variabilidad de la práctica clínica. Diferentes intervenciones para iguales problemas hacen pensar que algunas no son correctas.
- 2. Los errores, riesgos, omisiones y excesos son reales, y sólo su conocimiento permite actuar en la dirección de reducirlos al mínimo.
- 3. El paciente, la familia y la comunidad están en mejores condiciones que nunca para valorar muchos aspectos de la calidad del servicio e incluso deben ser educados para ejercer ese derecho.

- 4. Los resultados son sólo un modo de expresar la calidad en salud. Otras dimensiones, sobre todo los procesos, tienen también un protagonismo excepcional y muchas veces quedan fuera del análisis.
- 5. La mala calidad tiene costos, que al no ser tenidos en cuenta restan recursos para otros servicios.
- 6. El hecho demostrado de que la producción de salud es un fenómeno que se extiende más allá del propio sector, implica a otros sectores tanto en su influencia positiva como negativa y depende de la actitudes, hábitos y estilos de las personas, los grupos y las sociedades, por lo que el marco para considerar la calidad en salud va mucho más allá que el proceso de curación.
- 7. La competencia no produce siempre mejores servicios. Puede generar selección de riesgos, pura palabrería, intervenciones innecesarias, demanda inducida y otros efectos negativos que deben ser detectados, evaluados y combatidos.
- 8. Muchos resultados ocultan en su expresión estadística, problemas de cobertura, acceso, equidad, expectativas de clientes o discriminación, que en términos contemporáneos se consideran también como problemas de calidad en salud.

La garantía de calidad hoy día, es una expresión que descansa más en el concepto de eficiencia que de excelencia. O sea, lograr lo más y mejor posible con lo que se tiene. Esto implica que está asociada indisolublemente al empleo inteligente de los recursos y al manejo racional de los costos. Se ha demostrado que, en salud, una mejor calidad no aumenta los costos sino que los reduce.

Por otra parte, el concepto contemporáneo de atención médica no se limita al hecho de curar, sino que se extiende en todas las direcciones del mejoramiento de la salud. Suponga un paciente genéticamente propicio para ser hipertenso. Si la acción de salud puede prever que se enferme o hacerlo de forma precoz, el resultado es más efectivo y más eficiente que atenderlo después por un infarto del miocardio o un accidente cardiovascular, lo que demuestra que la prevención primaria y secundaria, genera más calidad en salud que el acto clásico de curar y rehabilitar. Esto requiere que el médico posea una formación integral.

En general, la garantía de calidad en salud abarca:

- 1. El empoderamiento (empowerment) de pacientes, familiares y la comunidad que les dé la oportunidad de participar más, tanto en evaluar la calidad como en mejorarla. ¹²⁸
- 2. Las alianzas estratégicas con otros sectores, de manera que se otorgue una verdadera dimensión social al proceso de producir salud, extender la vida de las personas y lograrlo con una aceptable calidad de vida, siendo la intersectorialidad una de las más importantes. 129

- 3. La referenciación competitiva (benchmarking) que asegure una comparación sistemática contra las mejores prácticas y promueva los procesos de mejora. 130
- 4. Las tecnologías de la información y las comunicaciones que aseguren la actualización continua en los conocimientos y el flujo natural de datos que informen acerca de estructuras, procesos y resultados y contribuyan a simplificar procesos.
- 5. La creación de estándares de diversos tipos, contra los cuales se puedan verificar la calidad o no de las intervenciones y de los servicios en general.
- La vinculación con los principios de acceso, cobertura y equidad sin los cuales la calidad es sólo aparente, al ser cierta únicamente para determinados grupos sociales.
- 7. Los mecanismos de verificación retrospectiva, observación, acreditación y licenciamiento, que actúen como elementos de evaluación de la actividad.
- 8. Los estudios de reingeniería que logren simplificación, reducción, integración y eliminación de pasos intermedios dentro de los procesos.
- 9. El seguimiento continuo a los avances o retrocesos en la calidad de los servicios, entendiendo como tal el cubrir todo lo relacionado con políticas, programas, prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tanto en términos individuales como comunitarios, sin distinciones ni discriminación de ningún tipo. Incluye las acciones que deban derivarse de dicho seguimiento.
- 10. El trabajo orientado hacia cambios sustanciales en los sistemas de información de la salud que le permita "elucidar los aspectos interpersonales de la calidad de la asistencia médica, evaluar la calidad técnica de los procesos de atención, mostrar los mayores errores de omisión o comisión, o evaluar en que medida la asistencia médica es apropiada". 131
- 11.Las estrategias de incentivos que incluyen compensación del desempeño, recursos y oportunidades disponibles, sistemas de premios y reconocimientos, liderazgo transformacional, promoción de una cultura de la calidad, creación de valores compartidos, que desarrollen hábitos y actitudes e incluso los propios mecanismos de evaluación, si están bien diseñados.

Por otra parte, la garantía en salud es un proceso que no termina nunca. Trabaja siempre en base a un horizonte desplazable, es decir, busca incesablemente nuevos retos y modos superiores de alcanzarlos. El caso de Cuba, que se cita reiteradamente como modelo de sistema de salud en el mundo, está sujeto de forma continua a examen buscando en todo momento superar lo ya alcanzado. Situación similar podemos encontrar en países como Canadá, España, Francia o Italia, sólo por citar algunos, donde cada vez se afinan más los métodos de evaluación y de mejora en una batalla que no tiene fin.

LA SALUD COMO UN CASO PARTICULAR DE CALIDAD

La asistencia médica es un proceso notablemente complicado cuando de definir la calidad se trata. En términos de la industria o de los servicios en general, la calidad se refiere a la capacidad para satisfacer o superar las expectativas de los clientes. Para la industria, esto se determina primero en el proceso de fabricación, y posteriormente en la capacidad para agregar valor en la distribución y en el servicio postventa. En los servicios en general, esto se resuelve en la capacidad del prestador para resolver inteligentemente la relación con el cliente en el acto del servicio.

En los servicios de salud intervienen además de estos elementos que pudiéramos denominar "tradicionales", otros que los particularizan. Entre ellos:

- 1. El cliente (paciente, familiar, o la comunidad) es parte de la realización del servicio. Esto significa que participa en su ejecución, contribuye o no a su realización correcta, e incluso puede atentar contra los buenos resultados. Los estilos personales de vida, la disciplina del enfermo para cumplir con las indicaciones del médico, la capacidad de la madre para atender su niño o la actitud de la comunidad para organizar y promover la salud en las personas de la tercera edad, son sólo algunos ejemplos.
- 2. Es un servicio imprescindible tanto para la persona sana como para la enferma. A usted puede no gustarle el circo y nunca asistir a una función, pero más tarde o más temprano necesitará de los servicios de salud. La única elección permisible en este caso se refiere a elegir el prestador (y a veces ni eso). Personas o grupos de personas sin acceso a servicios de salud son una indicación de que el sistema de salud no es de buena calidad, aunque las estadísticas, al promediar resultados, muestren otra cosa.
- 3. La posición privilegiada del prestador con respecto al paciente, en términos de influir sobre la demanda, es superior al de otros sectores y esto está relacionado con la calidad. Este puede:
 - Crear demanda innecesaria, como cuando indica una intervención o un estudio que el paciente no requiere, ya sea por complacencia, manejo insuficiente del método clínico, precaución o interés material originado en la retribución por el servicio. Por ejemplo, según una investigación realizada en el sur de California, durante el año 2000 por parte del Institute of Medicine de los Estados Unidos, de 497 histerectomías revisadas, el 70 % demostraron ser inapropiadas. 132
 - Desalentar demanda, como cuando no indica una intervención o estudio que resulta necesario, ya sea por desconocimiento, políticas del establecimiento o intento de "rebajar costos".

- 4. Muchos errores y daños prevenibles tienen carácter irreversible o al menos implican repetición de intervenciones con pérdida de tiempo y dinero para el prestador y para el paciente. El rango es amplio: falta de dominio de la intervención, interpretación incorrecta de resultados, ignorar la interacción entre medicamentos, etc.
- 5. Cada paciente es un caso único y irrepetible. Con independencia de la existencia de estándares, trayectorias clínicas, guías de práctica clínica o de protocolos, el talento, la experiencia y la intuición del clínico tienen un papel decisivo en situaciones específicas de diagnóstico, pronóstico, tratamiento o rehabilitación, en las cuales tiene muchas veces que aplicar variaciones no previstas en ninguno de esos instrumentos.
- 6. Al mismo tiempo, muchas prácticas médicas han demostrado suficiente valor como para ser consideradas como modelo, lo que se conoce como "las mejores prácticas". Un exceso de variabilidad con respecto a estas, entre diferentes instituciones de salud, puede ser un indicio de problemas de calidad, o por lo menos de algo que debiera investigarse. Por ejemplo, en la revisión hecha por la United States Health Care Financing Administration, durante el período 1997-1999 se encontraron variaciones significativas en el tratamiento y prevención de dolencias comunes al ser comparadas con las mejores prácticas conocidas y aceptadas para esos casos. ¹³³ Lo anterior aportó suficientes elementos para considerarlo un problema de calidad, indagar las causas y sistematizar los estudios de este tipo.
- 7. Numerosos procesos de asistencia médica se diferencian notablemente al tratar de evaluar su calidad, lo que limita las valoraciones de tipo global que pueden hacerse digamos en una fábrica o en un comercio. Por ejemplo, es muy diferente valorar la calidad en la atención a la persona sana, que a la de un paciente que padece de hiperplasia benigna de próstata o la de una embarazada. Lo mismo sucede entre servicios distintos, por ejemplo atención ambulatoria, imaginología o urgencias médicas.
- 8. La calidad en salud no sólo tiene que ver con problemas de satisfacción de clientes y de manejo adecuado de los costos, se trata en definitiva de mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla e incluso, en muchos casos, evitar que mueran innecesariamente.

EL ALCANCE DEL CONCEPTO DE CALIDAD EN SALUD

El concepto de calidad en salud no debe ser reducido a cuán buena es la asistencia médica, pues estaríamos ignorando a los que no tienen acceso a recibirla,

tampoco a cómo se manejan los enfermos, porque estaríamos excluyendo a los sanos, y mucho menos a cifras estadísticas, porque potencialmente pueden esconder iniquidades, injusticias o discriminación, y por supuesto dejan fuera elementos cualitativos de singular importancia.

Para que se tenga una idea de cómo han cambiado las reglas en este sentido, tomemos como ejemplo un documento elaborado por un grupo de 18 prestigiosos médicos y profesores de los Estados Unidos de Norteamérica y refrendado por la Physicians for a National Health Program, una organización nacional que representa a más de 6 000 clínicos. ¹³⁴

El informe representaba una alternativa al proyecto de reforma del sistema de salud presentado por el Presidente de los Estados Unidos, en ese momento B. Clinton. En dicho documento se colocaba como centro del debate lograr un sistema de salud de alta calidad, definida esta como aquel en que los pacientes no sean tratados de forma diferente debido a su empleo, estatus financiero o fuente de pago. Uno de los puntos más valiosos era lo que los autores consideraban eran los problemas de calidad en salud, que se debían seguir de cerca en ese país. Veamos:

- 1. Negación de asistencia.
- 2. Discriminación.
- 3. Disparidades.
- 4. Mala distribución geográfica.
- 5. Falta de continuidad.
- 6. Carencia de atención primaria.
- 7. Cuidados prenatales inadecuados o carentes.
- 8. Fallas en suministrar una prevención beneficiosa.
- 9. Proveedores incompetentes.
- 10. Descenso en la satisfacción de pacientes.
- 11. Atención impersonalizada.
- 12. Iatrogénesis.
- 13. Errores de diagnóstico.
- 14. Procedimientos e intervenciones innecesarias.
- 15. Prescripción y uso no óptimos de medicamentos.
- 16.Descuidos de los aspectos sociales y de calidad de vida.

