

Proyecto: “Diseño y validación de un modelo para evaluar la calidad de atención en salud sexual y reproductiva en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay”.

CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Uruguay 2019

¿QUÉ ES LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA?

“...el avance hacia el logro de la meta de acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva ha sido insuficiente y desigual y la educación y la calidad de la atención en salud representan factores fundamentales para alcanzar el objetivo final de mejorar la salud sexual y la salud reproductiva...”

(Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013).

La evaluación de calidad de la atención en salud es materia de discusión a nivel internacional. No existe una visión única sobre qué es evaluar calidad ni cómo se debe realizar. La evaluación de la atención en salud sexual y reproductiva es especialmente compleja ya que:

“En la salud sexual y reproductiva se conjugan no sólo aspectos científicos sino sociales, políticos, éticos e ideológicos sobre la salud, la sexualidad y la reproducción humana. Incluye tópicos tales como el acceso a la anticoncepción; embarazo, parto y nacimiento; aborto; violencias de género; infecciones de transmisión sexual; expresiones de la sexualidad; cáncer génito-mamario y de próstata; esterilidad y reproducción asistida y las intervenciones entre varios de estos asuntos. Refiere tanto a la atención institucional que se brinda en los servicios de salud como a su producción en la vida cotidiana, relacionada con los determinantes sociales de la salud, es decir con las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas que inciden directamente en las personas a lo largo de la vida” (1).

Según Avedis Donabedian la calidad de atención en salud es “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes” (2). Desde esta perspectiva, se identifican tres dimensiones que están interconectadas



Asimismo, se resalta la importancia de considerar la calidad de atención tomando en consideración:

A) Calidad técnica: establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del/de la usuaria/o, teniendo en cuenta el estado de la ciencia y la tecnología disponibles.

B) Calidad desde el/ la usuaria: define la calidad de la atención según sus expectativas y valoración. Implica el involucramiento del/de la usuaria en la toma de decisiones a partir de la información proporcionada por el profesional actuante.

C) Calidad social: refiere a la valoración sobre el beneficio para la población, el modo de distribución del beneficio a la comunidad y busca producir, al menor costo social, los bienes y servicios más valorados por la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud ha definido calidad en relación a que la persona usuaria es diagnosticada y tratada de manera adecuada (calidad científico-técnica), oportuna, según los conocimientos actuales de la ciencia (estado de salud óptima posible), con el costo mínimo de recursos (eficiencia), la mínima exposición de riesgo a un daño adicional y la máxima satisfacción para el/la usuaria.

Un método utilizado para evaluar la calidad de atención es la medición de la satisfacción con la atención recibida (3)(4). Si bien existe discusión sobre si la satisfacción puede ser considerada una dimensión de la calidad (5)(6). En la medición de satisfacción de las/os usuarias, se suele observar diferencias importantes en relación al nivel socio-económico. La percepción y valoración de las prestaciones está determinada por expectativas, experiencias pasadas, cercanía social al mundo intelectual sanitario, cultura, y por la propia frecuentación al médico u otro personal sanitario (7).

El marco de Bruce-Jain de 1990 es considerado un modelo de referencia a nivel internacional para la evaluación en salud sexual y reproductiva. Este marco basa su definición de calidad en “la forma en que el sistema trata a las personas” (8)(9).

Establece seis elementos a considerar:

- la capacidad de elegir entre diversos métodos anticonceptivos,
- la entrega de información a los/as usuarias,
- el conocimiento técnico,
- la relación interpersonal con el proveedor del servicio (profesionales de la salud),
- el seguimiento de los/as usuarias
- la continuidad de la atención y una adecuada variedad de servicios.

Son imprescindibles el acceso universal, la eliminación de barreras legales, regulatorias y económicas; la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos seguros y eficaces; la presencia de trabajadores sanitarios debidamente capacitados y supervisados; la privacidad y confidencialidad; información completa y precisa; y garantías del consentimiento libre e informado (10).

Para Matamala y cols. (11) la calidad de atención supera el ámbito de las relaciones servicio/profesional - usuaria e incluye la esfera de las instituciones rectoras. Según las autoras “una atención de buena calidad en salud de las mujeres, es aquella que, junto con resolver el motivo de consulta, contribuye a modificar positivamente la baja autoestima y la subvaloración de las mismas, así como también, a promover la apropiación de su corporalidad y el ejercicio de derechos”. Mejorar la calidad desde este enfoque implica impactar en diversos ámbitos: sistema de salud (incluyendo políticas, normativas, recursos y dispositivos asistenciales), personas prestadoras (profesionales, equipo de salud) y usuarias/os.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

"Desde la perspectiva de los derechos humanos, la aplicación operativa de la definición de salud reproductiva (...) requiere que los servicios de salud consideren la calidad de la atención que prestan como uno de los elementos principales"

