

CALIDAD Y ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS HOSPITALARIOS HERRAMIENTAS COMUNES

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

En las numerosas instituciones médicas que me ha tocado analizar y brindar servicio en nuestro país como administrador de riesgos clínicos he podido comprobar la duplicación de tiempo y esfuerzos debido al funcionamiento en compartimentos estancos de estas dos importantes funciones. El control de la calidad de atención y la administración de riesgos es manejada por distintos departamentos con poca o nula relación entre ellos.

El departamento de calidad se encuentra circunscripto en muchos casos a personal administrativo encargado de encuestas de satisfacción, manejo de quejas etc. **La auditoría médica** participa en el control de la utilización de los recursos y generalmente se encuentra rebajada a un simple control de la facturación, sin posibilidad de implementar cambios por falta de autoridad. La comunicación de estos departamentos con las áreas clínicas no suele ser fluida y por lo general los médicos asistenciales subestiman a quienes se dedican a estas tareas considerándolos como burócratas.

No hay Departamentos de Administración de Riesgos formales. Generalmente funcionan como departamentos de asesoría médico-legal que actúan puntualmente sobre los incidentes en forma reactiva. La mayoría de las veces este departamento reporta al área administrativa y tiene poca vinculación con la parte asistencial. Otros departamentos que hacen a la seguridad de los pacientes como **higiene, seguridad, electromedicina, etc. funcionan en forma aislada**, a veces tercerizados.

Si bien, al igual que las instituciones, la Argentina presenta características particulares, creo que resulta útil analizar como enfrentaron el problema aquellos países en los cuales el problema de las pérdidas financieras por mala praxis impactó de lleno en su sistema de salud. Será función de los futuros administradores de riesgos argentinos adaptar estas soluciones a nuestro ambiente y posibilidades.

La Comisión de Acreditación de Organizaciones de Salud en los EE.UU (en adelante JCAHO) recomienda el abordaje integrado de estas disciplinas. Los objetivos y actividades de los responsables de controlar la calidad y el riesgo en los hospitales se encuentran íntimamente relacionadas. Como tal, dichas actividades deberían funcionar en forma coordinada para garantizar la máxima calidad de atención posible y el mínimo riesgo de pérdidas financieras.

Se podrían plantear numerosos modelos organizativos para el establecimiento de estos programas de calidad y control de riesgos: distintos departamentos reportando a un mismo administrador, un

departamento único, departamentos con distintos niveles de reporte, etc. La mejor estructura de organización dependerá en gran medida de las necesidades, recursos y filosofía de cada institución en particular.

Comprender las diferencias y similitudes entre la función de control de calidad y la de administración de riesgos puede ser difícil para médicos y administradores generales. Resulta importante entonces que los profesionales de estas disciplinas comprendan cómo sus roles se interrelacionan y complementan, independientemente de las funciones específicas y únicas que les caben dentro de la organización. De esta forma, los profesionales dedicados a la calidad médica y los abocados a la administración de riesgos podrán educarse mutuamente.

DISTINTOS ORÍGENES

Las profesiones de control de calidad y de administración de riesgos médicos se desarrollaron por distintas vías y con diferentes propósitos. Estas diferencias en su evolución y desarrollo todavía son relevantes y ayudan a explicar la diferencia de objetivos y de perspectiva entre las dos disciplinas. Sin embargo, dichas diferencias históricas no deberían crear barreras para la coordinación entre ambos programas.

Historia del Control de Calidad Médica

Los conceptos de calidad en el ámbito de la salud fueron aplicados antes que los de administración de riesgos. Si bien se comenzó de manera informal, en la mayoría de los hospitales se constituyeron comités formados por referentes médicos y supervisores de enfermería para tratar temas vinculados a la calidad de la atención o problemas generalmente vinculados con enfermería. También se comenzaron a adoptar medidas disciplinarias que generalmente eran inefectivas en la regulación de los profesionales más poderosos de la organización. En 1980, la JCAHO publica sus estándares de control de calidad, actualizándolos periódicamente. Los mismos requieren que las Instituciones de Salud establezcan, mantengan y apoyen un programa formal y continuo de calidad que incluya el análisis objetivo de aspectos importantes en la atención de los pacientes y la corrección de problemas identificados. Dichos estándares requieren la recolección de datos y el análisis de procesos tales como