Lo anterior no quiere decir que el sistema norteamericano de salud sea un desastre, ni tampoco que sea el más perfecto del mundo. De lo que se trata es de apreciar el alcance que el concepto de calidad tiene, incluso para profesionales de la salud que disfrutan de condiciones de las que carecen muchos países del mundo.

La conclusión que puede sacarse es la de que el rango de problemas de calidad es suficientemente amplio y variado, como para saber que no hay un método único

y maravilloso para hacer determinar la calidad de la asistencia medica o de un sistema de salud, y que es necesario crear tantos de ellos como sean necesarios para lograrlo.

LAS DIMENSIONES Y LOS ENFOQUES DE LA CALIDAD EN LA SALUD

Como se ha visto, la calidad en salud tiene las mismas complejidades y alcance del propio proceso de producir salud, distribuirla de una manera justa y equitativa y de cómo la sociedad se organiza para hacerlo. Existen numerosos puntos de vista de cómo abordar tal complejidad y sobre todo para intentar "medir" dicha calidad, pero no todas se han generalizado suficientemente ni siquiera unas eliminan a las otras. A continuación se presentan tres de esos puntos de vistas, pero sin pretender agotar el tema. Estos son:

- 1. Las dimensiones de la calidad en salud
- 2. El enfoque hacia áreas de problemas
- 3. El enfoque orientado al proceso de control

LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD EN SALUD

El distinguido profesor de la Universidad de Michigan, Dr. Avedis Donabedian (1919-2000), formuló hace más de 40 años las nuevas bases sobre las cuales debía analizarse y comprenderse la calidad en el campo de la salud. Él las identificó como las dimensiones de la calidad en la asistencia médica y tanto la denominación como su contenido han permanecido vigentes hasta nuestros días, aunque este último se ha ido desarrollando con la propia práctica social. Estas son:

- 1. Estructura. Se refiere a los recursos humanos, materiales, organizativos, medio ambientales, geográficos y legales, con los que se cuenta para hacer la asistencia médica. Su medición expresa la capacidad del sistema para producir y distribuir los servicios de salud. Para muchos, es una expresión importante de la calidad, pero en realidad es simplemente una muestra del potencial de la institución para proveer salud, sólo eso.
 - La estructura se mide por parámetros tales como personal y su calificación, camas disponibles, medios diagnósticos, procedimientos, certificación y acreditación, transporte, edificios, equipos, redes informáticas, sistemas gerenciales, etc.

2. Procesos. Recientemente se identifican como desempeño. Incluye el conjunto de acciones que permiten convertir la estructura en resultados y por tanto tienen la capacidad de incorporar valor al servicio, o sea está en relación directa con el diagnóstico, el manejo de las enfermedades, la prevención y la rehabilitación. La forma más fácil de comprenderla es asociarla con aquellas actividades clínicas, quirúrgicas, epidemiológicas, de vigilancia, de control de riesgos, administrativas, organizativas o financieras en las que se ponen en práctica las acciones sanitarias.

La medición de los procesos es la más complicada de las tres dimensiones, pero es al mismo tiempo la que mejor expresa la calidad en salud. Emplea parámetros como los siguientes: tiempo de espera, empleo del método clínico, ¹³⁵ oportunidad y precisión de los diagnósticos, manejo de medicamentos, pertinencia de las terapias, complicaciones, visitas, confidencialidad, relaciones interpersonales, coordinación de la asistencia entre los diferentes servicios, empleo de análisis complementarios, flujo de operaciones, empoderamiento de pacientes y familiares, y otros.

3. Resultados. Tiene que ver con las salidas, expresadas generalmente en datos cuantitativos y cualitativos que muestran el estado de la salud de los individuos y de la sociedad, su calidad de vida e incluso los criterios de aquellos acerca de su propia situación de salud. Obtener resultados es el objetivo central del sistema de salud, pero presenta entre sus inconvenientes no mostrar problemas de calidad presentes durante los procesos asistenciales, reflejar sólo hechos consumados, no identificar suficientemente los componentes de lo que informa y dejar relegados detalles importantes, sobre todo en térmi-nos clínicos, al adoptar una expresión final estadística. Algunos expertos sugieren que sería más significativo mediar el avance que un resultado puntual determinado.

La medición de los resultados emplea parámetros como los siguientes, morbilidad, mortalidad, condiciones de vida, satisfacción de los pacientes en relación con sus expectativas, calidad de vida, cobertura, información de pacientes acerca de su salud, impacto, efectividad, eficiencia, limitaciones y discapacidades para determinadas actividades, y otros.

Las dimensiones de la calidad desempeñan un papel importante en la evaluación de la calidad en salud, sin embargo uno de los problemas principales para una interpretación más acertada de lo que está sucediendo es lograr no sólo analizar cada una de ellas en un escenario dado, sino poder entender su interrelación y en qué medida, por ejemplo, un buen resultado está asociado a procesos correctos, o una excelente estructura ha desencadenado o no procesos y resultados de alta calidad. Hasta ahora, parece no haber evidencia de que la excelencia en una dimensión implique lo mismo en las restantes.

EL ENFOQUE HACIA ÁREAS DE PROBLEMAS

Otros especialistas abordan la calidad en salud, teniendo en cuenta los principales problemas que puedan caracterizar el mal trabajo en ese campo, muchos de ellos vinculados al empleo de los recursos, pero sin que su esencia se refiera a lo económico sino más bien a lo clínico. Una de las caracterizaciones más generalizadas es la propuesta por Mark. R. Chassin¹³⁶ del Departamento de políticas de salud de la Escuela de Medicina Monte Sinai de New York, el cual sugiere tres categorías de problemas que requieren atención.

- 1. Utilización excesiva de recursos (atención innecesaria).
- 2. No utilización de los recursos necesarios (atención incompleta o defectuosa).
- 3. Mal manejo de los recursos (deficiencias en aspectos técnicos o interpersonales).

Utilización excesiva de recursos. Se refiere al empleo, mas allá de lo necesario, de medicamentos, análisis de laboratorio, radiografías, intervenciones quirúrgicas, ultrasonidos, tomografías y otros, con el consiguiente riesgo y pérdida de tiempo y recursos por parte de los pacientes y aumento de los costos del servicio (y casi siempre de los ingresos en el caso de instituciones privadas).

El. Dr. Cs. Miguel A Moreno Rodriguez, Profesor consultante de medicina del Hospital Militar Carlos J. Finlay, ha hecho un estudio amplio sobre este problema y señala 25 probables causas de su manifestación. Añade que incluso nuestros hospitales no escapan de esta tendencia. "En una investigación no concluida que se lleva a cabo en mi hospital, de 945 análisis de todo tipo realizados a 49 pacientes (un promedio de 17 análisis por enfermo hospitalizado), aproximadamente el 25 % se consideraron innecesarios". 137

Crear y aplicar los instrumentos para medir el empleo innecesario de recursos puede ofrecer elementos significativos acerca de la calidad en salud, el aprovechamiento de aquellos y el hallazgo de fuentes de ahorros que pueden ser destinados a otros servicios necesarios.

No utilización de los recursos necesarios. Se refiere a la no prestación de asistencia médica necesaria, efectiva y apropiada a aquellos pacientes que lo requieren. Es todo lo contrario de la utilización excesiva y sin lugar a dudas es mucho más nociva para el paciente. "Por ejemplo, chequeos y servicios preventivos tales como mamografías y vacunación no están tan extendidos como muchos expertos consideran y muchas condiciones tratables, incluidas la depresión, no son a menudo diagnosticadas. Incluso individuos con seguro médico enfrentan barreras geográficas, culturales, organizativas o de otro tipo que limitan sus posibilidades para buscar y recibir la atención. Otros no tienen acceso a servicios adecuados preventivos,

de diagnóstico o terapéutica debido a que no tienen seguro médico, no siguen la la terapia recomendada o pierden mucho tiempo en buscar la atención médica". ¹³⁸

Muchas causas aparecen como determinantes de esta situación. Entre ellas, una política errónea o mal intencionada de reducción de costos, carencias e insuficiencias reales del sistema de salud justificadas o no, desconocimiento o desactualización del personal médico acerca del tratamiento adecuado o errores en el diagnóstico.

Lo más notable de esta categoría de problemas es que afecta generalmente a grupos sociales y en muchas ocasiones a poblaciones enteras. y es una expresión del lado más injusto y menos ético de muchos de los sistemas de salud en el mundo. De aquí que sea tan importante organizar la información de salud no sólo por los grandes totales, sino particularmente en términos de los diferentes grupos que forman la sociedad de manera de hacer más evidente las diferencias.

Mal manejo de los recusos. Tiene que ver fundamentalmente con las malas prácticas debido a conocimientos insuficientes, decisiones erróneas o fallas en la relación médico-paciente.

Puede ser la administración del medicamento incorrecto, la dosificación inadecuada del medicamento correcto, o no tener en cuenta las patologías concomitantes en el paciente concreto. Otra expresión bastante común tiene que ver con errores graves durante las intervenciones quirúrgicas donde la lista de acciones incorrectas son la comidilla de la prensa sensacionalista y la atracción de abogados en busca de jugosos honorarios por ganar pleitos sobre malas prácticas.

Muchas situaciones se originan en diagnósticos erróneos que conducen a tratamientos acertados para patologías distintas a las que tiene el paciente con el consiguiente daño a este. Finalmente y no menos importante aparece la no suficiente información al paciente con lo cual éste no está preparado para hacer el tratamiento correcto en el momento correcto o para prevenirse de complicaciones que pueden ser evitadas. Este es el caso de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias que ocupan un espacio importante en los procedimientos contemporáneos, pero que en muchas ocasiones no se acompañan de instrucciones y orientaciones suficientes para los pacientes y sus familiares, o la viola-ciones de los procederes éticos cuando el médico hace pasar a los pacientes de dos en dos para ir supuestamente más rápido.

EL ENFOQUE ORIENTADO AL PROCESO DEL CONTROL

Ese enfoque, posiblemente el más empleado en la práctica, sigue un esquema proveniente del proceso del control, o sea: plan o normas, evaluación, acción, efecto, retroalimentación y comienzo de nuevo del ciclo. De hecho este enfoque permite utilizar todos los demás pues es el más general de los empleados.

En términos de garantía de calidad, el proceso de control se identifica con dos direcciones básicas que simplifica el esquema y al mismo tiempo expresan su interrelación e influencia recíproca. Se denominan: evaluación de la calidad en salud y mejora continua de la calidad en salud. A continuación una breve descripción de cada una, que será ampliada en los incisos que aparecen después.

- Evaluación de la calidad en salud. Consiste en el examen de la estructura, los procesos y los resultados de la asistencia médica con vista a identificar deficiencias, establecer las causas y tener una apreciación de los niveles de calidad que ha alcanzado. Es el componente más desarrollado, dado que durante mucho tiempo se pensaba que la evaluación producía calidad, lo cual no es cierto, pues su otro componente es el que desencadena las acciones para resolver los problemas que la evaluación determina.
- Mejora de la calidad en salud. Esta formada por todas las acciones encaminadas a resolver las deficiencias encontradas durante la evaluación, estimular las iniciativas de mejoras y ponerlas en práctica, mantener sistemáticamente metas superiores a alcanzar y trabajar en función de ello. Uno de sus puntos de partida es la evaluación anteriormente mencionada, la cual es también el modo de verificar si las rectificaciones y las mejoras se han hecho realidad.

LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD. TÉCNICAS, EN-FOQUES, LIMITACIONES

¿SE PUEDE EVALUAR LA CALIDAD EN SALUD?

Por muchos años prevaleció el concepto de que la calidad en salud no podía ser evaluada. El autor considera que en este criterio no sólo estaban presentes viejos paradigmas acerca de la salud, de la medicina y de su ejercicio, sino que también se producía un rechazo lógico y natural a esquemas evaluativos, que podían funcionar bien al tratarse de la producción material o del comercio, pero que tenían poco que ver con la asistencia médica.

Usted puede calificar una fábrica como de alta calidad al considerar que tiene sólo un 0.5 % de rechazo en su línea de producción y que su demanda crece anualmente, debido a la capacidad que tiene para satisfacer las expectativas crecientes de sus clientes. Trate ahora de encontrar una forma tan simple e integral de evaluar el desempeño de la atención primaria en un municipio y verá que no es posible.

"No existe una medida de oro, estándar y única, de la calidad en salud; su evaluación requiere perspectivas múltiples. Hay que evaluar tanto la atención a la

población en su totalidad como la de los pacientes individuales ya que muchos aspectos críticos de la calidad pueden afectar a individuos que no tienen acceso a los servicios médicos. Es necesario incorporar los puntos de vista de los pacientes, sus familiares y la comunidad. Por otra parte no puede limitarse a la asistencia médica pues debe incluir servicios relacionados tales como los de enfermería, los de carácter social y los educativos. Para juzgar la calidad, necesitamos un marco de tiempo largo que nos permita examinar no sólo el impacto en el largo plazo sino también los cambios que se producen en lo que es considerada buena asistencia médica. Finalmente, la calidad debe ser juzgada en el contexto de los costos, debido a que cuando una asistencia médica buena es provista a menores costos que otra igual, se dispone de más recursos para otros servicios". 139

Lo cierto es que el debate acerca de la posibilidad de que la salud sea evaluada o que incluso sea necesario hacerlo, parece no acabar aunque sin lugar a dudas en los últimos años se aprecia un avance considerable en este aspecto. Nótese que, como ya se comentó anteriormente, todavía en la década de los ochenta los médicos europeos estaban seguros de que brindaban servicios uniformes y de alta calidad, hasta que alguien descubrió que para "los mismos diagnósticos hubiera una variabilidad de hasta cuatro veces más en la mortalidad infantil, de dos veces más en el tiempo de estancia, de seis veces más en el uso de antibióticos y de diez veces más en la indicación de estudios radiológicos". 140 Aquí empezaron las iniciativas.

En la actualidad, aunque la polémica, en cierto modo continua, el convencimiento de que la calidad no sólo pueda ser evaluada, sino que además es imprescindible hacerlo, ha pasado a planos protagónicos.

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN PARA GARANTÍA DE CALIDAD EN SALUD

Las estrategias de evaluación para garantía de calidad en salud comprenden las técnicas, métodos y procedimientos orientados a determinar con la mayor precisión posible, los problemas de calidad en el servicio y establecer sus causas. Como ya se señaló, la evaluación es el componente más desarrollado, pero esto más que una cualidad es una deficiencia pues tanto la evaluación como la mejora contínua debiera tener igual nivel de avance y consolidación.

Es conveniente fijar algunas ideas básicas en cuanto a los rasgos, características y limitaciones de la evaluación de la calidad en salud:

1. La evaluación de la calidad en salud es un punto de partida esencial para conducir un sistema hacia la garantía de calidad, pero es insuficiente para lograrla, pues depende de qué acciones se tomen en relación con sus resultados.

- 2. El papel principal de la evaluación de la calidad en salud es dotar al subsiguiente proceso de mejora continua de todos los elementos necesarios para organizar, orientar y ejecutar dicho proceso. Esto incluye la retroalimentación acerca del resultado obtenido mediante dichas acciones.
- 3. Su objetivo no es hallar culpables, aplicar castigos o hacer caer en desgracia a alguien no bien visto, sino crear las oportunidades para que el sistema de salud pueda ser mejorado sistemáticamente.
- 4. Tiene un carácter intersectorial, multiniveles y socialmente determinado.
- 5. Se debe adecuar al objeto de evaluación y a las circunstancias en que tal acción se lleva a cabo.
- 6. Tiene que ver con todas las dimensiones del sistema de salud y con los diferentes enfoques que convenga utilizar para evaluarlas.

Las acciones de evaluación pueden provenir desde dentro de la organización o fuera de ella. A continuación una breve caracterización de algunas de ellas, sobre todo las que mayor generalización han alcanzado internacionalmente.

EMPLEO DE BASES O ESTÁNDARES PARA GUIAR LA EVALUACIÓN

Toda evaluación correctamente concebida tiene que partir de un elemento contra el que se pueda comparar, si lo que está sucediendo es o no lo que debiera suceder. Comprende desde conceptos bien definidos en términos cuantitativos o cualitativos, hasta lo que se puede considerar como "mínimos aceptables", o sea rangos o descripciones que dan sólo una idea de lo que se puede admitir como adecuado.

Por ejemplo, cuando se define que el 95 % de los pacientes deben ser atendidos a la hora en que fueron citados, o cuando más, diez minutos después, se está estableciendo un estándar.

Este es un concepto fundamental en todo proceso de control y se ha tenido en cuenta históricamente, en el trabajo de evaluación de la calidad en salud. Algunos de ellos son:

- Los indicadores de salud
- 2. Los criterios de asistencia médica
- 3. Las guías de práctica clínica
- 4. Las trayectorias clínicas

Los indicadores de salud

Constituyen una herramienta importante para evaluar determinados aspectos de la calidad de los servicios de salud. Representan "una característica de un individuo, población o entorno susceptible de medición (directa o indirectamente) y que puede utilizarse para describir uno o más aspectos de la salud de un individuo o población (calidad, cantidad y tiempo) [...] se pueden utilizar para definir problemas de salud en un momento concreto, para medir los cambios temporales en el nivel de salud de una población o individuo, para definir las diferencias en la salud de las poblaciónes y para medir en que medida se están alcanzando los objetivos de un programa". 141

Se expresan generalmente como una relación numérica entre un número dado de sucesos (numerador) y un universo definido (denominador), o sea constituyen un índice. El numerador es el número de pacientes a los que le ocurre el suceso (pacientes no recuperados de un paro cardíaco en el sistema de emergencias, por ejemplo) y el denominador es el número de pacientes que tienen la condición, la patología y el procedimiento aplicado (pacientes atendidos en el sistema de emergencias por paro cardíaco, por ejemplo).

No siempre los indicadores se expresan en términos de índices. Algunos eventos son tan graves, que no requieren de denominador, pues la presencia de uno solo ya es relevante, por ejemplo, muerte materna o rabia en seres humanos. En otros casos, reflejan aspectos a ser revisados, por ejemplo, datos completos del paciente en su historia clínica, puntualidad del médico de familia o cantidad de lotes de medicamentos vencidos durante el año.

Los indicadores asumen un doble papel. Por una parte, pueden ser utilizados como metas a alcanzar en relación con un programa o a un tipo de intervención y en este sentido actúan como una norma o estándar. Por la otra, desde el punto de vista operacional, reflejan lo que ha sucedido y por tanto dan una medida de hasta que punto tal norma o estándar ha sido alcanzado.

En ningún caso los indicadores son una medida directa de la calidad, simplemente sirven para llamar la atención sobre situaciones, procedimientos o eventos que demandan decisiones y acciones por parte de las autoridades competentes.

Los criterios de asistencia médica

El criterio es una de las formas que adoptan los estándares a emplear en la evaluación de la calidad en salud. Es una expresión de lo que se considera el modo aceptable, adecuado o mejor posible, de ejecutar determinado proceso durante la asistencia, de manera que sirva de guía para la actividad y al mismo tiempo de punto

de referencia para la evaluación. Por ejemplo, un criterio a emplear en asistencia ambulatoria pudiera ser: el paciente con resultados positivos de infección urinaria debe ser visitado dentro de las cuatro semanas después del análisis positivo.

El Manual de auditoría clínica, de La Agence Nationale de Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) de Francia, incluye una guía explicatoria de este concepto, muy bien elaborada. Se muestra en la table VIII.1.142

Tabla VIII.1

	GUÍA
Criterio	Un criterio es una indicación o expresión aceptada mayoritariamente, capaz de portar un juicio válido sobre la conformidad de la práctica médica evaluada. Está compuesto de un título, uno o más elementos medibles, un valor a alcanzar y una indicación acerca de cómo capturar los datos.
Título del criterio	Ejemplo: La identidad de la persona está registrada en la historia clínica - Si - No
Elementos medibles o indicadores	Este criterio incluye: - Nombre - Lazos de parentesco - Número de teléfono - Dirección de su domicilio
Valor que debe alcanzar	Esperado en el 100 % de los casos
Instrucciones	Contestar SI cuando los cuatro elementos estén presentes Contestar NO si falta aunque sea uno sólo de ellos

El criterio puede adoptar numerosas:

1. Implícitos. No están escritos y generalmente se expresan por el juicio crítico del profesional que está valorando la calidad de la asistencia o por el acuerdo consensuado del grupo que está haciendo dicho trabajo. Tienen como ventaja su gran flexibilidad y posibilidad de adecuación a la situación concreta, pero requiere emplear médicos de experiencia para realizar la evaluación. Por otra parte, pueden presentar dificultades al momento de hacer la agregación de los resultados encontrados.

- 2. Explícitos. Están expresados por escrito. Se construyen utilizando patrones generalmente aceptados, adaptando al contexto propio los originados en otros países o instituciones, mediante el trabajo en equipo de profesionales de la salud o utilizando como fuente buenas prácticas provenientes de revisiones sistemáticas o de investigaciones de confianza. Tienen la ventaja de que la evaluación puede ser realizada incluso por personal no médico, debidamente entrenado, y que la agregación de la información se facilita notablemente, pero es cierto también que muchos profesionales tienden a rechazarlos por considerar que limitan su propio juicio crítico.
- 3. Básicos. Definen sólo los mínimos esenciales, dejando el detalle de la acción a seguir a juicio del médico que presta la asistencia. Por ejemplo, definir que para determinada patología se debe indicar antinflamatorio, pero sin especificar tipo, dosis o frecuencia.
- 4. Específicos. Son aquellos explícitos que llegan hasta el nivel de detalle en cuanto al procedimiento a seguir. Dentro de los explícitos, constituye el que presenta el mayor índice de rechazo por parte de los médicos.
- 5. Secuencial. También conocido como criterio *mapping*. De hecho es una combinación de diferentes criterios aplicables a un grupo de pacientes con determinada patología o característica similar. Se estructuran de manera tal que las decisiones clínicas involucradas en la secuencia, están en función de las descripciones específicas de pacientes concretos, o sea en determinados puntos aparecen preguntas, por ejemplo, ¿padece de hipertensión?, y en función de la respuesta la secuencia sigue una dirección u otra.

Para considerar un criterio como aceptable para su aplicación práctica, es necesario que posea ciertas características básicas. Estas son:

- 1. Válido. Capaz de medir el evento, intervención o proceso que se desea evaluar. Por ejemplo, la frecuencia del ritmo cardíaco no es apta para medir la hipertensión.
- 2. Cuantificable. Que su medición se pueda expresar de modo concreto, por ejemplo: numérica (mg), en rangos (entre dos y cinco años de edad), en mínimos o máximos (no más de tres veces al día), en alternativa binaria (si o no, presente, ausente), en términos cualitativos (nunca, a veces, casi siempre, siempre).
- Específico. Que sea relativa a la actividad médica que está siendo objeto de evaluación, por ejemplo, el nivel de glicemia en la atención al paciente diabético (g).
- Normable. Que admita un estándar o norma que especifique cuándo el evento, intervención o proceso evaluado puede considerarse aceptable de acuerdo con el criterio. Por ejemplo: a todo niño menor de dos años, con enfermedad aguda de vías respiratorias superiores, debe serle indicado por el pediatra la realización

de una otoscopia; es un criterio normable en tres direcciones: las dos primeras se refieren a las propias condiciones, o sea edad y síntomas; la tercera, suponiendo que las otras dos se cumplan, se puede normar utilizando una expresión binaria: indicado, no indicado.