R. Castro.

| MACRODIMENSIÓN | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN |
|--------------------------------------|---|--|
| 1 COMPETENCIA PROFESIONAL | a HABILIDADES COMUNICACIONALES DE LOS EQUIPOS DE SALUD | i <u>RELACIÓN INTERPERSONAL EQUIPOS DE SALUD - USUARIAS</u> Adecuada comunicación entre técnicos y usuarios/as, que favorezca la confianza en el equipo de salud en una relación respetuosa y simétrica. |
| | | ii <u>PERSONALIZACIÓN</u> El personal de salud establece una comunicación centrada en los/as usuarias como sujetos de derechos y sus necesidades, promoviendo relaciones simétricas. |
| | b DESTREZAS TÉCNICAS | i <u>COMPETENCIAS CLÍNICAS</u> Capacidades del profesional en la exploración clínica por la anamnesis y el examen físico, y su integración con los conocimientos para lograr un juicio clínico, una aproximación diagnóstica, un diagnóstico diferencial, una evaluación pronóstica y una estrategia terapéutica. Incluye habilidades para identificar los posibles diagnósticos diferenciales relacionados con el motivo de consulta, indicar los posibles estudios que aclaren el diagnóstico, instruir a la/el paciente si debe ser derivado a otro profesional o institución y realizar un adecuado registro en la historia clínica. |
| | | ii <u>DESTREZAS CLÍNICAS DE OTRAS PROFESIONES</u> En el campo médico refiere a las destrezas clínicas referidas a las prestaciones vinculadas con el embarazo, parto y puerperio; anticoncepción; IVE. En el campo de otras profesiones (enfermería, psicología, etc.), refiere a las especificidades de sus diferentes competencias y habilidades técnicas y clínicas. |
| | | iii <u>FORMACIÓN DE GÉNERO Y DDHH</u> Competencias técnicas (habilidades, conocimientos y actitudes) para incorporar la perspectiva de género y un enfoque de derechos en la práctica profesional. |
| | | |
| 2 DINÁMICA DE MEJORA CONTINUA | a RESPECTO A LA ESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS | i <u>RECURSOS HUMANOS</u> Centros de prestación de servicios que cuentan con una dotación de recursos humanos adecuados al tamaño y perfil de su padrón de afiliados, y capacitados para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva. |
| | | ii <u>RECURSOS MATERIALES-TECNOLÓGICOS</u> Centros de prestación de servicios preparados con equipamiento, recursos tecnológicos e insumos adecuados para la atención en salud sexual y reproductiva. |
| | | iii <u>RECURSOS NORMATIVOS</u> Regulación externa aplicada (disponibilidad y difusión) y regulaciones internas con enfoque de género y ajuste a la normativa nacional vigente. |

| MACRODIMENSIÓN | DIMENSIÓN | SUBDIMENSIÓN |
|--|--|---|
| 2 DINÁMICA DE MEJORA CONTINUA | b RESPECTO AL DISEÑO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES Y DE PROMOCIÓN | <u>i</u> ACCESIBILIDAD Facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación a la ausencia de barreras organizativas, económicas, culturales, geográficas y de género. Involucra no sólo el acceso inicial sino toda la ruta crítica de la persona en el servicio de salud. En este sentido incluye elementos de la estructura y de proceso. |
| | | <u>ii</u> SEGURIDAD Conjunto de normas, procedimientos, instrumentos y métodos basados en evidencias científicas destinados a minimizar el riesgo de daño sobre agregado y de eventos adversos en la atención de la salud. Incluye medidas que garantizan prácticas diagnósticas, terapéuticas y de cuidados seguros del equipo de salud, así como de ajuste del medio ambiente, organización y funcionamiento institucional, incluyendo la dotación, competencias y sostenimiento del personal. Refiere tanto a los/las usuarias como al sistema en su conjunto. |
| | | <u>iii</u> FUNDAMENTO EN EL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO Asistencia sanitaria acorde al estado de la evidencia científica disponible, de forma de disminuir la variabilidad innecesaria de la práctica clínica, en base a guías y protocolos de atención. |
| | c MECANISMOS DE MEJORA CONTINUA | Comprende mecanismos de mejora en torno a: derechos de la/el usuario y ética de la organización, evaluación clínica, asistencia, educación sanitaria del paciente y sus familiares, continuidad de la asistencia, funciones de la organización, mejoras en la actuación de la organización, liderazgo, gestión del entorno de la asistencia, gestión de los recursos humanos, gestión de la información, vigilancia, prevención y control de las infecciones hospitalarias, descripción y definición de las funciones de las estructuras con funciones de gobierno, dirección, etc. |
| d SEGMENTACIÓN | La diferenciación en la atención a usuarias/os en función de pago de montos adicionales a los mecanismos de financiamiento regular del seguro de salud | |
| 3 RESULTADOS DE LA ATENCIÓN | a ANTICONCEPCIÓN | <u>i</u> COBERTURA Refiere a la cantidad de mujeres en edad reproductiva que pueden elegir y acceder a un conjunto amplio de métodos anticonceptivos modernos sin requerimiento de pago de bolsillo en el momento de solicitarlos. |
| | b EMBARAZO, PARTO/ CESÁREA Y PUERPERIO | <u>i</u> CAPACITACIÓN PRECOZ Refiere a inicio de los controles del embarazo antes de las 12 semanas de gestación. |
| | | <u>ii</u> SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL EMBARAZO Refiere a las consultas durante el embarazo, la realización de estudios paraclínicos según pautas vigentes, la preparación para el parto y el nacimiento y el puerperio. |
| | | <u>ii</u> MODALIDAD DEL PARTO Refiere a la terminación del parto en forma espontánea, cesárea, fórceps, vacuum u otra. |
| | c INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO | <u>i</u> OPORTUNIDAD DE LA INTERVENCIÓN Refiere a la disponibilidad de servicios de IVE, con información y asesoramiento técnico dentro de los plazos definidos por la norma |
| | | <u>ii</u> MODALIDAD DE LA INTERRUPCIÓN Refiere a la técnica con que se realiza la evacuación uterina. AMEU: aspiración manual endouterina; AEU: aspiración eléctrica endouterina; LUI: legrado uterino instrumental; MED Medicamentos: misoprostol y mefiprestona. |
| | | <u>iii</u> CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Refiere a si el proceso de atención (IVE 1, 2, 3, 4) se realiza en el mismo servicio de salud, en los plazos definidos por la norma. |
| <u>iv</u> COBERTURA Cantidad de mujeres en edad reproductiva que pueden elegir y acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. | | |

