

CLINICAS DE CHILE A.G.
Clínicas y Centros de Salud

Temas de Coyuntura

Número 75
AGOSTO 2014

BUSCANDO MEJORAR LA CALIDAD EN ATENCIONES DE SALUD DE LARGO PLAZO

En los últimos años los cambios demográficos, sociales y económicos han transformado la sociedad en la mayor parte de los países desarrollados o en vías de desarrollo. El envejecimiento de la población y el aumento de personas en situación de dependencia dibujan un escenario en el que la prestación de servicios a estos grupos de personas se presenta como uno de los ejes principales de desarrollo de las estrategias de salud.

En la Unión Europea, por cada persona mayor de 65 años hay cuatro con edad de trabajar. Sin embargo, en el año 2050, sólo habrá dos. La demanda de cuidados de salud continuos o a largo plazo se incrementará inevitablemente en las próximas décadas.

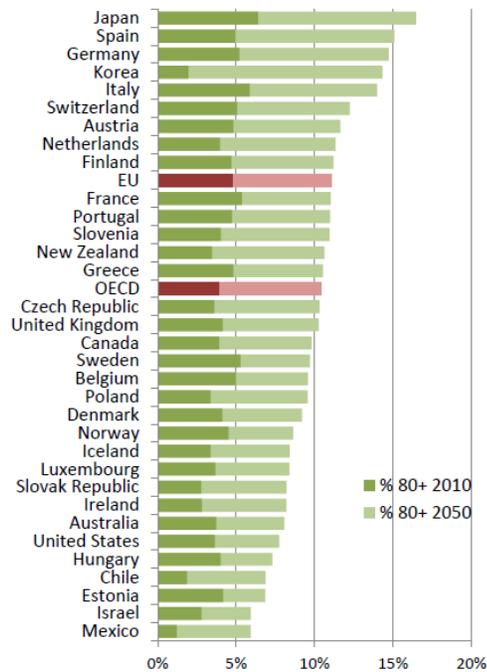
El tema de la vejez y los desafíos en materia de salud que implica este grupo etario están obligando a los gobiernos a desarrollar estrategias que permitan garantizar servicios de salud de calidad que contribuyan a mejorar la vida de las personas que enfrentan capacidades funcionales y cognitivas reducidas.

En el año 2050, habrá más del doble de personas mayores de 80 años de edad que en la actualidad (Figura 1). Entre los países de la OCDE se estima que la proporción de esta población dentro de la población total aumentará de un 3,9% en 2010 al 10% en el año 2050 y del 4,7% al 11,3% en los 27 estados miembros de la Unión Europea. Chile también enfrenta este problema, con un acelerado envejecimiento de su población, lo que impone importantes desafíos al sector salud.

Las estimaciones hacen prever que entre un 25% y un 50% de este grupo de personas mayores necesitarán ayuda en su vida diaria y manejo de enfermedades, debido a un deterioro de sus capacidades funcionales y cognitivas. Esta proyección transforma el tema de los cuidados de largo plazo (LTC, en inglés) y sus estándares de calidad en un tema prioritario para los sistemas de salud, que comprometerá parte importante de los recursos destinados a financiarlos, pasando desde el 1,6% del PIB en la OCDE (Figura 2) a por lo menos el doble de esta cifra en el año 2050.

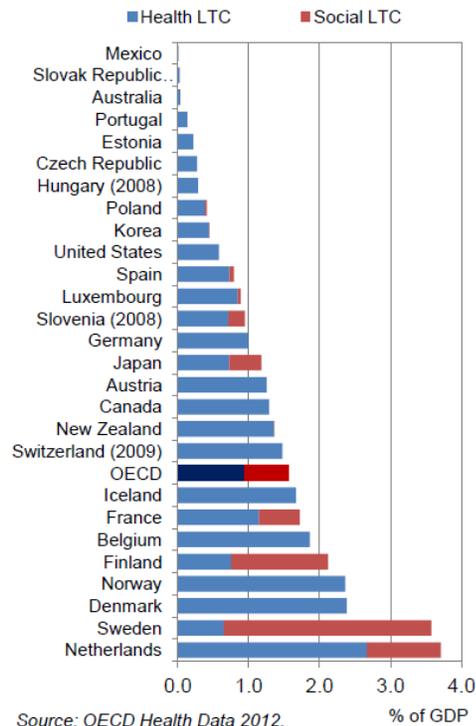
Las atenciones de salud de largo plazo incluyen una gama de servicios personales para ayudar a las personas con discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria (AVD), así como los servicios médicos, atención de enfermería, prevención, rehabilitación o cuidados paliativos. También puede incluir el servicio doméstico y ayuda con las tareas administrativas.