Las guías de práctica clínica (clinical practice guidelines)

Están formadas por un grupo de recomendaciones, orientaciones o propuestas, que han sido desarrolladas a partir de la experiencia y el talento de los profesionales de salud y sobre todo más recientemente en la llamada medicina basada en la evidencia. A partir de una estructura lógica y debidamente fundamentada, se presenta un conjunto de informaciones que ayudan al médico y al paciente a decidir la vía diagnóstica o terapéutica más apropiada a aplicar en determinadas circunstancias. Siempre se refieren a aspectos puntuales de la asistencia médica, por ejemplo, dolor de espalda, síndrome ulceroso, estreñimiento, hipertensión arterial, otitis media, conjuntivitis bacteriana, vacunación u otros.

"Las guías de práctica clínica no son en realidad una herramienta nueva. Las reglas, los procedimientos, las maneras de actuar, muchas veces implícitas, no escritas, a veces explícitas, existen desde hace mucho tiempo, y son utilizadas en medicina, tanto en la práctica hospitalaria como en la actividad ambulatoria. Tales "recomendaciones", o "reglas y costumbres", se pueden encontrar, por ejemplo, en los pequeños cuadernillos de notas que llevan en el bolsillo de su bata los numerosos médicos en formación". 144

Lo nuevo en las guías de práctica clínica se refiere al manejo acertado de la evidencia científica y clínica, a su capacidad para mostrar diferentes caminos de acción en función de las circunstancias que aparezcan, al enfoque participativo y multidisciplinario que se emplea para su construcción, a la posibilidad de ser actualizadas en la medida que nuevas evidencias o conocimientos científicos aparezcan y a su forma particular de documentarse, con la cual se facilita significativamente su interpretación y aplicación. Las tecnologías de la información y las comunicaciones, y su expresión particular en la informática médica han aportado nuevos elementos de acceso rápido y actualizado, interactividad entre el profesional de la salud, y la información y enlace a otros sitios donde poder ampliar la información.

No hay una estructura uniforme para las guías. De hecho, las hay desde las muy sintéticas y tal vez insuficientes, hasta las que alcanzan alto nivel de precisión y detalle. En lo esencial, todas deben tener un título, el antecedente que las justifica, la descripción del proceso a seguir ya sea en forma textual, gráfica o en ambas, el nombre y calificación de sus autores, la bibliografía y la información complementaria. En Internet aparecen numerosos sitios con guías de práctica clínica y con enla-

ces a otros sitios que también las tienen. Uno de los más consultados en idioma español es Fisterra.com. 145

A manera de ejemplo, vamos a referirnos a una guía sobre manejo de la otitis aguda media en la infancia, 146 que fue diseñada utilizando el enfoque de medicina basada en la evidencia. Pertenece al grupo de las muy completas y por tanto permite ser utilizada como referencia. Participaron en su confección 17 especialistas entre los que se encontraban pediatras, otorrinolaringólogos, asesores metodológicos, enfermeras y documentalistas provenientes de centros de salud, hospitales, ambulatorios (policlínicos) y consultorios de familia. Su revisión externa fue encargada a un equipo de otros tres. Más adelante, en la Fig. VIII.1, se muestra uno de sus algoritmos. Sus principales características son las siguientes:

- Comprende factores de riesgo, prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- 2. Se explica todo el proceso seguido para llegar al resultado final y esto incluye elementos claves tales como: la estructura del grupo de desarrollo, identificación, evaluación y síntesis de la evidencia, áreas sin evidencia, jerarquía de la evidencia, fuerza de las recomendaciones y bibliografía.
- 3. Incluye dos enfoques: uno rápido que permite familiarizarse con lo esencial sin tener que leer todo el contenido y es suficiente para la actuación. Otro detallado, que abarca todos los elementos de interés y complementarios.
- 4. El proceso a seguir de la guía se presenta siguiendo dos estructuras, una textual y otra en forma de algoritmo. En la figura VIII.1 de este capítulo se muestra el algoritmo correspondiente a diagnóstico de la otitis aguda media.
- 5. Es de acceso libre y gratuito, y se autoriza su reproducción siempre que se mencione explícitamente la fuente.
- 6. Se adicionan recomendaciones clínicas con respecto a la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- 7. Tiene previstas actualizaciones periódicas, salvo que cambios sustanciales en la evidencia promuevan anticipar la actualización.

Por su estructura y contenido, las guías de práctica clínica representan una contribución importante a la mejora de la calidad del trabajo asistencial y constituyen al mismo tiempo una de las bases o estándares que pueden ser empleados para hacer la evaluación del servicio. Estamos hablando, por supuesto, de guías bien hechas.

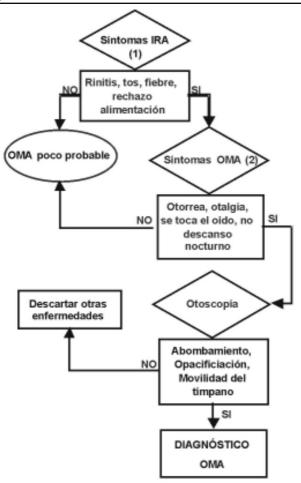


Fig. VIII.1 Ejemplo del algoritmo de diagnóstico de la guía para el manejo de la otitis aguda media en la infancia.

Las trayectorias clínicas (integrated care pathways)

"Las trayectorias clínicas planifican la atención sanitaria dirigida a un grupo de pacientes con una condición clínica bien definida y con un curso predecible, definiendo el conjunto de las actividades e intervenciones asistenciales a realizar y ordenándolas de forma secuencial en el tiempo". 148

"Las trayectorias clínicas facilitan la continuidad de la atención a través de los diferentes departamentos clínicos identificando posibles baches y esclareciendo tareas y responsabilidades. Es un enfoque multidisciplinario e interdepartamental para el manejo de los pacientes". 149

A diferencia de las guías de práctica clínica que manejan situaciones específicas, las trayectorias clínicas se refieren a problemas de mayor complejidad y extensión, donde es necesario describir la secuencia de episodios de atención que se relacionan con el paciente y su patología durante su tránsito por diferentes servicios y por distintos profesionales. Cubren desde que el paciente es ingresado hasta que es dado de alta, e incluye su seguimiento posterior en la atención primaria.

Si examinamos las experiencias internacionales en el uso de esta tecnología, podemos apreciar su empleo en situaciones como las siguientes: infarto agudo del miocardio, histerectomía, colecistitis aguda, prótesis de cadera, donación de órganos o peritonitis, todos los cuales ratifican el carácter multidisciplinario e interdepartamental a que se refiere.

Las trayectorias clínicas presentan numerosas ventajas potenciales, entre las que se pudieran mencionar: reducir la improvisación en las actuaciones, facilitar el aprendizaje, actuar mejor y más oportuno en situaciones de emergencia, disminuir la variabilidad clínica no justificada y reducir riesgos, estadías y costos. Dado que el paciente tiene acceso a su trayectoria, se siente mejor informado y puede involucrarse con más facilidad en su proceso curativo. Representa, además, una contribución positiva al viejo problema asistencial del tránsito de un mismo paciente por varios servicios.

Desde el punto de vista de la evaluación de la calidad en salud, aportan un nivel superior de estándares contra los cuales medir y calificar los procesos asistenciales, sobre todo cuando se emplean las auditorias médicas.

Las trayectorias clínicas no constituyen un esquema rígido de trabajo, sino que admiten durante su aplicación, variaciones aportadas por el personal asistente y que estén justificadas por características específicas del paciente o de su evolución. Tales variaciones se registran y valoran, tanto para medir la calidad de los procesos seguidos, como para determinar si es necesario hacer cambios en la trayectoria. Además, están en constante actualización, producto de los avances sistemáticos de la ciencia y la técnica, o de nuevas evidencias aportadas por la propia práctica médica y la investigación.

ACREDITACIÓN

Es una evaluación típicamente externa destinada a determinar si la institución objeto del estudio, cumple con determinados estándares considerados imprescindibles desde el punto de vista del servicio. Una anécdota, muchas veces repetida dice que en 1918, en Estados Unidos de Norteamérica, a partir de los principios establecidos por el Dr. E. A. Godman, se procedió por primera vez a la acredita-

ción de 692 hospitales, de los cuales solamente aprobaron 90. Este parece ser el antecedente más antiguo que se conoce de esta práctica.

Originalmente la acreditación se refería sólo a hospitales. En la actualidad se aplica a cualquier centro de salud o agrupación de estos, sea este un policlínico o ambulatorio, un hogar de ancianos, una red de hospitales, un laboratorio clínico o un banco de sangre. Incluye igualmente a las instituciones docentes de formación de médicos y enfermeras¹⁵² y se extiende incluso a casos especiales como pueden ser, por ejemplo, los comités de ética de los hospitales¹⁵³ o las instituciones que determinan la idoneidad de médicos en ejercicio. El principio siempre es el mismo, o sea evaluar contra estándares y aprobar, posponer o denegar la acreditación.

La entidad que ejecuta la acreditación varía mucho y adopta diferentes formas organizativas. En la mayor parte de los países una institución única realiza la tarea de acreditación de centros de servicios médicos. Este es el caso por ejemplo de países tan diferentes como Cuba, Colombia, México o Francia. El ejemplo extremo es Estados Unidos de Norteamérica donde en el año 2000 pasaban de 14 las instituciones acreditadoras, aunque sólo tres de ellas concentraban el peso mayor. ¹⁵⁴ En tendencia la institución que acredita las facultades y escuelas de medicina es distinta a la que hace ese mismo trabajo con respecto a las instituciones prestadoras del servicio.

A pesar de que en casi todos los países, la institución encargada de la acreditación es autónoma, su financiamiento o la organización que la crea y apoya puede ser muy diferente. En los casos en que el organismo es estatal puede estar adscrito directamente al gobierno, a un ministerio o secretaría de salud o a una entidad que además se ocupa de otros aspectos relacionados con la calidad en salud, siendo el caso más significativo la Agence Nationale d´Accréditation et d´Evaluation en Santé (ANAES), creada en 1996 por el gobierno francés y que cubre en un sola entidad: evaluación en salud en términos generales, acreditación, evaluación de tecnologías, evaluación de la práctica médica, programas y políticas de salud, evaluación económica en salud y programas de mejora de la calidad en salud, lo cual parece tener bastante lógica. ¹⁵⁵

Aparecen también numerosos casos en que el organismo de acreditación surge como una iniciativa de una asociación o grupo de asociaciones de profesionales médicos, e incluso como un negocio que presta servicio a empleadores y a organizaciones de pacientes.

No siempre la acreditación es obligatoria. Por ejemplo, en España y Estados Unidos de Norteamérica, es voluntaria mientras que en Cuba es obligatoria. Lo real es que incluso en países donde es voluntaria, no acreditarse puede resultar preocupante para pacientes y empleadores, además de que la institución no aparece entonces en ninguno de las clasificaciones que los organismos acreditadores acostumbran a publicar.

No hay porque considerar la acreditación como sinónimo de alta calidad en salud. La medida en que el proceso de acreditación coincide con el nivel de la institución encuestada, depende en primer lugar de los estándares tomados en cuenta y de cómo se realiza el estudio. Si el punto de partida se centra en la estructura, en la legislación o en los resultados financieros, pueden demostrarse diferencias significativas entre el desempeño clínico y lo que muestra el estudio; mientras que aquellos que parten de considerar estándares de desempeño de resultados clínicos y niveles de satisfacción de pacientes, son capaces de acercarse mucho más a la realidad. Nótese que utilizamos el término acercarse.

La acreditación es sólo un componente de las estrategias de evaluación de la calidad en salud. Tiene poco valor por si sola tanto si no se complementa con otros componentes, como si sus resultados no forman parte de acciones consecuentes para mejorar continuamente la calidad.

AUDITORÍA MEDICA

Como ya se ha comentado anteriormente en este libro, numerosos estudios en diferentes partes del mundo reportan notable variación en decisiones acerca de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o costo efectividad para iguales problemas de salud, lo que hace suponer que algunas de estas intervenciones no son correctas, y por tanto reflejan problemas en la calidad de la atención médica.

Se considera que el empleo de normas y estándares, como criterios clínicos, guías de práctica clínica o trayectorias clínicas, entre otras, puedan ayudar de forma significativa a reducir tales diferencias, lo que permitiría incrementar el número de intervenciones que se orientan a las llamadas mejores prácticas. Las auditorías médicas forman parte de estas iniciativas, pero más bien en el terreno de comprobar en qué medida la práctica médica se corresponde con dichos estándares. En la actualidad son uno de los procedimientos más generalizados para la evaluación de la calidad de la práctica profesional en salud.

La conveniencia de efectuar una auditoría médica se origina de muy diversas formas. Puede ser el resultado de un trabajo de interacción con los propios prestadores, con los pacientes o con ambos, donde se pusieron de manifiesto determinados problemas relacionados con el servicio. También puede estar motivado por el crecimiento en corto plazo de determinados eventos indeseables, por ejemplo infecciones intrahospitalarias o complicaciones en pacientes tratados con antibióticos.

Otro origen pueden ser las diferencias en desempeño de un servicio con respecto a sus homólogos en otras instituciones de salud, puestos en evidencia al aplicar referenciación competitiva (benchmarking). Las quejas reiteradas de

pacientes, familiares y la comunidad, asociadas a aspectos del servicio tales como tiempo excesivo de espera, recaídas y complicaciones postoperatorias o errores en la actuación de los profesionales, puede también hacer pensar en aplicar una auditoria. Algunas auditorías pudieran estar planeadas para su aplicación sistemática en correspondencia con determinados programas o problemas reiterados de salud. Finalmente, los organismos superiores, los de vigilancia en salud e incluso los colegios profesionales pueden sugerir su aplicación.

En general, la necesidad de una auditoria médica surge debido a un problema de mal funcionamiento que existe, que lo conoce o no la institución, que ha sido detectado por ella misma o por terceros, o que se sospecha que puede estarse presentando. En cualquiera de los casos se necesita una confirmación o no, determinar sus causas y actuar posteriormente en su corrección.

La auditoria médica tiene generalmente un carácter retrospectivo y se orienta a problemas concretos acerca de los cuales se revisan las actuaciones y decisiones (recursos empleados, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, resultados, calidad de vida del paiente, etc.), asociadas a ese problema y se comparan contra estándares establecidos representados generalmente por criterios explícitos o implícitos. Su base de trabajo lo constituyen las historias clínicas, aunque no es de extrañar que ellas mismas sean objeto de una auditoría para verificar su conformidad con los procedimientos que regulan su preparación.

Para que una auditoría medica sea efectiva, es necesario que los especialistas actuantes tengan un nivel clínico, técnico y científico igual o superior al de los profesionales cuyas decisiones y actuaciones serán objeto de revisión. Es lo que se conoce como "revisión de pares", que se origina en el término ingles "peer review". Se entiende por pares, precisamente a las personas con plena capacidad para evaluar el problema objeto de estudio y dar un criterio acertado. De acuerdo con el tema de la auditoría, puede ser necesario la participación de otras personas con perfiles de otro tipo.

Otra cuestión clave consiste en desmitificar el carácter policiaco y a veces represivo con el que se asocia la auditoría médica. Es necesario concientizar al personal del servicio y de la institución, y a sus directivos que se trata de acciones encaminadas a mejorar la calidad y no a buscar víctimas. Otro enfoque de gran ayuda es hacer un empleo amplio de métodos participativos, y promover una preparación técnica y motivacional de los que directamente o indirectamente deberán colaborar en el trabajo.

Posiblemente, una forma sencilla de acercarse a una comprensión de las auditorías médicas sea mediante el análisis del proceso o las etapas que se siguen para llevarlas a cabo. No hay un esquema único o universalmente aceptado de tales etapas, pero las que mostraremos en la figura VIII.2 pudieran consi-

derarse suficientemente representativas para ser utilizadas como base de estudio.

Las etapas listadas siguen la lógica de los procesos de investigación científica, aunque adaptadas a la tecnología en la que van a ser aplicadas. El último óvalo "plan de mejoras y seguimiento", es el punto de enlace entre la evaluación de la calidad y la mejora contínua de la calidad. Vamos a hacer una breve caracterización de cada una.

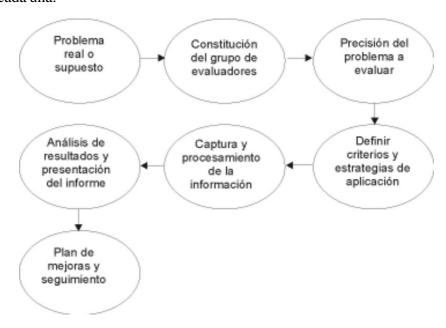


Fig. VIII.2. El proceso de la auditoría médica. Posibles estapas.

Existencia de un problema real o supuesto

Estrictamente hablando, esta no es una etapa sino más bien refleja una situación o estado de conciencia acerca de problemas reales o sospechados del servicio de salud que pudieran estar asociados a mal funcionamiento, desconocimiento, actitudes negativas, organización deficiente, falta de información o de dinero, pero que necesitan ser precisados con claridad, encontrar sus causas y resolverlos de ser posible.

No todos los problemas de salud demandan la realización de una auditoría médica, pues algunos pueden resolverse con medidas organizativas, como los relacionados con el extravío de las historias clínicas; otros pueden eliminarse o paliarse ampliando capacidades o tercerizando, como las largas listas de espera para intervenciones quirúrgicas electivas, y otros tienen que ver con situaciones claras, como

falta de financiamiento, necesidad de nuevas inversiones, carencia de personal suficiente o mal trabajo de otros sectores distintos al de salud.

Otros problemas son mucho más complejos, y sólo pueden ser analizados y explicados por personas con una calificación específica, tanto en el tema como en la metodología para realizar el tipo de investigación que en ese caso se demanda. Diferencias significativas entre distintas instituciones o regiones, en cuanto a los resultados del seguimiento a pacientes diabéticos, la recuperación de personas que sufren un infarto del miocardio, o sospechas de que se hace un empleo inadecuado de los antibióticos en el tratamiento de enfermedades de las vías respiratorias en niños, evidencian problemas que para su estudio se requieren calificaciones como la descrita. En este escenario es cuando empieza a pensarse en la necesidad de una auditoría médica y en la creación de un grupo que se ocupe de realizarla.

Constitución del grupo de evaluadores

La composición del grupo va a estar en dependencia del problema o del conjunto de problemas que potencialmente van a ser objeto del estudio. Hay que tener en cuenta que esta es una revisión por pares, y por tanto los médicos y especialistas deben tener igual o mayor experiencia y calificación que los que ejecutan el servicio o la intervención que será objeto del estudio. Se requiere además que estén familiarizados con los procedimientos de auditoría médica y con la práctica local. Ese es un primer asunto, pero no termina ahí.

Otras personas pueden ser importantes en la composición del grupo, siempre en relación con las características del problema y con sus implicaciones. Por citar algunos ejemplos, se pueden mencionar enfermeros, dietistas, anestesistas, psiquiatras, pacientes, familiares, asistentes sociales, secretarias de sala y de recepción, documentalistas, informáticos e incluso personal de mantenimiento.

El grupo se encargará de organizar conceptual y prácticamente todo el proceso a seguir, por lo que en los próximos pasos deberá definir con claridad y precisión el tema objeto de estudio, los criterios que se van a seguir para evaluar la práctica médica, el modo cómo se captarán, mediarán y analizarán los datos y preparar el informe final.

Finalmente, es recomendable que los miembros del grupo se familiaricen, en caso que no lo estén, con las técnicas de trabajo en equipo, y las de análisis y solución de problemas en grupo, pues esto facilitará su trabajo, lo conducirá con mayor naturalidad al consenso y los resultados tendrán mayor calidad.

Precisión del problema a evaluar

Hasta este punto el problema no está suficientemente definido en términos científicos. El hecho de que se hable de la poca efectividad de la vacunación contra el gripe a personas mayores de 60 años, o que se presenten "muchas" complicaciones de tipo infeccioso en el servicio de odontología, o que al "parecer" se está ordenando un número excesivo de exámenes complementarios, no constituye una base de trabajo bien formulada.

A esto se adiciona que en ocasiones, el grupo recibe para su estudio varios problemas, para que defina sobre cuál o cuáles va a trabajar tomando en cuenta determinados criterios de prioridad. En este caso deberá considerar elementos tales como su frecuencia, el riesgo que representan para el paciente, los recursos que consume, si es potencialmente modificable o no, ¹⁵⁶ qué nivel de presión se percibe por parte de pacientes, familiares o la comunidad, y si existen o pueden crearse criterios contra los cuales pueda compararse la práctica médica que se iría a evaluar.

En cualquier caso, es necesario llegar a acuerdo acerca de cuál es el problema real y específico sobre el que se va a trabajar, y formularlo tal como se hace con un problema científico, de manera que todos los que de una u otra forma estarán vinculados con el estudio, sepan y comprendan el objeto sobre el cual se va a trabajar. Una correcta formulación ayuda sensiblemente a determinar las vías y métodos que se van a utilizar para su solución. A continuación un ejemplo.

EJEMPLO DE FORMULACIÓN DEL TEMA DE LA AUDITORÍA 157

¿Se aplica correctamente nuestra prescripción de antibióticos para la prevención de complicaciones infecciosas de la atención buco dental a la población definida por la Conferencia de consenso acerca de la endocarditis?

Definición de criterios y estrategia de su aplicación

Durante esta etapa, el grupo procede a definir los criterios y normas o estándares que se van a emplear como referencia o punto de comparación contra la práctica médica específica que se va a evaluar. Posiblemente existan documentos de la propia institución, del gobierno o de las asociaciones profesionales que sirvan a ese propósito, tales como protocolos, guías de práctica clínica, trayectorias clínicas o informes de investigaciones.

En muchas ocasiones hay que hacer estudios críticos de la literatura científica, consultar bases de datos de revisiones sistemáticas e incluso construir los propios

criterios del caso, a partir de un proceso de consenso del grupo de trabajo y el acuerdo con los profesionales cuya actuación va a ser evaluada.

Este es un punto crítico del proceso de la auditoría médica. Según estudios realizados ¹⁵⁸ muchas auditorías fracasan por no utilizar métodos adecuados para seleccionar los criterios, o por no hacer una comprobación suficiente de si de verdad tales criterios constituyen una evidencia científica utilizable en el caso concreto.

Todo criterio aceptado debe estar asociado a una norma o estándar, aunque en la práctica, cuando se habla de criterios, no se distingue entre su definición y su norma. Por tanto, el grupo debe establecer con anterioridad a ejecutar la auditoria, cuáles niveles de la práctica médica se consideran aceptables desde el punto de vista de los criterios utilizados. Por ejemplo, una norma en atención primaria pudiera decir: "el 100 % de las historias clínicas de niños debe tener claramente expresado el calendario de vacunación que le corresponde a ese paciente y la fecha real de su aplicación".

Faltaría establecer el modo de comparar la práctica médica con los criterios que se han aceptado como punto de referencia. Una vía es construir preguntas del tipo binario, o sea aquellas cuyas únicas respuestas posibles son SI o NO. Por ejemplo, durante el proceso de aceptación de una persona para donar sangre, el cumplimiento de los criterios pudiera evaluarse de la forma siguiente:

Acciones previstas por el procedimiento

SI

NO

Verifica la identidad del donante contra su CI Comprueba si la edad está en el rango admisible Interroga al donante acerca de su ayuno Verifica si tiene la temperatura adecuada Verifica si su presión arterial es la admitida

Los criterios verificados en el procedimiento mencionado anteriormente, tienen que estar respaldados por normas o estándares que permitan evaluarlo realmente. Por ejemplo, la edad entre 18 y 59 años, su ayuno no mayor de doce horas, la temperatura corporal entre 35 y 37°C, la presión arterial sistólica entre 110-200 mm/Hg mientras que la diastólica entre 50 y100 mm/Hg.

Dado que toda la medición debe documentarse, será necesario diseñar los instrumentos donde se harán las anotaciones. Por otra parte, hay que tener en cuenta que si bien la fuente de información principal va a ser la historia clínica, también es posible que se solicite a los prestadores una autoevaluación de su trabajo, y a los pacientes y familiares contestar preguntas relacionadas con el servicio. Para todos los casos es imprescindible que el dato quede registrado y archivado correctamen-

te, pero es bueno aclarar que los instrumentos deben ser validados a escala piloto antes de ser aplicados.

Debe tenerse en cuenta además, que las preguntas binarias son muy prácticas, tanto para el que tiene que llenarlas como para que el va a procesar las respuestas, pero pueden esconder muchas consideraciones de detalle que pudieran ser significativas. Por esta razón, todo modelo empleado debe tener espacio para registrar observaciones, situaciones no previstas, criterios nuevos o interrogantes que le surgen al evaluador e incluso relaciones con otras observaciones que ya había hecho. Toda respuesta negativa, debe tener la posibilidad de ser comentada por el propio que la responde para lo cual debe contar con el espacio correspondiente.

Los cuestionarios no son de ninguna forma el único instrumento para hacer el proceso de evaluación. Son aplicables todos aquellos otros métodos de captar información previstos en la metodología del conocimiento científico, tales como grupos focales, entrevistas, encuestas, observaciones, análisis de problemas en grupo, técnicas de causa-efecto y otros más.

Forma parte también de esta etapa decidir el alcance del estudio, la cantidad de historias o pacientes que van a ser revisadas, ¹⁵⁹ el período que se va a incluir, la fecha de inicio y terminación del trabajo, la estrategia de captura de información y la forma en que se va a notificar a los implicados.

Captura y procesamiento de la información

Durante esta etapa se organiza y ejecuta el proceso de obtener la información necesaria para hacer la evaluación. Se requiere contar con un plan de trabajo que involucre a aquellos servicios y personas que necesariamente deben participar, identifique las prácticas a evaluar, los procedimientos a seguir, el momento en que van a ser realizadas y los que van a intervenir. Es recomendable que se discuta en el grupo todos los aspectos organizativos, profesionales y éticos que comprende el trabajo. Recordar que se pretende evaluar la práctica médica y no a las personas que la ejecutan.

Si las normas, estándares o documentos que las representan son bien precisos, el trabajo de captar los datos desde las historias clínicas puede encargarse a personal no médico o a estudiantes, de lo contrario no es posible. Si se va a emplear dinámica de grupos con pacientes, familiares o la comunidad es recomendable que la conducción se encargue a facilitadores profesionales, que son los que mejor partido le sacan a ese tipo de actividad.

La guía principal para la captura de los datos es la determinar en qué medida los estándares están siendo aplicados en la práctica, por lo que es necesario que la forma y unidad de expresión del dato coincida con la forma en que está construido

el criterio. Si el criterio, al referirse a la tensión arterial, la describe en términos de milímetros de mercurio, registrar expresiones como alta, baja o normal impide hacer la comparación.

Los datos deben ser procesados de manera de pasar de su estructura individual y relativamente independiente, a presentar agrupaciones, categorías, ordenamiento o frecuencias que generalmente adoptan la forma de tablas y gráficos, todo esto con vistas a realizar los análisis.

Análisis de resultados y presentación del informe

Analizar, es la parte más compleja del proceso y la que demanda mayor talento, conocimiento y experiencia por parte de los evaluadores, pues se trata de "hacer hablar" a la información y derivar conclusiones. No es lograr simples consideraciones estadísticas acerca de lo encontrado, sino apreciaciones profesionales vinculadas a las referencias de que se ha partido y a las circunstancias y particularidades de la institución, del servicio o de la población atendida. Una vez más insistimos, se trata de evaluar procesos y no personas.

El análisis incluye determinar las causas por las cuales, la práctica médica estudiada se aparta de los estándares tomados como referencia y además establecer su naturaleza (organizativa, cultural, profesional, institucional, personal o estructural).

El análisis concluye con la preparación del informe de auditoria que generalmente incluye una descripción de los antecedentes que la motivaron, la constitución del grupo actuante, el proceso seguido desde la definición de los criterios hasta la evaluación propiamente dicha, las conclusiones y las recomendaciones. Resulta útil preparar una versión "ejecutiva" del informe, que no es más que un resumen donde están los aspectos esenciales del trabajo y que permite a los directivos conocer lo más importante sin entrar en los detalles. El informe puede completarse con una presentación audiovisual.

Plan de acción para el mejoramiento y la reevaluación

Nada de lo anterior tiene sentido si consecuentemente no se generan acciones encaminadas a actuar sobre las causas del problema y solucionarlo o reducir sus efectos. No se trata de una lista de "buenos propósitos" de la cual nadie se acuerda después, sino de un plan organizado por tareas, responsables y fechas cuyo seguimiento debe ser asegurado, a lo cual se añade la definición de en que momento posterior se volverá a hacer la evaluación para determinar si el plan fue exitoso o no. Este plan de acción debe incorporarse al programa de mejora contínua de la calidad de la institución.

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Los estudios e investigaciones constituyen una fuente valiosa para saber cómo marchan los sistemas de salud y cuál es la valoración que tienen del servicio los que los prestan y los que reciben. Permiten comprobar hipótesis; evaluar el funcionamiento y los resultados de programas de salud; revisar exhaustivamente un tipo de servicio, un nivel, una región e incluso un país; hacer comparaciones entre diferentes escenarios institucionales o geográficos considerando las prácticas, los resultados o ambos.

La ventaja principal de los estudios e investigaciones radica en el empleo del método del conocimiento científico y la utilización de instrumentos probados en la práctica social, que facilitan identificar correctamente los problemas tomando en cuenta los puntos de vista de los propios profesionales de salud, de los pacientes, los familiares, la comunidad o los diferentes grupos sociales, lograr un mayor acercamiento al componente social de la salud y de la enfermedad, ayudar a reducir la distancia entre lo que piensan los prestadores acerca del servicio, y lo que sienten y opinan los que lo reciben o verificar el trabajo de los otros sectores con respecto a la producción social de salud, sólo para dar algunos ejemplos.

La literatura científica internacional está llena de trabajos en esta dirección, algunos de ellos verdaderamente relevantes. En Cuba, numerosos maestrantes y doctorantes, han basado sus tesis de grado en estudios e investigaciones que hacen valoraciones significativas de la salud cubana, y constituyen aportes de gran importancia para el proceso continuo de mejoramiento que caracteriza el sistema. La Escuela Nacional de Salud Pública ha sido escenario propicio para la realización y defensa de estos trabajos.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La información es una de las condiciones para la existencia de los sistemas organizacionales. Es la forma en que se materializan todos los procesos gerenciales y es a su vez el elemento común de enlace entre todos los sistemas, áreas, servicios y departamentos. En el mundo contemporáneo la información se considera un recurso gerencial más, junto a los tradicionales muy conocidos y estudiados, o sea: físicos, financieros y humanos.

Varios son los rasgos fundamentales de la información:

- 1. Su capacidad potencial para reducir la incertidumbre.
- 2. La posibilidad que tiene para alertar sobre problemas y anticipar lo que pudiera suceder.

- 3. Las numerosas formas que puede adoptar tales como texto, números, gráficas, imágenes fijas y en movimiento o voz, y los distintos soportes sobre los que puede presentarse, viajar y ser almacenada tales como papel, pantalla, cinta, discos magnéticos o discos compactos.
- 4. Es un arma competitiva por excelencia.

Los sistemas de información constituyen la solución que adoptan las instituciones para organizar la captura, procesamiento, transmisión y diseminación de la información en un todo lo más coherente posible y de acuerdo con procedimientos definidos y conocidos. Los sistemas de información para la salud tienen esta misma concepción, pero orientada al seguimiento y control de los procesos de la atención médica, la prevención, la vigilancia, la evaluación, la mejora continua, las estadísticas sanitarias y el apoyo al trabajo gerencial, al establecimiento de políticas y a la toma de decisiones. De hecho, sin sistemas capaces de suministrar información precisa, segura, completa y oportuna no es posible evaluar adecuadamente la calidad del sistema de salud y mucho menos mejorarla continuamente.

Hay que tener en cuenta además las diferencias. Por ejemplo, las necesidades informativas de un servicio de cardiología en un hospital general, son distintas a las que requiere un hospital especializado en cardiología y cirugía cardiovascular, y diferente además al que demanda el hospital general como un todo. Esto es cierto también cuando se trata de los aparatos de dirección de la salud a diferentes niveles o lo que hace falta para dirigir el sistema de salud de un país.

Desde los años 90 viene discutiéndose internacionalmente las fallas que han ido acumulando los sistema de información para la salud. Comisiones de expertos en países como Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Inglaterra o Australia, han presentado informes críticos demandando cambios sustanciales en tales sistemas. Uno de los más completos 160 por su capacidad para mostrar problemas y presentar soluciones clasifica las fallas en cinco grupos:

- 1. Obsoletos. Buena parte de ellos fueron creados hace muchos años cuando no se disponía de las posibilidades tecnológicas que ahora existen.
- 2. Parcheados. En muchos casos han crecido mediante agregaciones (parches) sin que haya habido un rediseño integral de su concepción y forma de operar.
- 3. Redundantes. Es común la repetición de la misma información en igual o diferentes soportes, por diferentes vías y almacenada de forma repetitiva. Lo más impresionante es que a veces dicen cosas distintas sobre el mismo evento que se informa.
- 4. Incompletos. Otro fenómeno que aparece es el subregistro, o sea información de salud que no se incorpora a los procesos de captura de datos y por tanto no influye en los resultados.

5. Incompatibles. Imposibilidad de integrar sistemas de información de salud correspondientes a organizaciones distintas (públicas, privadas, de gobierno, estaduales, locales, etc.) debido a no coincidir en términos de formato, estructura, forma de captarla, precisión, unidad de medida, período en que se capta, etc.

Más recientemente, un grupo de trabajo del National Committee on Vital and Health Statistics (NCVHS) de los Estados Unidos de Norteamérica, ha emitido un informe denominado Measuring Health Care Quality: Obstacles and Opportunities¹⁶¹ que si bien se orienta a la problemática de ese país, es muy completo en cuanto al método seguido para analizar el problema y para presentar soluciones, por lo que vale la pena estudiarlo.

Las líneas más recientes de los sistemas de información en salud parten de una concepción integral y descansan como punto de partida en las historias clínicas digitalizadas. Este tema se trata con mayor amplitud en el capítulo II de este libro.

LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN SALUD. TÉCNICAS, ENFOQUES, LIMITACIONES

¿POR QUÉ HABLAR DE UNA MEJORA CONTINUA?

Como ya se comentó anteriormente, la evaluación de la calidad en salud es insuficiente para resolver los problemas que presente el servicio o el sistema. Como enseñan las técnicas de control, toda evaluación debe ser seguida de una acción consecuente y tal acción debe posteriormente evaluarse para comprobar que fue efectiva. Esta es una razón.

La segunda razón es más compleja. La calidad en salud es algo así como un horizonte desplazable, cada nivel alcanzado es sólo la base para buscar logros mayores. El ejemplo más representativo es el sistema cubano de salud pública. La solución de los problemas abordados en los años 60, implicó que nuevas metas y propósitos fueran buscados en los 80 y que por ejemplo en los comienzos del siglo XXI, ya esos hayan quedado atrás y se persigan objetivos de mayor nivel.

Dicho en pocas palabras, la calidad en salud es un proceso permanente, no termina nunca y considerar que se ha llegado es un error estratégico que se paga caro.

ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD EN SALUD

Las estrategias para la mejora continua de la calidad en salud comprenden las técnicas, métodos y procedimientos que se emplean para dar solución a los problemas detectados en la evaluación, hallar formas más eficientes, efectivas y eficaces de hacer el servicio, fomentar y estimular la generación de nuevas ideas e iniciativas, y crear un clima donde la calidad forme parte del pensamiento y la acción de todos los que de una forma u otra están implicados en la producción de salud.

De lo anterior se evidencia que la mejora continua de la calidad es un proceso altamente social y por tanto las tecnologías gerenciales que la conforman descansan en su totalidad en un trabajo de las personas y con las personas. Implica crear valores compartidos y cultura de la calidad que es algo distinto a colocar lemas, y avisos en los murales o hacer discursos en las reuniones. Es un cambio de conductas y actitudes orientado a hacer corresponder el interés individual y el colectivo.

Muchas de las estrategias para la mejora contínua de la calidad tienen valor como tecnologías gerenciales independientes por lo que aparecen tratadas con alguna extensión en los capítulos precedentes. En dichos casos, haremos sólo un breve comentario e indicaremos en que capítulo aparece su desarrollo más amplio.

EMPODERAMIENTO DE PACIENTES, FAMILIARES Y LA COMUNIDAD

Para algunas personas, los pacientes tienen poca capacidad para juzgar la conveniencia de aquello que reciben como asistencia médica. Numerosos estudios y la propia práctica social han demostrado lo contrario. Incluso se discute en la actualidad cómo la relación médico-paciente empieza a cambiar a partir de que estos últimos estén ahora mucho mejor informados y más actualizados. De hecho el éxito de un tratamiento depende tanto del clínico como del paciente.

Los pacientes, sus familiares y la comunidad pueden y deben ser partícipes de la garantía de calidad, pues con sus conocimientos, actitudes, actividad y acciones están en condiciones de colaborar en la aplicación de los tratamientos, proveen información acerca de lo que les gusta y lo que no, facilitan o dificultan el funcionamiento del sistema, se organizan, involucran y actúan en acciones sanitarias, aportan ideas y recursos valiosos para el proceso y son capaces de cuestionar el propio proceso cuando tiene fallas. Esto es lo que se conoce como empoderamiento de pacientes, familiares y la comunidad. Un desarrollo amplio de esta tecnología aparece en el capítulo I de este libro.

REFERENCIACIÓN COMPETITIVA (BENCHMARKING) EN SALUD

La referenciación competitiva se orienta a localizar, estudiar y comprender las prácticas, métodos, enfoques y procedimientos que han dado buenos resultados en otras instituciones o lugares, evaluarlas en cuanto a su posibilidad de incorporarlas a la práctica propia y hacerlo si fuera posible y conveniente.

La continua comparación con las mejores prácticas, desempeña un papel significativo en la mejora de la calidad de la salud, estimula cambios positivos en la práctica clínica, los procedimientos y la organización del trabajo, y finalmente promueve un mejor manejo de los recursos disponibles lo cual es también un componente de la garantía de calidad.

Hay una diferencia fundamental entre la referenciación y la evaluación de calidad en salud, pues mientras la segunda se orienta a comparar los procesos y los resultados contra normas o estándares, la primera consiste en compararse contra quien lo hace mejor y utilizar ese conocimiento como punto de partida para introducir mejoras.

Por ejemplo, suponga que el proceso completo de prótesis de cadera en una institución de salud cumple exitosamente con los estándares clínicos, quirúrgicos y organizativos previstos en sus documentos normativos, lo cual puede considerarse suficiente para sentir satisfacción. Sin embargo, al comparar sus prácticas con las de otras instituciones o servicios de vanguardia, se encuentran puntos que pueden y deben ser mejorados e incluso pudieran ser erróneos, lo que demuestra que cumplir con las normas puede ser insuficiente.

La referenciación competitiva ha alcanzado altos niveles de generalización en los sistemas de salud, dadas ciertas condiciones propias que lo facilitan. Su explicación completa, tanto en términos de concepto general como en lo relativo a su aplicación a los sistemas de salud está desarrollado en el capítulo IV de este libro.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO EN SALUD

"Mientras que la creación de conocimiento es un proceso individual, su amplificación y su expansión son procesos sociales que tienen lugar entre individuos". ¹⁶² Desde un punto de vista natural, en cada organización se genera algo así como un conocimiento corporativo u organizacional, que es el resultado de la constante interacción entre sus miembros, forma parte de su cultura y debe tenerse en cuenta. Lo que no es seguro es que dicho conocimiento corporativo surgido espontáneamente sea justamente el que requiere la organización.

De lo que se trata entonces es de cómo hacer coincidir el conocimiento a nivel institucional con los objetivos estratégicos y la misión que persigue la organización.

Para lograrlo, se requiere un típico proceso de gestión durante el cual se busca crear y desarrollar el conocimiento organizacional mediante la optimización de las interconexiones entre los individuos que forman la red social.

Los sistemas en salud tienen condiciones excepcionales para hacer de la gestión del conocimiento un instrumento fundamental para lograr la mejora continúa de la calidad. Pueden mencionarse entre ellas, el nivel intelectual y profesional de las personas que lo componen, la velocidad a que se desarrollan los conocimientos y las tecnologías en este campo, la tendencia natural hacia el trabajo en equipo, el volumen de información disponible en cualquiera de sus soportes incluida Internet, los hábitos de lectura y aprendizaje muy generalizados en su personal y el empleo creciente de las tecnologías de la información y las comunicaciones para facilitar todos sus procesos.

La gestión del conocimiento en salud se apoya en las condiciones mencionadas en el párrafo anterior y en el empleo del enfoque participativo, el estímulo a la iniciativa y el cambio, los procesos rápidos de transferencia del conocimiento, el empoderamiento de sus actores y la descentralización. Esta tecnología aparece ampliamente desarrollada en el capítulo III de este libro.

SISTEMAS INTEGRADOS EN RED

Los sistemas integrados en red cambian sustancialmente el modo en que se gerencia una institución de salud al facilitar significativamente la interacción entre todos los servicios, departamentos y áreas, convertir el hecho clínico, quirúrgico o administrativo en una información que queda dispuesta inmediatamente al uso común y al concentrar con mayor facilidad todo lo que se pueda y deba hacer con respecto a cada paciente. Toda la integración se construye naturalmente alrededor de otro elemento exclusivo de los sistemas de salud, la historia clínica.

La historia clínica automatizada está ocupando progresivamente un papel protagónico en la mejoría contínua de la calidad en salud. Según el famoso informe de Physicians for a National Health Program "Una historia clínica automatizada, estandarizada y protegida, así como la base de datos resultante constituyen la clave para apoyar la práctica clínica y para crear la infraestructura de información necesaria para mejorar la calidad de la asistencia médica". 164

Los sistemas integrados en red han desbordado los límites de la institución de salud y en la actualidad interconectan hospitales, policlínicos, bancos de sangre, servicios de diagnóstico, institutos de investigación, centros de vigilancia en salud, seguros sociales, ambulancias y agencias de gobierno con lo cual su efecto en la calidad de salud crece exponencialmente.

Los sistemas integrados en red influyen en la simplificación de los procesos; facilitan el tránsito de los pacientes por los diferentes servicios e instituciones; permite a los médicos acceder de forma inmediata a toda la información relativa al paciente, a una patología o a un medicamento con lo cual su talento profesional se refuerza; al seguimiento del paciente a través de diferentes servicios, a reducir las repetición de iguales estudios por distintos servicios, a rebajar los costos y a disponer de mejor y mayor calidad de la información, para la toma de decisiones de los profesionales y los directivos de la salud, pero su diseño e implantación exitosas requieren de una excelente gestión del cambio y del conocimiento.

ALIANZAS ESTRATÉGICAS

Como ya se ha dicho, la salud no es un problema exclusivo del sector salud o de una institución de asistencia médica. Por lo tanto, para el objetivo de hacer salud con la mayor calidad posible es necesario lograr acuerdos de colaboración, no sólo entre las diferentes instituciones que integran el sector ya sean públicas, privadas o de la economía social, sino también con colegios profesionales, sindicatos, organizaciones de pacientes y familiares, grupos sociales, sectores con una influencia específica como determinantes de la salud, medios de comunicación social, líderes comunitarios y todo aquel que pueda contribuir al objetivo.

La iniciativa y el liderazgo para el logro de estas alianzas corresponden al sector salud, pero demanda una gran capacidad de negociación y convocatoria, y un manejo muy inteligente del trabajo con las personas incluyendo la disposición a no monopolizar el poder y hacer que todos se sientan tan importantes como realmente son.

Las alianzas estratégicas son de gran impacto en los sistemas locales de salud¹⁶⁵ por cierta facilidad natural para ser alcanzadas, pero sobre todo por la rapidez con que se notan sus efectos sobre la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas. Esto no niega su papel también significativo, aunque distinto, en los niveles superiores de la estructura social.

MOTIVACIÓN E INCENTIVOS

Bajo este concepto agrupamos todo lo relacionado con comprometer y motivar, tanto en el orden moral como económico a los que se van a ocupar de prestar directamente la atención médica o de apoyarla desde cada una de sus posiciones. Constituyen elementos probados como eficientes en los sistemas de mejora contínua de la calidad. Veamos algunos:

- Sistemas de compensación del desempeño. Orientados a garantizar una relación directa entre el nivel de desempeño de las personas y el reconocimiento material y espiritual que recibe por su labor. Se entiende, de esta forma que los que mejor y más eficientemente trabajen sean los que más reciben a cambio.
- Sistemas de premios y reconocimientos. La creación de premios y reconocimientos institucionales, nacionales e internacionales asociados a la calidad se han generalizado en el mundo entero y han demostrado su capacidad para hacer de la excelencia en el servicio, una batalla en que personas e instituciones se involucran con gran facilidad. Esto es consecuencia del alto honor que ellos representan para las instituciones y las personas que lo reciben, la divulgación pública que se hace de los premiados, la capacidad que tienen para hacer despertar a los que están rezagados y la dificultad cada vez mayor de ser el mejor, todo lo cual actúa a favor de la calidad en salud.
- Creación de una cultura orientada al cambio. El escenario actual de la gerencia en salud está marcado por necesidades constantes de modificación en la forma en que se ejecutan las acciones, en los paradigmas en que se basan y en los medios que se utilizan para hacerlo. Las personas tienen que ser preparadas para el cambio y desconocerlo es asumir que basta un acuerdo, una resolución o una orden para que el cambio se produzca. El problema consiste en que la intención de cambio es una cosa y la modificación de las conductas de las personas es otra. Preparar a todo el personal para el cambio, hacerlos participar en descubrir qué hay que cambiar y cómo hacerlo y darle un papel protagónico en el proceso es parte importante de la mejora continua en la calidad en salud, pues es esencia éste es un proceso permanente de cambio.

APOYO A LA TOMA DE DECISIONES

Buena parte de las tecnologías, métodos y técnicas que apoyan la toma de decisiones en salud, tienen estrecha relación con la garantía de calidad y en particular con la mejora continua. Es natural, pues la mayor o menor capacidad para tomar decisiones acertadas tiene un impacto directo sobre las estructuras, los procesos y los resultados.

La totalidad de estos instrumentos se basa en buena medida en el trabajo en equipo, la interdisciplinariedad, el enfoque sistémico y la dinámica de grupos. Algunos se enfocan a hallar la mejor opción entre varias o a determinar la relevancia, pertinencia o eficacia de una en particular, por ejemplo un procedimiento quirúrgico. Otros más bien ofrecen una lógica coherente para ir desde un problema hasta sus opciones de solución. Las de trabajo en equipo aportan los mecanismos para

poder llegar a consenso. Otros, más complejos, implican un enfoque integral de los procesos y propuestas para simplificarlos y hacerlos más eficientes.

En realidad, las posibilidades son muy variadas, y la combinación de varios de ellos en una situación dada puede dar resultados notables. Mencionaremos algunos a manera de ejemplo, aclarando que cada uno está formado a su vez por un conjunto de herramientas debidamente articuladas:

- Técnicas de análisis y solución de problemas en grupo.
- Técnicas de toma de decisiones en grupo.
- Técnicas de información relevante para la gerencia.
- Reingeniería de procesos.
- Evaluación de tecnologías de la salud¹⁶⁶.
- Evaluación económica en salud¹⁶⁷.

PROGRAMA DE MEJORA CONTÍNUA DE LA CALIDAD

Está formado por un conjunto de acciones concertadas, sistémicas, intersectorializadas y comprometidas orientadas a organizar y mantener el proceso de calidad renovándose continuamente. De ninguna forma puede ser el producto de una concepción de la alta dirección de la organización que baja después como una orden o de un grupo de consultores a los cuales se les encargó la tarea. Tiene que ser el resultado de un proceso en la cual participan activa y creativamente todos aquellos que después estarán involucrados en su ejecución. Lamentablemente muchas veces no es así.

El programa de mejora contínua es el elemento integrador de todas las tecnologías, enfoques y métodos, que se aplicarán para garantizar un proceso siempre ascendente de la calidad en salud y su capacidad para aglutinar el esfuerzo e interés de todos va a depender de en qué medida participaron en su concepción.

RESUMEN

La garantía de calidad en salud acerca al mundo particular y específico de los sistemas de salud y de la asistencia médica, concepciones de la teoría y práctica de la calidad, útiles para otros sectores, como la industria o el comercio, pero que requieren adecuaciones para el campo de la salud.

No se trata de crear una nueva teoría de calidad, sino de hacerla consecuente con un escenario particular donde el éxito del servicio depende tanto del prestador como del usuario, los problemas y su solución se extienden a numerosos sectores, el valor de los resultados no se refieren sólo al que recibe el servicio, sino también al que no tiene acceso a él y sus deficiencias representan un ataque a uno de los más grandes derechos del ser humano.

Numerosos enfoques, tecnologías, métodos y técnicas intervienen en los procesos de evaluación de la calidad y de su mejora continua. Uno de ellos tiene que ver con las llamadas dimensiones o sea estructuras, procesos y resultados abarcando en ese conjunto el sistema de atención como un todo. Otro enfoque considera concentrarse en los problemas de la atención los que quedan agrupados en tres categorías: innecesaria, incompleta y deficiente, lo cual evidencia una priorización de la dimensión procesos.

Las tecnologías, métodos y técnicas son numerosos y muchos de ellos con gran capacidad de ayudar a diagnosticar y solucionar problemas, y asegurar un proceso de desarrollo ascendente y continuo. El punto débil está muchas veces, en la incapacidad de los líderes para manejarlas de forma integrada, para aceptar que su uso implica descentralización, distribución del poder y un trabajo donde los diferentes actores sean involucrados y se les permita participar y contribuir.

BIBLIOGRAFÍA

- Acreditación de Comités de Ética Institucionales (Comités Hospitalarios de Ética y Comités Ético Científicos) Ord. 4A/2442 Subsecretaría de Salud; Santiago de Chile, Chile, 18 abril 2001
- Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD CONQUEST.
 Overview. Database for clinical performance measure. http://www.ahrq.gov/qual/conquest/conqovr1.htm. Canadá. Marzo del 1999
- ANAES. L'audit clinique. Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques pro-fessionnelles. Abril 1999. Francia,
- ANAES. L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine ambulatoire.
 L'audit médical. Francia. Mayo 2000
- Borroto, Radamés y Salas, Ramon S. El reto por la calidad y la pertenencia: la evaluación desde una visión cubana en versión digital Rev Cubana Educ Med Sup 1999:13(1):80-91
- Brook Robert. Managed care is not the problem, quality is. Jama. Vol 278; 1612-1614. November 19, 1997.
- Caring for the Uninsured and Underinsured. A Better-Quality Alternative. Single-Payer National Health System Reform en JAMA. The Journal of the American Medi-cal Association. Volumen 272. 14 de septiembre de 1994
- Centre d'épidémiologie clinique (CepiC). Laussane, Suiza. http://www.hospvd.ch/cepic/RPC.html

- Chassin, Mark.R.. Is Health-Care Ready for Six Sigma Quality? en Milbank Quaterly, Vol. 74, 4 noviembre 1998
- Chassin, Mark R. et al. Measuring the Quality of Health Care, en. National Academy Press. USA. P. 5.
- Conn, Joseph. Measuring up en Modern Physician. Nov. 2000, Vol. 4, Issue 11, pag 4, 3/4p, 1bw.
- Consideraciones y definiciones para un sistema de garantía de calidad en Colombia. http://www.garantiacalidad.com/.
- Donabedian Avedis. Garantía de Calidad ¿Quién es responsable? Calidad de la Atención en Salud Volumen 3 Números 1 y 2. Junio de 1996.
- Esteve M et al. Evaluación de la puesta en marcha de 54 trayectorias clínicas en el Hospital de Mataró en Rev Calidad Asistencia 2001;16:722-728. Barcelona, España. .
- Ferry CT; Fitzpatrick MA; Long PW; Levi CR; Bishop RO. Towards a Safer Culture: clinical pathways in acute coronary syndromes and stroke en Medical journal of Australia [Med J Aust] 2004 May 17; 180 (10 Suppl), pp. S92-6
- Friedman, Daniel et al E. Shaping a Vision for 21st Century Health Statistics. Interim report. NCVHS, CDC y HHS. EUA. Junio 2000.
- Fritjof Capra. Las conexiones ocultas: implicaciones sociales, medio ambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo Editorial Anagrama. Barcelona. 2003. Pag. 194Gerson Vicky. The Road to Better Outcomes in Orthopedic en versión digital Technology Review. Vol. 2, Núm. 2. Febrero 2000
- Guias de trabajo clínico organizadas por especialidades en http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.htm#
- Hannu Vouri. Quality assurance in Europe. Dead as the Dodo? en. World Hospitals 1985. 21; 36.
- Hannu Vuori. Garantía de calidad en Europa, en Salud Pública de México. Mayojunio de 1993. Vol. 35. Num. 3
- Health Canada. Quest for Quality in Canadian Health Care: Continuous Quality Im-provement. Second edition. 1 marzo del 2000.
- Hearnshaw H, Harker R, Cheater F, Baker R, y Grimshaw. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit en Health Technology Assessment 2002; Vol. 6: No. 1. Re-ino Unido
- ICAS. Benchmarking en el sector salud. Modelos de garantía de calidad para Latinoamérica: Guía de capacitación e implementación. http://www.icas.net/benchmarking.htm
- ICAS. Costa Rica. Región Huetar Atlántica. Experiencia de los países en la implamentación de la garantía de calidad. Modelos de garantía de calidad para Latinoamérica: Guía de capacitación e implementación. http://www.icas.net/CostaRica.htm
- ICAS. Fortalecimiento de la cultura de calidad en los equipos interdisciplinarios con enfoque al cliente. Modelo de garantía de calidad para Latinoamérica. Guía de Capacitación e implementacion. http://www.icas.net/modulo1.htm

- ICAS. Mejorando los problemas técnicos y gerenciales. Modelos de garantía de calidad para Latinoamérica: Guía de capacitación e implementación. Módulo 4. http://www.icas.net/modulo4.htm
- Iezonni, Lisa I. Assessing Quality Using Administrative Date en Anals of Internal Medicine, Part 2, 15 october 1997. 127:666.674. American Collegue of Phsysicians. EUA.
- Institute of Medicine. IOM. America's Health in Transition: Protecting and Improving Quality. The National Academies Press. EUA. 1994. pag. 3.
- Luengas, Sergio. Requisitos esenciales: La esencia en 11 estándares y 225 criterios en ViaSalud. Tercer trimestre 2001. Pag. 34
- Martín, Pedro y Ruiz-Canela Ruiz. Manejo de la otitis media aguda en la infancia.
 Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. Madrid, España.
 2001
- Moraes, Humberto de. Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Lationoamérica y el Caribe en Salud Pública de México. Mayo-junio de 1993. Vol. 35. No. 3
- Moreno, A. La clínica y el laboratorio en Rev Cubana Med 2000;:39(4):265-70}
- NCVS. Measuring Health Care Quality: Obstacles and Opportunities. EUA. Mayo 2004
- NHS Executive. Clinical Governance: in the new NHS.UK. 16 de marzo del 2001
- OMS. Promoción de la salud. Glosario. El subrayado es del autor. Ref. WHO/HPR/HEP/98.1. Pag. 20 Ginebra.
- Ramírez Abelardo y Mesa Guillermo. La satisfacción con los servicios de salud en la República de Cuba. Agosto del 2002.
- Sardinas, Olivia y Hernández, María T. Aseguramiento de la calidad en un laboratorio acreditado en Rev Cubana Hig Epidemiol 2002;40(1):16-9
- Selman-Housein, Eugenio. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Editorial Científico Técnica, Ciudad de La Habana, año 2002..
- Shift, Gordon et al "Caring for the Uninsured and Underinsured. A Better-Quality Alternative Single-Payer National Health System Reform". JAMA. The Journal of the American Medical Association. 14 septiembre 1994. Vol. 272
- Sitio de la Agencia Nacional de Evaluación en Salud de Francia http://www.anaes.fr.
- Stephen O'Connor, J. Stephen y Hanh Q. Trinh. Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality en Health Care Management Re-view. Spring 2000. Vol. 25. Issue 2, pag. 7
- Velásquez, Carlos. Acreditación de calidad en hospitales en México. 14 de noviembre del 2000. http://companias.ehealthla.com/
- Vicky Doile. La contribución del cliente en la promoción de la atención de calidad.
 1ra. y 2da. parte. Boletines Salud con Calidad Nros. 2 y 3 Junio-agosto 1997 y Septiembre-noviembre 1997.
- Wilson N y Iacovella A. Physician credential, en Hospital topics. Otoño 2000. Vol. 78. Issue 4.