INDICADORES DE CALIDAD DE ATENCIÓN



En las instancias de validación del sistema de indicadores que integran el instrumento piloto participaron:

- Profesionales y docentes de ginecología de la UdelaR.
- Profesionales y docentes de enfermería de la UdelaR.
- Funcionarios técnicos del Ministerio de Salud en el área de salud sexual y reproductiva.
- Investigadores/as de la Facultad de Ciencias Sociales (economista, demógrafo, trabajadora social).
- Funcionarios técnicos de ASSE central y de la Red de Atención del Primer Nivel Metroplotiana (RAP Metropolitana – ASSE).
- Integrantes de organizaciones de la sociedad civil con trabajo en salud sexual y reproductiva.

Más información disponible en <https://calidadsaludreproductiva.psico.edu.uy>

| | MACRODIMENSIÓN | DIMENSIÓN | CANTIDAD DE INDICADORES | TOTAL DE INDICADORES |
|-------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------|----------------------|
| 1 | COMPETENCIA PROFESIONAL | a Habilidades vinculadas a comunicacionales de los equipos de salud | 2 | 30 |
| | | b Destrezas técnicas | 28 | |
| 2 | DINÁMICA DE MEJORA CONTINUA | a Respecto a la estructura de los servicios | 14 | 33 |
| | | b Respecto al diseño y funcionamiento de los procesos asistenciales y de promoción | 11 | |
| | | c Mecanismos de Mejora Continua | 7 | |
| | | d Segmentación | 1 | |
| 3 | RESULTADOS DE LA ATENCIÓN | a Anticoncepción | 5 | 32 |
| | | b Embarazo, parto/ cesárea y puerperio | 15 | |
| | | c Interrupción del embarazo | 12 | |
| CANTIDAD TOTAL DE INDICADORES | | | | 95 |

RESUMEN EJECUTIVO

Estudio: Diseño y validación de un modelo para evaluar la calidad de atención en salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay (2017-2019)

El estudio fue coordinado por investigadores del Programa de Género, Salud Reproductiva y Sexualidades del Instituto de Psicología de la Salud (Facultad de Psicología) y del Departamento de Medicina Preventiva y Social (Facultad de Medicina) de la Universidad de la República y expertos asociados y contó con el apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación Científica (Proyectos I+D, 2017-2019) y de OPS/OMS. El propósito de esta iniciativa fue contribuir con el fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud para garantizar el acceso con calidad a la salud sexual y reproductiva de la población uruguaya.

El objetivo principal del estudio fue diseñar y validar un modelo para la evaluación y el monitoreo de la calidad de atención en salud sexual y reproductiva de los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con foco en tres prestaciones prioritarias: atención del embarazo, parto y puerperio, interrupción voluntaria del embarazo y acceso a métodos anticonceptivos seguros y asequibles. Entre sus objetivos específicos se encuentran: 1) Identificar las dimensiones relevantes para la evaluación de la calidad de atención en salud sexual y reproductiva, consistentes con la perspectiva de integralidad, derechos humanos y equidad de género que promueve la política nacional; 2) analizar las condiciones y requerimientos institucionales para la aplicabilidad de un modelo de evaluación y monitoreo de calidad de atención dirigido a servicios públicos y privados del SNIS y 3) diseñar y validar una propuesta para la evaluación de la calidad de atención de las prestaciones en salud sexual y reproductiva.