Figura N°1
Porcentaje de población mayor de 80 años (medición año 2010 y estimación al 2050).



Source: OECD Labour Force and Demographic Database, 2013

Figura N°2
Cuidados de Largo Plazo como % PIB



Source: OECD Health Data 2012.

La preocupación por la calidad de este tipo de atenciones es importante porque los usuarios vuelven cada vez más exigentes, buscando acceder un servicio que les permita mayor injerencia y control de sus vidas en una etapa que puede ser larga y por otra parte los países ven que cada vez se comprometen más recursos en este tema y existen presiones por mejorar y evaluar sus resultados y evitar posibles abusos en poblaciones vulnerables.

Tres aspectos son generalmente aceptados como críticos para la calidad de este tipo de atenciones:

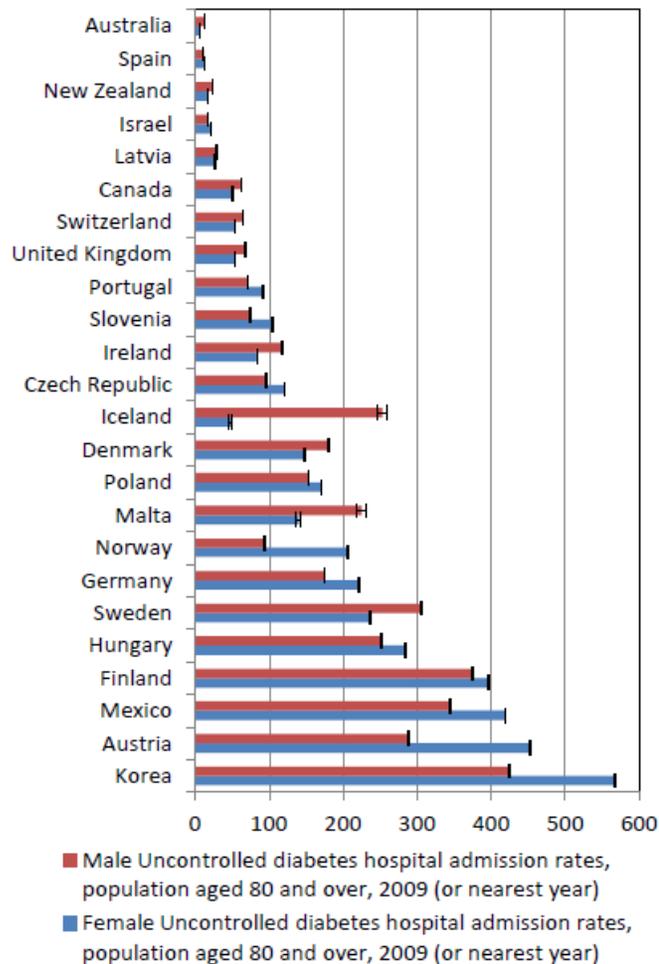
- La eficacia y la seguridad
- Capacidad de respuesta y orientación al paciente
- Coordinación de las atenciones

En la práctica, este es un tema que aún no está completamente asumido en la mayoría de los países, a pesar de reconocer que una gestión ineficiente tiene efectos negativos en la calidad de vida de los usuarios y genera gastos innecesarios a los gobiernos.

- Medidas de caídas y fracturas relacionadas en los ancianos se recogen solamente en un tercio de los países de la OCDE. Menos aún tienen indicadores sobre escaras, uso de medicamentos, o la pérdida de peso, y solo una minoría de países, como Finlandia, Holanda y Estados Unidos llevan registros de tasas de depresión entre ancianos dependientes, a pesar de ser la condición de salud comúnmente observada en esta población.
- Por otra parte, a pesar que existe conciencia política de la necesidad de alinear las atenciones de salud con los deseos y necesidades de sus potenciales usuarios (por ejemplo, aumentando las posibilidades de elección de proveedor de servicios) existen pocas medidas concretas: Inglaterra, Corea, Alemania, Portugal y Holanda tienen mecanismos formales desarrollados para evaluar la experiencia del usuario en LTC.
- Sólo la mitad de los países que manifiestan estar preocupados acerca de los tiempos de espera para acceder a los servicios LTC recogen datos relevantes sobre este tema (como pacientes hospitalizados que sufren un retraso en la transferencia a los servicios de cuidados de larga duración, que se recogen en Inglaterra).
- La medición de hospitalizaciones evitables por las enfermedades crónicas en personas mayores (diabetes no controlada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma) son un buen indicador respecto a que tan bien los sistemas de atención primaria y cuidados de larga duración manejan estas condiciones. La disparidad de los resultados observados en los diferentes países muestra las diferencias en eficiencia en el manejo de estas condiciones.

Figura N°3

Tasas de admisión en personas mayores de 80 años por Diabetes no controlada.



Source: OECD Health Data 2011.

INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD

Los indicadores de calidad de LTC (*cuidados de largo plazo*) son necesarios y fundamentales para la supervisión regulatoria del gobierno, ayudan a los proveedores a identificar problemas y focos de eventos adversos en la prestación de la atención y además ayudan a los usuarios a tomar decisiones informadas. Sin embargo, a pesar que todos los países están dispuestos a medir indicadores como 30 días de letalidad para el accidente cerebrovascular o ataque cardiaco, pocos países miden sistemáticamente si las atenciones de salud de largo plazo son seguras, eficaces y centradas en las necesidades de los beneficiarios de los cuidados.

Las lecciones aprendidas en el desarrollo de indicadores de calidad de atención de la salud sugieren que los indicadores deben centrarse en los resultados de calidad, no los procesos; ser construido a partir de datos administrativos que utilizan sistemas de codificación normalizadas; y deben basarse en un solo elemento, no en una escala multi-ítem.

Muchos países de la OCDE han avanzado en esta materia, implementando diferentes estrategias:

- En Australia, un conjunto de normas de atención han sido implementadas por la mayoría de las jurisdicciones desde 2011 para integrar y estandarizar la acreditación de los servicios de atención comunitaria. De acuerdo con esta norma, hay 18 indicadores (y los resultados esperados asociados), que abarca la gestión, el acceso y la prestación de servicios, así como los derechos de los usuarios del servicio. El desempeño de los proveedores se controla a través del Programa de Información de Calidad de Cuidado Comunitario.
- En Canadá, los datos sobre la calidad del LTC se recogen a través de los instrumentos de evaluación estandarizados (RAI) y sometidos al Sistema de Notificación de Atención Continua del Instituto Canadiense de Información Sanitaria (CIHI). Se proporciona información sobre los mecanismos de acceso, datos demográficos, escalas de resultados, indicadores de calidad y utilización de los recursos, a nivel de los proveedores.
- En Finlandia, los indicadores de calidad se derivan de una red voluntaria para el desarrollo de la calidad utilizando los instrumentos de evaluación estandarizados desde el año 2000. Aunque la cobertura es del 30%, la información recogida es estandarizada para ser comparable entre los diferentes condados que utilizan los mismos instrumentos de evaluación. Algunas autoridades locales exigen información de calidad basada en este sistema para asignar un contrato financiado con fondos público.
- En Alemania, los Consejos Asesores Médicos de las Cajas de Seguro de Salud (Medizinische Dienste der Krankenversicherung) son los encargados de la evaluación de necesidades y garantía de calidad en LTC. Los proveedores están obligados a cumplir con los acuerdos de transparencia y reportar la información que se incluye en los informes de transparencia (comenzó en 2009). Estos incorporan información sobre las inspecciones de las habitaciones, salas de estar y documentación sobre las actividades pertinentes, así como los resultados de las visitas personales a los residentes. Los indicadores relacionados con la calidad, medidos en las auditorías e inspecciones están relacionadas con la atención de enfermería y la asistencia sanitaria y la satisfacción del paciente, así como los aspectos estructurales.
- En Holanda, el Ministerio de Salud elaboró el CQ®Index para medir las experiencias de los pacientes en hogares de ancianos y hogares para cuidados de enfermería. El CQ®Index se basa en el marco nacional de calidad de "cuidado responsable" que especifica diez dominios de calidad, como la calidad de vida y satisfacción de los usuarios. Las instituciones se clasifican y la información está a disposición del público.
- En Suecia, los registros ofrecen una rica fuente de información de calidad entre las personas de edad avanzada. Por ejemplo, el "Registro de Alertas", iniciado en 2009, recoge datos individuales sobre las caídas, úlceras por presión y la mal nutrición para ayudar en la identificación de las personas mayores en situación de riesgo. Para el año 2012, 274 municipios (de 290) informaron datos en el registro. Usando estos datos y encuestas, se ha desarrollado recientemente un sitio web que contiene datos de calidad para todos los municipios, así como viviendas especiales, servicios de ayuda a domicilio y dependencias de los servicios de atención de día. Se reportan 36 indicadores tales como la capacidad de respuesta, el nivel de la atención, la coordinación, y la calidad de vida.

- En Estados Unidos, algunos de los datos presentados de hogares de ancianos certificados por Medicare y Medicaid y las agencias de salud a domicilio se publican en el sitio web de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). El público es libre de acceder a la información y la evaluación de cada establecimiento y proveedor.

TENDENCIAS EN POLÍTICAS DE CONTROL DE GESTION DE LTC

Una revisión de los enfoques de los países de la OCDE y de la UE muestra que una combinación de políticas para impulsar la calidad LTC parece ser la línea de trabajo que muestra los mejores resultados:

- Estándares regulatorios, por lo general focalizados en un número acotado de normas mínimas o condiciones básicas (RRHH e infraestructura), las que se deben hacer cumplir exigentemente.
- Establecer estándares y protocolos referidos a las prácticas de atención y monitorear que los indicadores de calidad se acerquen a los objetivos establecidos.
- Definir incentivos de mercado para los proveedores y los usuarios, incluidos los incentivos financieros, y la clasificación de desempeño de los proveedores.

La legislación de todos los países ha establecido los principios de una atención adecuada y segura, o la protección contra el abuso. Organismos descentralizados son a menudo responsables de control de calidad.

Licencias, acreditación y estándares mínimos en hogares de ancianos.

En dos tercios de los países de la OCDE, la acreditación o certificación de los centros de atención es obligatoria (por ejemplo, Inglaterra, España, Irlanda y Francia), una condición para el reembolso y la contratación (por ejemplo, Australia Alemania, España, Irlanda, Inglaterra y Portugal, el Estados Unidos), o la práctica común (por ejemplo, Suiza). La acreditación demuestra que una instalación LTC cumple con ciertos criterios y está en condiciones de operar. Los organismos nacionales de acreditación a menudo son autoridades independientes.

El establecimiento de normas mínimas son a menudo elementos clave de los criterios de evaluación para la acreditación o autorización para ejercer. Dimensiones de calidad utilizados en la acreditación y el establecimiento de normas han evolucionado con el tiempo a partir de insumos (por ejemplo, proporción de trabajadores calificados en función del número de usuarios LTC) a los procesos de cuidado (por ejemplo, la gestión de medicamentos, mantenimiento de registros, control de infecciones), y, más recientemente, los resultados, la calidad de vida, la elección y la dignidad humana, como ahora se utiliza en Australia y los Países Bajos.

Acreditación y Normas estandarizadas para los servicios de atención domiciliaria y comunitaria son menos comunes, pero se pueden encontrar en Francia, Japón, Portugal, España y Estados Unidos.

Requisitos de calificación del personal.

Los requisitos de calificación para los trabajadores de LTC son pocos, y a menudo no se extienden a la educación continua o monitoreo continuo. Los trabajadores que laboran el área de cuidados domiciliarios incluso son menos regulados. Las hora de formación, los módulos de formación, y el

proceso de certificación final varían de alrededor de 75 horas en los Estados Unidos a 430 horas en Australia, y de 75 semanas de entrenamiento total en Dinamarca a tres años de formación para los trabajadores de certificados en Japón.

Aplicación de la normativa vigente.

Respecto a la ejecución de la normativa vigente, se observa que aún no es lo suficientemente estricta e implica un importante desafío futuro:

- Mientras que en los casos más flagrantes de las deficiencias, los servicios son terminados y los contratos públicos se cortan, para otros casos de menor gravedad, la aplicación de las normas a menudo ha sido indulgente.
- La supervisión del cumplimiento es costoso para las autoridades reguladoras, mientras que la adhesión a las normas y protocolos puede ser costoso para los proveedores.
- Existe conciencia que una regulación excesivamente estricta tiene límites, por ejemplo, puede sofocar las innovaciones, y los proveedores podrían centrarse en lo que está regulado, y no en cuestiones más amplias de calidad.

Desarrollo de herramientas de evaluación estandarizadas son cada vez más generalizadas.

Herramientas de evaluación estandarizadas utilizadas por varios proveedores de países de la OCDE y de la UE ayudan a desarrollar planes de atención adecuados. También promueven la coherencia en la atención y pueden ayudar a prevenir los eventos adversos como la prescripción inadecuada de medicamentos. Algunos ejemplos son: el Resident Assesment Instrument (RAI) utilizado en Bélgica, Canadá, Finlandia, Islandia, Italia, Estados Unidos y España; la escala AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe-ressources iso) en Francia; KATZ y en Bélgica.

Muchos países que utilizan la evaluación estandarizada realizan adaptaciones a sus realidades locales. Esto hace que sea posible encontrar el equilibrio adecuado entre la estandarización de la evaluación y la adaptación de la atención a las necesidades y circunstancias individuales.

Desarrollo de protocolos de atención.

Existen algunas pautas clínicas pero estas guías se desarrollan por lo general basado en los ensayos clínicos aleatorizados que a menudo excluyen a los pacientes de edad avanzada, o se han desarrollado en torno a enfermedades específicas, por lo que es difícil adaptarse a casos reales de personas que tienen muchas enfermedades al mismo tiempo. Hay una necesidad de una mejor orientación en torno a la atención de personas con enfermedades neurodegenerativas complejas tales como la demencia.

El progreso en el desarrollo de guías de práctica clínica en el cuidado de la demencia se ha hecho en Canadá, Francia, Suecia y Alemania. Bélgica, Dinamarca, Francia, Holanda, Noruega y Suecia. Inglaterra y Escocia tienen estrategias nacionales de problemas de salud mental que incluyan pautas de cuidado demencia específica para los proveedores de cuidados de larga duración, así como las disposiciones relacionadas con la calidad.

Incentivos y transparencia del mercado.

Respecto a esta materia, se considera que aún no hay evidencia lo suficientemente robusta.

Información pública sobre la calidad del LTC, en particular en las instituciones proveedoras de

servicios, es obligatorio en los Estados Unidos, Japón, Inglaterra, Alemania, Portugal, Holanda y Canadá (Ontario), mientras que sigue siendo voluntaria en Finlandia y en Austria. Estos informes han demostrado ser eficaces para alentar a los proveedores a mejorar sus estándares.

En Inglaterra, los Estados Unidos, Holanda, Alemania y Suecia, los informes públicos que ofrecen información sobre el rendimiento comparativo entre pares y están públicamente disponibles a nivel de los proveedores. La evidencia de los Estados Unidos y Corea sugiere que esta medida de transparencia incentivó esfuerzos para mejorar la seguridad, la comunicación y la capacidad de respuesta de los proveedores. Sin embargo, también hay informes que apuntan a lo contrario de Alemania y Portugal.

Sistemas de clasificación calidad.

Alemania, Corea, Suecia y los Estados Unidos publican informes sobre los proveedores de cuidados de larga duración junto con una calificación de su desempeño basado en indicadores de calidad ponderados. En los Estados Unidos, Nursing Home Compare - una herramienta web que permite comparaciones entre residencias de ancianos - ha permitido la toma de decisiones más informada entre los usuarios de LTC. Sin embargo, la evidencia de Inglaterra, donde un sistema de calificación de estrellas ha sido discontinuado, sugirió que sólo uno de cada seis usuarios estaban al tanto de la información pública y muy pocos utilizan esta información. Por otra parte, los sistemas de calidad plantean preguntas acerca de cómo ponderar los diferentes indicadores, cómo utilizar la evidencia para mejorar malos resultados y si las personas mayores frágiles son capaces de tomar decisiones informadas.

Elección y dirección del consumidor.

Más que centrarse en los prestadores, algunos países apoyan a los usuarios para que puedan tomar decisiones sobre el tipo de atención que desean, por ejemplo, dándoles dinero para gastar en este tipo de atenciones. Estos mecanismos se han introducido en casi dos tercios de los países de la OCDE, en particular en Europa. Esta política se ha asociado a una mayor satisfacción entre los usuarios, pero requiere una supervisión muy estricta de los servicios.

Pagos por rendimiento.

El sistema de pagos de rendimiento están ganando la atención en el cuidado de la salud como medio para recompensar una atención de mayor calidad, sin embargo, pocos países han iniciado tales incentivos en LTC. En Corea, el Programa de Incentivos para los hospitales LTC vincula resultados de la evaluación con los pagos de honorarios. En Estados Unidos, algunos estados han comenzado un modelo de compras basados en pagos por resultados para los hogares de ancianos.

La evidencia sugiere que los incentivos financieros pueden ayudar a generar cambios positivos en ciertos resultados específicos, estimular una mayor comunicación de los datos clínicos y el uso de los sistemas de evaluación. Sin embargo, es necesario mejorar la evaluación de impacto en los aspectos clínicos y otros de calidad antes de recomendar un uso más generalizado.

Cuidado coordinado.

Las personas que necesitan los servicios de cuidados de larga duración son más propensas a tener enfermedades crónicas o múltiples morbilidades. Una mala integración o coordinación de las atenciones es una de las principales causas de insatisfacción de los usuarios, lo que lleva a los eventos como reingresos hospitalarios evitables.

Algunas iniciativas implementadas en algunos países muestran el potencial para mejorar la coordinación de la atención en LTC, tales como: i) Sistema de monitoreo o seguimiento de casos o la existencia de coordinadores de atención primaria en Japón y Suecia; ii) La atención interdisciplinaria en Bélgica, Francia y Portugal; iii) la disponibilidad del sistema de información integrado que vincule los datos a través de la continuidad de la atención y portable a través de centros de salud y de cuidado como en Portugal; iv) Equipos multidisciplinarios y un solo punto de entrada al sistema como en Holanda y Suecia.

Claramente el tema de lograr servicios LTC eficientes y con buen nivel de percepción por parte de los usuarios aún se está desarrollando, pero los países ya han tomado conciencia de su importancia en la calidad de vida de una parte cada vez más importante de su población. Los recursos involucrados son enormes y se prevee una tasa de crecimiento de demanda acelerada, lo que obligará a las autoridades a focalizarse en estrategias de optimización.

Nota: Este documento está basado en la publicación **POLICY BRIEF A GOOD LIFE IN OLD AGE**, OCDE, European Commission June 2013.

Clínicas de Chile A.G. es una asociación gremial que reúne a los principales prestadores y establecimientos de salud privados de Chile en el proyecto común de entregar un mejor servicio de salud al país. Su objetivo es fomentar el desarrollo y perfeccionamiento de las instituciones prestadoras privadas, promoviendo el diseño de políticas públicas que permitan a todas las personas aprovechar la capacidad de gestión eficiente, la experiencia y las competencias del sector privado, para ampliar la cobertura y las opciones de atención en salud.