- Uso de medicación
- Procedimientos riesgosos (quirúrgicos, invasivos)
- Tasas de utilización
- Satisfacción de los pacientes
- Resultados de las autopsias

El control de calidad se ha focalizado tradicionalmente en forma exclusiva en la atención de los pacientes. Investiga las tendencias o patrones que sugieren un cuidado subóptimo, sin tener mayormente en cuenta si representa un riesgo o no para los pacientes. No por ello se desliga del aspecto financiero, ya que éste se ve afectado en el caso de admisiones y estancias injustificadas, cirugías innecesarias y mala administración de los recursos.

Historia de la Administración de Riesgos

La administración de riesgos surge como profesión independiente a mediados de la década del 70 en los EE.UU. Anteriormente la mayoría de los hospitales se encontraban asegurados por compañías generales y eran estas compañías las que realizaban la mayoría de las funciones de la administración de riesgos vinculadas con los seguros, como por ejemplo el manejo de incidentes y siniestros. Las actividades de prevención del riesgo eran descentralizadas e informales. El control de la seguridad hospitalaria se focalizaba en el ambiente físico del hospital, residiendo la autoridad de este control en el departamento de seguridad o en directores de planta (ej: ingenieros). Durante la famosa crisis de mala praxis en esa década (aumento en el número y monto de las demandas, compañías de seguro que dejaron de brindar cobertura), hubo necesidad de encontrar formas de financiamiento alternativas (autoseguros, fondos mutuales, fondos de compensación estatales, etc). Muchos de estos nuevos sistemas ofrecían primas reducidas a aquellos hospitales que desarrollaban programas de control de riesgos. Los hospitales que decidían autoasegurarse debían presentar como condición previa para ser parte de la red prestacional de Medicare su programa formal de administración de riesgos.

Este concepto, largamente aplicado en el seguro y en otras industrias pero nuevo en el ámbito de la salud, no fue rápidamente aceptado dentro de las estructuras hospitalarias ya existentes. Para ayudar en este sentido, la Asociación Americana de Hospitales (AHA) identificó los elementos básicos de un programa de administración de riesgos y alentó a las instituciones a implementarlos como factor clave para la solución de problemas por malpraxis.

En 1989, casi una década después de creados los estándares de calidad, la JCAHO normatizó los estándares de administración de riesgos para aquellas instituciones que quieran estar acreditadas. Estos estándares se focalizan exclusivamente en actividades de prevención y reducción del riesgo en lo vinculado a la seguridad en la atención de los pacientes. Hay otras actividades propias de la administración de riesgos profesional que no son auditadas por la comisión de acreditación, como el manejo de siniestros y el financiamiento del riesgo.

Es precisamente en el área de la administración de riesgos *clínicos* (prevención y reducción de pérdidas potenciales resultante de efectos adversos en la atención de los pacientes) en donde se puede mejorar la efectividad y eficiencia de los programas de calidad y riesgos compartiendo la información y evitando la duplicación de esfuerzos. Cada una de las especialidades tiene sus funciones específicas, pero sin embargo existe una interfase con características en común:

- La identificación, investigación y análisis de incidentes que pudieran sugerir una atención por debajo de los estándares
- La preocupación por lo que les ocurre a los pacientes, a la institución y al personal
- La necesidad de implementar cambios para prevenir el daño a los pacientes y mejorar
- La necesidad de colaboración del staff médico y del apoyo y compromiso de la administración

La administración de riesgos y el control de calidad no son mutuamente excluyentes. Las herramientas de una pueden ayudar a los objetivos de la otra y viceversa (Ver cuadro)

EXPLICANDO LAS DIFERENCIAS

Los administradores de riesgo deberían educar a los accionistas, administradores generales y médicos acerca de la forma en las que ambas funciones se complementan sin duplicarse. Tendrían que poder explicar la función y el propósito de sus programas para ganarse el compromiso y apoyo de los referentes del hospital

El primer paso consiste en explicar las diferencias de objetivos entre las dos disciplinas. Los responsables de mantener la viabilidad financiera de la organización se interesarán por la forma en la que la administración de riesgos contribuye a este fin.

El Control de Calidad busca brindar la mejor y más eficiente atención médica posible. Si bien puede ayudar a prevenir pérdidas financieras, éste no es su principal propósito. Esta actividad se focaliza en la identificación de patrones o tendencias que sugieren un cuidado por debajo de los estándares y en la adopción de medidas para mejorar la atención de los pacientes

La Administración de Riesgos examina las tendencias y las ocurrencias aisladas no sólo para mejorar la calidad sino con el propósito fundamental de limitar la responsabilidad y reducir el impacto financiero para la institución de eventos potencialmente compensables. Los patrones de cuidado por debajo de los estándares son importantes para la administración de riesgos, ya que si no se chequean los mismos se pueden producir daños a los pacientes, reclamos o juicios.

Los administradores de riesgo deberán explicar las funciones adicionales de su departamento, como el cumplimiento de las disposiciones legales, manejo de

siniestros, decisiones en cuanto a transferencia y retención (compañías de seguros, fondos, autoseguros), la colaboración con abogados y peritos en la defensa, administración de programas de salud laboral y de prevención de riesgos de trabajo, etc.

Tomemos como ejemplo un incidente determinado. En un servicio obstétrico nace un niño con daño neurológico. Se informa a ambos departamentos. El administrador de riesgos abre inmediatamente un archivo del caso identificándolo como un evento potencialmente compensable. Dada la gran naturaleza clínica del evento, el departamento de control de calidad investiga el caso, buscando evidencias de cuidados por debajo de los estándares a través de un ateneo con los profesionales referentes de obstetricia del hospital y con los involucrados (peer review). El mismo departamento investigará ocurrencias similares en la búsqueda de un patrón o tendencia (ya sea de un médico en particular o de un servicio). Si no se identifica un patrón y no hay evidencias de alteración de los estándares establecidos, el departamento de calidad cerrará el caso y lo archivará en su base de datos, sin tomar ninguna otra acción.

El departamento de administración de riesgos, por otra parte, mantendrá el archivo del caso activo y realizará su propia investigación de los hechos que rodearon al caso en anticipación de un reclamo o juicio. A pesar de que lo discutido en el ateneo de obstetras es tomado en cuenta, el caso todavía seguirá siendo considerado como un evento potencialmente compensable, especialmente si el daño al recién nacido se mantiene. El caso se mantendrá abierto hasta que no haya más amenazas de juicios.

Si del ateneo de morbilidad surge una atención deficiente, ambos departamentos deberán trabajar juntos en la toma de medidas correctivas, tal vez mediante el cambio en las normas y procedimientos o bien mejorando el proceso de acreditación y certificación de los profesionales. El administrador de riesgos notificará a la aseguradora del hospital y a los asesores legales de la potencial demanda e iniciará una investigación de los hechos. También debería evaluar el potencial impacto financiero de un eventual reclamo o juicio y notificar a quien corresponda en la organización para garantizar que sus cálculos sean incluidos en las proyecciones financieras de la institución.

En la Argentina de la coyuntura, en donde las urgencias del momento impiden proyectar planes a largo plazo, todo lo expuesto suena a utopía. Pero ya hay algunas organizaciones que están dando sus primeros y difíciles pasos en este sentido. **Estas comprendieron que la calidad y la administración de riesgos no son algo opcional, “la frutilla de la torta”, sino que hacen a la supervivencia misma de dichas organizaciones.**

ACCIONES RECOMENDADAS

- **Capacite** a médicos, administradores y miembros del directorio acerca de las diferencias y similitudes entre las funciones de control de calidad y de administración de riesgos
- **Evalúe** las estructuras ya existentes para determinar cómo pueden ensamblarse en un plan único.
- **Participe** regularmente de la mayor cantidad de comités posibles destinados a analizar la atención de los pacientes.
- **Establezca** un comité de administración de riesgos, o en su defecto, reúname periódicamente con los responsables del área médica y administrativa para compartir datos y abordar temas de interés mutuo.
- **Documente** su asistencia a las reuniones, los temas discutidos y las acciones tomadas. Tenga en cuenta temas de confidencialidad y de protección legal en su documentación.
- **Diseñe** sistemas para coordinar la recolección de la información, su análisis, monitoreo y evaluación.