Hasta el momento el país no disponía de una herramienta para la evaluación de calidad de atención en salud sexual y reproductiva adaptada a los requerimientos del sistema nacional de salud, consistente con el enfoque de género y derechos humanos y los objetivos estratégicos definidos por la política pública; con estándares de calidad internacionalmente aceptados, y factible de ser integrada a una estrategia de monitoreo y evaluación de prestaciones en salud.

En función de los objetivos definidos el proyecto se organizó en dos fases: a) diseño de una propuesta de dimensiones e indicadores de evaluación de calidad de atención en base a la literatura internacional disponible; y b) aplicación piloto de los instrumentos del modelo de evaluación de calidad valorando su factibilidad y sostenibilidad para ser incorporado como herramienta de evaluación continua en el SNIS. Para ello se realizaron dos instancias de discusión con expertos y referentes

del ámbito académico, de la política pública y organizaciones sociales, con quienes se discutió la propuesta de dimensiones e indicadores y se realizaron ajustes pertinentes. Posteriormente se implementó el instrumento de evaluación con dos prestadores de salud (público y privado), lo cual permitió realizar nuevos ajustes.

A su vez, se buscó incluir los aportes y perspectivas de proveedores y/o usuarios/as, tomadores de decisión, expertos y gestores de servicios así como articular de manera integral la producción de conocimiento, formación de recursos humanos, discusión y transferencia de resultados hacia la política pública.

Agradecemos especialmente las contribuciones de docentes de las facultades de Medicina, Psicología, Ciencias Sociales de la Udelar e integrantes de OPS-OMS, UNFPA, MYSU, Iniciativas Sanitarias, ASSE y MSP.

FUENTES

1. López Gómez, A. (2013). La salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación en Psicología. Montevideo: Facultad de Psicología, Udelar. Disponible en
2. Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, N° 3, part 2, pp. 166-203, publicado nuevamente en junio 2005, Vol. 83, N° 4, pp. 691-729.
3. Higginson, I., (1993). Audit methods: a community chschedule, en Higginson, I., Clinical Audit and Palliative Care. New York: Radcliffe Medical Press.
4. Aspinall, F.; Addington-Hall, J.; Hughes, R. y Higginson, I. (2003) Using satisfaction to measure the quality of palliative care: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 42(4), 324-339.
5. Bertrand, J.T., Hardee, K., Maganini, R.J., and Angele, M.A. (1995). Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. International Family Planning Perspectives 1 (2): 64-9, 74.
6. Williams, T., Schutt-Ainé, J. y Cuca, Y. (2000). Measuring family planning service quality through client satisfaction exit interviews. International Family Planning Perspectives, 26 (2): 63-71.
7. Boltanski, L. (1975). Las clases sociales y el cuerpo. Los usos sociales del cuerpo. (edición Rio de Janeiro: Graal, 1984).
8. Bruce, J. (1990). The Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. Studies in family planing, 21 (2), pp. 61-91.
9. Jain, A.K. (1989). Fertility Reduction and the Quality of Family Planing Services. Studies in Family Planning, 20 (1):1-16.
10. Cottingham, J., Germain, A., and Hunt, P. (2012). Use of human rights to meet the unmet need for family planning. The Lancet 380(9837): 172-180.
En:<http://www.mamaye.org/sites/default/files/evidence/Human%20Rights%20Family%20planning.pdf>
11. Matamala, M., Berlagosky, F., Salazar G. & Nuñez L. (1995) Calidad de atención. Género ¿Salud reproductiva de las mujeres? Santiago de Chile: COMUSAMS-ACHNU.

El estudio cuyos contenidos se presentan en este material fue coordinado por la Prof. Tit. Dra. Alejandra López Gómez (Facultad de Psicología) y la Profa. Agda. Dra. Ima León (Facultad de Medicina). El equipo estuvo integrado por Dr. Wilson Benia, Prof. Adj. Lic. Franco González, Prof. Adj. Mag. Fiorella Cavalieri, Asist. Mag. Martín Couto, Asist. Mag. Marcela Schenck y Asist. Mag. Carolina Farías.

“Declarado de interés ministerial por el Ministerio de Salud”.

“Contó con el aval del Comité de Ética en la Investigación de Facultad de Psicología, Udelar”.

Contacto: proyectocalidadssr@gmail.com

APOYA:



Organización
Panamericana
de la Salud



OFICINA REGIONAL PARA LAS

Organización
Mundial de la Salud
Américas

CSIC
COMISIÓN SECTORIAL DE
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA