

## **La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas.**

María Isabel Ávalos García\*  
Secretaría de salud

### **ENSAYO**

**Fecha de recibido:** 2 de diciembre de 2009

**Fecha de aceptación:** 4 de febrero de 2010

### **DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA**

1ª Cda. de Avenida Ramón Mendoza No. 107 C, Col. José Ma. Pino Suárez, Villahermosa, Tabasco, México.  
Tel. 019933 573314  
C.P. 86029  
Dirección electrónica: [isaavalos67@hotmail.com](mailto:isaavalos67@hotmail.com)

\*Licenciada en Enfermería. Maestra en Ciencias en Salud Poblacional. Doctora en Ciencias de la Salud. CAAPS Tierra Colorada, Secretaría de Salud.

### **Resumen**

El documento presenta la conceptualización de la calidad de la asistencia médica, las tendencias más recientes, el ciclo de mejora continua de la calidad en salud, los conceptos, métodos e instrumentos que se emplean para la evaluación de la calidad en salud y sus particularidades en el caso de la atención primaria.

Palabras claves

Evaluación, calidad, atención primaria

**Evaluation of quality in the primary attention of health care. Theoric and methodologic considerations.**

### **Abstract**

This paper presents the conceptualization of the quality of medical care, its most recent tendencies, the continuous improvement cycle of health care quality and the concepts, methods and instruments that are used in the evaluation of health care quality and its particularities regarding primary attention.

**Evolución histórica de la calidad** • La calidad, como característica, peculiaridad o singularidad de los productos o servicios, a partir de los cuales es posible calificarlos como aceptables, buenos, excelentes, inaceptables, malos o pésimos, no es algo nuevo en la larga historia de la humanidad. La batalla por asegurar que los resultados del trabajo humano respondan a las exigencias o expectativas de quienes van a consumirlos, parece haber empezado desde muy temprano. Por supuesto, algunas medidas de rectificación de errores parecen, en los términos actuales, particularmente excesivos.

Las antiguas civilizaciones del mundo ya eran rigurosas con los problemas de calidad. Fenicios, egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras, y los mayas empleaban el mismo método. Los fenicios, famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que los elaboraban mal y de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores. El código de Hammurabi (Mesopotamia 1752 AC) decretaba la muerte del albañil

que hubiera construido una casa que se derrumbara matando a su dueño.<sup>i,ii,iii</sup>

Otro hecho significativo, es el concepto de *marca*, cómo símbolo de distinción y “buena calidad” que, aunque parece reciente, tiene su origen en la edad media, con propósitos casi idénticos a los actuales, aunque con respecto a productos artesanales, que eran los que aparecían en los mercados de la época. Los gremios establecían normas y ejecutaban las inspecciones<sup>1</sup>

La revolución industrial trajo consigo la producción en serie, la no participación directa del propietario en la fabricación del producto, la especialización en el trabajo y el surgimiento de la competitividad como problema, lo que derivó en la necesidad de encontrar nuevas formas de organizar las empresas en función de que fueran capaces de satisfacer un mercado que crecía exponencialmente y se volvía cada vez más exigente. Taylor (1856-1915) encontró respuestas científicamente fundamentadas para resolver estas necesidades.

La organización taylorista del proceso industrial hacía énfasis en la división del trabajo, la estandarización de los componentes y de los procesos, la separación en personas diferentes de la función de hacer el producto y la de inspeccionarlo, el estudio de los tiempos y movimientos para simplificarlos y hacerlos más eficientes y una estructura organizativa conceptualmente nueva, que pudiera asimilar el significativo crecimiento en cantidad de subordinados, en niveles de ejecución y en elementos nuevos, tales como las diferencias entre lo ejecutivo y lo funcional.

La calidad ha evolucionado en la misma medida en que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección de siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad.

**La conceptualización de la calidad de la asistencia médica. Sus particularidades** • Todos estos avances en las concepciones teóricas, prácticas y metodológicas de la calidad estuvieron muy marcados por su origen y posterior evolución en el campo de la industria. Su introducción en el campo de los servicios ha tenido

necesariamente que adecuarse a las particularidades que los distinguen del sector industrial (el producto no puede ser almacenado ni reciclado; el proceso es intangible; prestador y cliente deben coincidir en tiempo y espacio; los valores relativos a la comunicación interpersonal son decisivos).

Las particularidades de los servicios resultan aún más significativas cuando se trata del sector salud, pues obligan a modificar sustancialmente o a adaptar los métodos y técnicas originados en la industria. Algunas de esas particularidades son:<sup>iv</sup>

- El cliente (paciente, familiar o la comunidad) es parte de la ejecución del servicio, por tanto es sujeto y objeto en la creación de valor.
  - Es un servicio imprescindible tanto para la persona sana como para la enferma, lo cual le da carácter de universal.
  - El prestador tiene una posición privilegiada con respecto al cliente, por lo que influye decisivamente sobre el consumo, del cliente y de la institución.
  - Muchos errores y daños prevenibles tienen carácter irreversible o al menos provocan repetición de intervenciones.
  - Cada paciente es un caso único e irrepetible.
  - La calidad en salud no está vinculada sólo con satisfacción de clientes y manejo adecuado de los costos, dado que incluye mejorar la calidad de vida de las personas, extenderla y en muchos casos evitar se enfermen o mueran innecesariamente.
- Aunque los seis puntos anteriores son esenciales a la hora de hablar de particularidades de la calidad en salud, el sexto, por sus implicaciones sociales y humanistas, representa el punto más complejo y delicado a resolver, en materia de calidad, en dicho sector.

Malagón-Londoño, al referirse a los errores y fallas que implican mala calidad en cualquier sector, compara la industria con los servicios de salud y señala que los primeros “...se pagan con pérdidas de dinero, mientras que la segunda lo hace con pérdidas de vidas, aspecto de gravedad social y moral, que implica no solo el desprestigio definitivo de la institución, sino su condena ética y penal.”<sup>v</sup>

“La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. Encontramos su origen en Papiros egipcios, en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley del propio Hipócrates. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad. La eficacia presidió

el trabajo de Nightingale, cuando consiguió disminuir las tasas de mortalidad de los pacientes hospitalizados durante la guerra de Crimea<sup>vi</sup>. La efectividad de las intervenciones quirúrgicas era el interés fundamental de Codman<sup>vii,viii</sup> a principios de siglo, siendo ambos los precursores más cercanos de la calidad asistencial como característica intrínseca de la práctica clínica.<sup>ix</sup>

La definición de calidad de la atención médica ha evolucionado en el decursar de los años. Lee y Jones, en un documento ya clásico, definieron el concepto de “buena atención” como “la clase de medicina practicada y enseñada por líderes reconocidos de la profesión médica en un momento o periodo determinado”; agregando que la calidad significa conformidad con normas y que dichas normas no son absolutas sino que varían de una sociedad a otra. Ese mismo año, dichos especialistas dan a conocer sus “Ocho artículos de fe”, donde fijan los que consideran son los principios de la buena atención médica. Más de 75 años después, no hay nada que objetar a tales principios.<sup>x</sup> Sin embargo, la definición considerada clásica, es la de Avedis Donabedian (1919-2000), experto en este campo, quien la definió como “una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes”.<sup>xi</sup>

Donabedian enfatiza el estudio de la calidad mediante los enfoques de estructura, proceso y resultado; así como su análisis mediante tres dimensiones: calidad técnica, calidad interpersonal y comodidades.<sup>xii,xiii</sup>

Hay otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica. Para el Institute of Medicine de los Estados Unidos de Norteamérica, “la calidad de la asistencia médica es el grado en 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.”<sup>xiv</sup> Esta definición resulta muy completa al considerar tanto individuos como poblaciones y al vincular la calidad con el desarrollo científico técnico y su dominio por parte de los prestadores. Otros enfoques, aún más recientes, asocian la calidad con la efectividad y la eficiencia, lo que permite

colocar la calidad en salud, no como un generador de altos costos, sino como todo lo contrario.<sup>xv,xvi</sup>

**Tendencias más recientes en el abordaje de la calidad en salud** • Tres son los conceptos que más recientemente se han venido manejando con respecto a la calidad en salud: garantía de calidad, control de calidad total y mejoramiento continuo de la calidad.

La garantía de calidad (Quality Assessment) en salud aparece inicialmente en Estados Unidos de Norteamérica en la primera década de los años setenta y estaba basada en el sistema de aseguramiento de la calidad de Juran. Esta concepción se extendió con mucha rapidez en Canadá y los países latinoamericanos, principalmente Argentina, Colombia, Costa Rica, Cuba y Chile. En Europa, el proceso fue mucho más lento y difícil y sólo gracias al empeño de países promotores, particularmente Italia y España, se pudo quebrar la resistencia. Esta situación ha mejorado sustancialmente bajo la conducción de la European Foundation for Quality Management (EFQM)<sup>xvii</sup>

La garantía de la calidad en salud hace énfasis en la evaluación desde fuera de la ejecución, o sea una persona o equipo de personas valora la intervención o el proceso realizado por otra persona o equipo de personas. El que evalúa y el que es evaluado pueden pertenecer o no a la misma organización. Este enfoque dio origen a diferentes comités de calidad, tales como el de fallecidos, el de historias clínicas o el de infecciones, así como a las auditorías médicas y a las organizaciones especializadas en revisiones profesionales en el campo de los servicios médicos.

El punto débil de este enfoque es cuando los resultados de la evaluación no se convierten en acciones correctivas, lo cual es también cierto para cualquier actividad, sector o rama.

La garantía de la calidad es un enfoque que sigue vigente en numerosos países y forma parte de los documentos públicos que regulan los sistemas de salud, pero en la mayoría de los casos aparece mezclada con conceptos más recientes y en otros se le asocian definiciones que desbordan el contenido del término

El control de calidad total<sup>2</sup> Total Quality Control –TGC–, introducido por Feigenbaum (1920-) en el año 1956, representó un cambio sustancial de cómo se debía entender la calidad en las condiciones contemporáneas. Para Feigenbaum, la calidad no sólo es un componente central del proceso de hacer el producto o el servicio, sino que involucra a todas las funciones gerenciales y a sus ejecutores. Como resultado de esta concepción, el enfoque de la calidad se ha renovado, pasando del concepto de calidad orientada al cliente, al de actividades orientadas al cliente.<sup>xviii</sup>

La introducción del concepto de calidad total, permitió modificar conceptos muy enraizados que consideraban la calidad una responsabilidad exclusiva de las personas relacionadas directamente con la producción y un problema que sólo podía resolverse en las áreas técnicas. A lo anterior se añadía un énfasis notable en la evaluación de la calidad, en detrimento de la acción consecuente, o sea la mejora y la innovación.

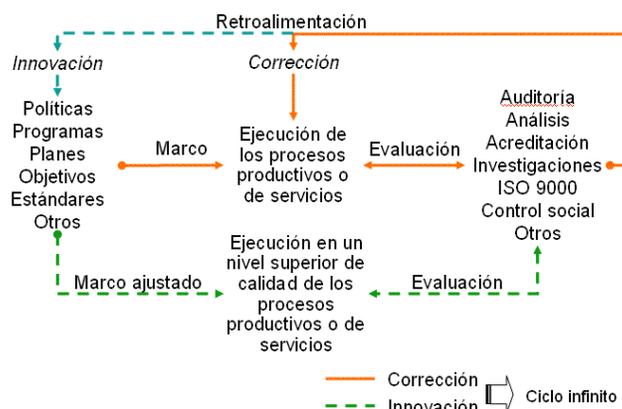
El concepto de mejoramiento continuo de la calidad es inseparable del de calidad total, de hecho, muchos autores y especialistas los manejan como una unidad. El aporte fundamental de este concepto radica en la idea de ciclo concebida por Shewart (1891-1967) que se identifica por el acrónimo PDCA (Plan, Do, Check, Art) en idioma inglés y en español como PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar). Tal idea fue desarrollada ampliamente por Deming (1900-1993), como parte de su conceptualización acerca del mejoramiento continuo de la calidad, al punto de que en la actualidad, es más conocido como ciclo de Deming.

La idea de este ciclo no es nueva, de hecho estuvo presente en los fundadores de la Administración Científica, particularmente Fayol (1841-1925), cuando la concibió como conformada por un ciclo integrado por Planificación, Organización, Dirección y Control, que aunque no parecen idénticas en sus denominaciones, si tienen mucho parecido en cuanto a su concepto de flujo lógico, que es como actúan.

<sup>2</sup> En la práctica diaria se utiliza calidad total como forma simplificada de referirse a su original en idioma inglés. Esto ha llevado a la idea de que se trata de calidad absoluta, sin errores ni fallas, que de ninguna manera se corresponde el concepto de total quality control, ni con el de mejoramiento continuo de la calidad.

La concepción de ciclo en el mejoramiento continuo de la calidad aporta tres ideas básicas fundamentales: la corrección de errores y fallas en el proceso productivo o de servicios; la innovación como manera de pasar a etapas superiores de calidad aventajando lo que hasta ese momento se consideraba como bueno; y el horizonte desplazable representado por un proceso que no termina nunca. A continuación se presenta un esquema, que sintetiza gráficamente como opera el ciclo de la mejora continua de la calidad.

El ciclo de la mejora continua de la calidad



Como se puede apreciar en el esquema, el punto de partida son las referencias (políticas, programas, planes, etc) que sirven de marco para la realización y evaluación de las acciones. Los procesos se realizan o debieran realizarse ajustándose a ese marco y son el objeto principal de atención del mejoramiento continuo de la calidad. La evaluación y los procesos se interrelacionan y producto de ello se conoce si se ajustan a las normas o estándares, si hay fallas o errores en la ejecución que requieren corrección o aparecen nuevas maneras de hacerlos, innovación, que no se corresponden con dichas normas o estándares, sino que las superan. De ese resultado se derivan dos tipos de consecuencias, la corrección para ajustar el proceso a la norma o estándar o la modificación de la norma o estándar para asimilar la mejora en la ejecución. Ese ciclo se repite de forma infinita.

El control total de la calidad y mejoramiento continuo de la calidad, como una unidad, ha sido el objeto de numerosas contribuciones por parte de figuras claves de la calidad, tales como Joseph Juran con el diagrama de la trilogía de la calidad, Deming con el desarrollo del PHVA, los catorce puntos y las siete enfermedades de la gerencia; Ishikawa

(1915-1989) con los círculos de calidad y el diagrama de causa efecto que lleva su nombre; Masaaki Imai, (1930-) con el Kaizen que se constituyó en una filosofía y en un sistema de gestión orientado a la calidad. Estos y otros aportes han consolidado un cuerpo de teorías, métodos e instrumentos debidamente estructurados que forman la base de cómo se maneja la calidad en las condiciones contemporáneas.

Varios de los conceptos básicos de mejoramiento continuo, tienen una particular significación para las instituciones y sistemas de salud. En opinión de la autora, estos son los de mayor importancia:

Situar la calidad no como una actividad independiente, sino como parte inseparable del trabajo de los gerentes, supervisores, profesionales, técnicos y empleados de base, que en el caso de la salud se extiende a los pacientes, los familiares y la comunidad.

El énfasis en las causas y no en los efectos, que incluye la aportación de herramientas y métodos eficaces para el análisis y solución de problemas, lo que permite reorientar el enfrentamiento de las fallas hacia sus verdaderos orígenes.

El ciclo infinito de mejoramiento continuo integrado al proceso gerencial y que incluye no sólo la corrección orientada a ajustarse a los estándares, sino sobre todo la orientación hacia la innovación y el alcance de niveles superiores de resultados, para lo cual se aportan también herramientas y métodos adecuados. Este enfoque se ajusta totalmente al caso de la salud donde la dinámica del desarrollo científico y tecnológico es muy alta.

La gestión por procesos, con la cual se rompe con la rígida estructura por departamentos y servicios para pasar a sistemas de salud verdaderamente integrados que se orientan a disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada, garantizar la continuidad de la asistencia y, sobre todo, lograr que los ciudadanos reciban un servicio personalizado y de calidad que responda a sus necesidades y expectativas.<sup>xix</sup>

**Conceptualización de la evaluación** • En términos generales, la evaluación es una actividad inherente al trabajo humano. Consciente o inconscientemente, las personas, los grupos y las organizaciones intentan establecer en qué medida alcanzaron, están alcanzando o

alcanzarán los sueños, propósitos, metas o estándares que se habían planteado.

Las reglas de la evaluación siempre han sido las mismas: a) se requiere un punto de referencia contra el cual comparar lo que sucedió o sucede con lo que debió suceder, b) la comparación determina que lo que sucedió o sucede se ajusta al punto de referencia o se desvía de este por encima o por debajo y c) la desviación es reportada para que sea rectificadas por aquellos que tienen la autoridad para ello. La evaluación de la calidad, no es una excepción a este esquema, incluyendo sus fallas, entre las que se destacan el hecho de que la desviación ya no tenga solución en ese momento, o que las acciones correctoras no se ejecuten.

**La evaluación en el campo de la gerencia**• La evaluación es inseparable del trabajo gerencial, donde se utiliza igualmente para comprobar en qué medida los procesos y los resultados son consecuentes con los valores esperados, lo que permite decidir qué acciones deben implementarse en función de lo que esa comprobación demuestre. El proceso de evaluación, en la gerencia, constituye un ciclo caracterizado por tres grandes etapas:

Antes de la evaluación: Se requiere la existencia de estrategias, políticas, metas, planes, estándares o guías de acción, que servirán de referencia para medir los procesos, desempeños, productos, servicios o avances. Toda referencia, para ser válida, tiene que ser medible.

Durante la evaluación: Se miden los procesos, desempeños, productos, servicios, o avances con los mismos indicadores utilizados para su creación. Se aplican criterios de filtraje que permiten a los gerentes concentrarse en los puntos críticos o priorizados. Uno de los productos principales de esta etapa es la demostración de oportunidades de mejora.

Después de la evaluación: Se desencadenan acciones, o se toman decisiones, en respuesta a lo detectado en la evaluación, lo que permite mantener la organización o el sistema dentro de los parámetros expresados en el primer paso de la secuencia. Estas acciones o decisiones, también son objeto de evaluación y el proceso sigue de forma permanente, lo que explica porqué se le define como un ciclo.<sup>xx</sup>

Lo anterior, demuestra que la evaluación no es un hecho aislado, sino sólo un punto dentro de un proceso mayor y como tal deberá planearse y ejecutarse. La finalidad de una secuencia como la descrita anteriormente, es que en la organización donde se aplique, se mantengan las concepciones y valores básicos que la rigen y que al mismo tiempo, se creen las condiciones para su mejora y desarrollo continuos. Toda evaluación que no disponga de términos de referencia, o que no desencadene acciones consecuentes producto de lo hallado, representa empleo de recursos que no se convierten en resultados positivos para la organización.

Como se podrá apreciar, este flujo infinito es similar al planteado posteriormente por Shewart-Deming en el denominado ciclo de la mejora continua de la calidad, caracterizado por sus componentes: Planear, Hacer, Verificar, Actuar (PHVA). Tanto en un ciclo como en el otro, la evaluación es simplemente un punto del flujo descrito.

En el ciclo Shewart-Deming, la evaluación está contenida en el componente Verificar, mientras que en el gerencial, la evaluación forma parte de la función control, que es donde actúa de la forma descrita anteriormente. Lo que aportó el ciclo Shewart-Deming, fue ubicar adecuadamente a la evaluación como parte de un proceso mayor y asegurarse que las referencias estuvieran correctamente establecidas, que la evaluación dispusiera de los instrumentos y técnicas propios de la actividad y de que se desencadenaran, no sólo las acciones correctivas sino también las de mejora e innovación encaminadas a superar tales referencias.

**La evaluación de la calidad de la atención médica** • La evaluación de la calidad de la atención médica se ajusta plenamente a todo lo señalado anteriormente con respecto a la conceptualización de la evaluación y a su papel en el campo de la gerencia. Lo distinto es su capacidad para adaptarse a las particularidades de los sistemas, procesos e instituciones de salud, a lo cual se ha hecho referencia anteriormente.

Lo que ha sucedido históricamente, igual que en otros sectores, es que durante muchos años, los sistemas y métodos que se ocupaban de la calidad en salud, se concentraban más en la evaluación que en la mejora, por lo que incluso mucho de ellos son conocidos simplemente como sistemas de evaluación de la calidad en salud. Esta situación cambió radicalmente a partir de la introducción del control de calidad total y del mejoramiento continuo de la calidad.

Por las razones apuntadas en el párrafo anterior, los métodos, técnicas e instrumentos disponibles para la evaluación de la calidad en salud, han tenido mayor desarrollo y diversidad que los que son utilizados para el mejoramiento continuo. A continuación los que pueden considerarse más significativos para el campo de la salud:

**Estándares.** Constituyen las referencias contra las cuales se van a comparar los procesos, intervenciones, acciones, programas o tareas que son objeto de la evaluación. Su forma más habitual de expresión son los indicadores, pero no es la única, pues pueden adoptar otras, tales como políticas, criterios clínicos, guías de actuación, convenciones o prácticas generalmente aceptadas, entre otras. El uso de estándares en los procesos de salud está muy generalizado, lo que facilita los trabajos de evaluación.

**Herramientas de análisis.** Conjunto de instrumentos creados o mejorados por los expertos en calidad, que constituyen una forma organizada y lógicamente establecida para estudiar los fenómenos, comprenderlos y generar conclusiones acertadas. Son ejemplo de ellos, las técnicas de análisis y solución de problemas, el diagrama causa-efecto de Ishikawa, los mapas de procesos, el diagrama de Pareto y las técnicas asociadas al enfoque participativo, entre otros.

**Acreditación.** Es un tipo de evaluación hecha por terceros, generalmente instituciones autónomas públicas o agencias privadas, que tienen esa función. Consiste en determinar si la instalación sanitaria<sup>3</sup> objeto de estudio, cumple con determinados estándares que se consideran imprescindibles. El resultado puede ser otorgar la acreditación, posponerla hasta que se resuelvan los problemas encontrados o denegarla. Una acreditación no es estrictamente sinónimo de calidad, pero sí es una evidencia de que se cumplen los parámetros que la institución acreditadora considera como adecuados.

**Auditoría.** Es también un tipo de evaluación hecha por terceros, generalmente pares<sup>4</sup>, que revisan si la práctica médica examinada es consistente con las normas o

<sup>3</sup> No tiene que ser estrictamente un hospital o una unidad de atención primaria, puede referirse a un laboratorio clínico, un banco de sangre, un centro de formación de personal de la salud o cualquier otra institución que tenga responsabilidades con la salud de las personas

<sup>4</sup> El concepto pares, peer en inglés, significa que los auditores deben tener igual o superior rango científico o técnico que los profesionales que son objeto de su evaluación.

estándares aplicables en el caso estudiado, por ejemplo, guías de práctica clínica, normas generalmente reconocidas o criterios clínicos aceptados previamente entre las partes. La conveniencia de efectuar una auditoría médica, puede ser una práctica regular de la institución, originarse en una queja o una falla notable en el servicio, la manifestación de eventos adversos que se desean esclarecer o una notable variación en la práctica clínica entre diferentes instituciones o profesionales. Muchos de los comités originados en la garantía de calidad en salud actúan también, en cierta forma, como auditores. En todos los casos, la auditoría está relacionada con la calidad del servicio.

Auditoría interna. También conocida como control interno. Es una forma particular de auditoría que se hace desde adentro de la organización, dado que se ejecuta por personal propio especializado en este tipo de trabajo. El auditor interno actúa como un asesor de la gerencia: captura información, analiza procesos, evalúa acciones, deriva conclusiones e informa a los que deben corregir los fallos y tomar decisiones, lo que incluye sus recomendaciones al respecto. Al no estar involucrado personalmente en la ejecución de los procesos clínicos, administrativos u organizativos puede observarlos y analizarlos con mayor grado de objetividad. En la mejora continua de la calidad, el auditor interno puede desempeñar un papel muy significativo en la medida que sus aportes sean acertados y que la gerencia esté en disposición de tomarlos en cuenta.

Normas internacionales ISO<sup>5</sup> 9000. Establecen los requisitos que deben cumplir las organizaciones en su sistema de gestión de calidad. El objetivo de esta normatividad es gestionar los procesos y actividades de una organización mediante la mejora continua y el logro de la satisfacción del cliente. Dentro de los puntos de aplicación de la norma ISO 9001:2000 sistemas de gestión de la calidad, se cuentan requisitos generales de documentación, responsabilidad de la dirección, planificación, responsabilidad, autoridad y comunicación, gestión de los recursos, realización del producto, procesos relacionados con el cliente, diseño y desarrollo, producción y prestación del servicio, control de los dispositivos de seguimiento, medición, análisis y mejora, seguimiento y medición, control del producto no conforme, análisis de datos y mejora continua. La norma ISO 14001: 2004 proporciona a las organizaciones los elementos, estructura y organización de un sistema de gestión del

medio ambiente. La norma ISO 15189:2003 señala los requisitos particulares relativos a la calidad y la competencia de los laboratorios clínicos. La especificación OHSAS<sup>6</sup> 18001:1999 establece los requisitos que debe cumplir un sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Las pautas de la norma IWA1<sup>7</sup> desde el 2001 contienen el plan y mejora del sistema de gestión de calidad para organizaciones de salud y se basan en la norma ISO 9004: 2000 derogada a partir de esa fecha.

Los requerimientos instituidos en las mencionadas normas pueden adaptarse a cualquier organización sea de salud o no, independientemente del nivel de complejidad de que se trate y pueden ser aplicables en el ámbito de servicio público o privado. Su utilización en las organizaciones no es obligatoria en ningún país del mundo.<sup>xxi</sup>

Estudios especiales. Agrupa todos aquellos estudios técnicos e investigaciones científicas, diseñadas y ejecutadas con vistas a diagnosticar la calidad de los procesos, las instituciones o los servicios de salud, cuya complejidad demanda la utilización de profesionales altamente calificados que dominen los métodos, técnicas e instrumentos apropiados para el caso.

Control social. Está vinculado con el empoderamiento comunitario y en ese sentido se refiere a informar y entrenar a la comunidad para que ejerza su derecho a opinar, criticar o rechazar las actuaciones de las autoridades sanitarias y participar en los procesos de toma de decisiones que impliquen cambios en la concepción y organización del servicio que reciben. Es también una manera de evaluar la calidad, pero desde el punto de vista de quienes se benefician o perjudican con el servicio, aunque también puede actuar en función de la mejora continua, cuando esos mismos actores tienen presencia real y efectiva en la toma de decisiones. "La participación como empoderamiento implica interacción, respeto mutuo, reflexión crítica, acción grupal, compromiso, influencia e información, y por tanto, para poder participar efectivamente se requiere acceso real a la educación, a la información, a las actividades sociales y políticas y a la tecnología."<sup>xxii</sup>

<sup>5</sup> International Organization For Standardization

<sup>6</sup> Occupational Health and Safety Assessment Series

<sup>7</sup> International Workshop Agreement

Referenciación competitiva (benchmarking). Utilizada tanto para la evaluación como para el mejoramiento continuo. En el primer caso, se está produciendo una comparación crítica para detectar oportunidades de avanzar por encima de los estándares, en el segundo, forma parte de acuerdos entre instituciones para progresar de conjunto, a partir de los que tienen las mejores prácticas. La referenciación competitiva se ha extendido considerablemente en los sistemas y servicios de salud del mundo, primero con respecto a los hospitales y posteriormente entre las unidades del primer nivel de atención.

Gestión por procesos. Por esta vía, el análisis deja de enfocarse en las unidades o servicios asistenciales por separado, para concentrarse en el flujo vertical, horizontal y transversal que siguen las actividades orientadas a la atención al paciente. El punto de partida es el diseño de los procesos, los cuales se agrupan generalmente de acuerdo con los tipos siguientes: los claves, que son los que crean valor en esa organización, los de apoyo, que aseguran que los primeros puedan ser ejecutados; y los normativos, que establecen los estándares, nomencladores, guías y en general todos aquellos elementos que constituyen marco de acción. Durante el diseño, se producen las primeras acciones de mejoramiento de la calidad, dado que se eliminan duplicidades y trámites innecesarios, se reducen distancias y tiempos de ejecución, se resuelven incongruencias y se ahorran costos. Durante la ejecución, esa orientación se mantiene y se incorpora la innovación que va a actuar sobre el propio diseño para mejorarlo.

La gestión por procesos refleja plenamente las características de interdisciplinariedad, interinstitucionalidad, integralidad e integración que demanda la atención médica.

**La evaluación de la calidad en salud en la atención primaria** • Particularidades de la atención primaria en salud y su efecto en la evaluación de la calidad.

Las más importantes funciones de la atención primaria, incluyen ser el primer punto de contacto de todas las nuevas necesidades y problemas; prestar servicios de larga duración enfocados a la persona, familia, comunidad y ambiente; el enfrentamiento exhaustivo a todas las necesidades de la salud, excepto aquellas cuya rareza hacen imposible a un médico generalista mantenerse competente en ellas; y coordinar la atención que debe ser recibida en cualquier otra parte.<sup>xxiii,xxiv</sup>

Ciertas particularidades de la atención primaria no han cambiado sustancialmente, aunque su modo de manifestarse pueda ser algo diferente atendiendo al lugar, al momento y al contexto. “Desde las más tempranas definiciones del término, hasta las más recientes, todas han enfatizado que la atención primaria está basada en una continua interrelación entre los pacientes y los médicos que los atienden. Se diferencia de otras áreas de la medicina en que se ocupa de la persona como un todo en el contexto de su historia personal y médica y en las circunstancias de su vida, más que en enfocarse en una enfermedad particular, órgano o sistema. Finalmente, el médico de la atención primaria desempeña un papel distintivo para integrar la atención que el paciente recibe, desde dentro y fuera de la propia atención primaria”<sup>xxv</sup>

Por otra parte, la atención primaria a la salud está en constante renovación, lo que incluye no solamente cómo se organizan los servicios, sino también su extensión, complejidad y oportunidad. Numerosas intervenciones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento han bajado desde el segundo y tercer nivel de atención, y ahora forman parte natural de los servicios del primer nivel.

De hecho, los procesos se han hecho más complejos y por tanto se requieren enfoques más precisos y mejor diseñados para la evaluación de la calidad de la atención en ese nivel. El propio desarrollo tecnológico y la necesidad de disponer de una capacidad superior para asimilar el cambio y la innovación, elevan el papel que el mejoramiento continuo de la calidad puede desempeñar en ese nivel. Al respecto, Susan Carr plantea: “La configuración y el foco de la atención primaria ha visto mucha innovación y cambio en los años recientes. Esto incluye el desarrollo combinado de habilidades, la extensión y sustitución de roles y la transferencia del lugar y sector que presta la atención. Un elemento clave de la agenda de la calidad es innovación y evaluación”(…) Las políticas sobre la atención primaria, la efectividad y eficiencia de los recursos y los profesionales de la atención primaria se orientan a alcanzar servicios de alta calidad que exacerben esta situación”<sup>xxvi</sup>

La significación contemporánea del papel de la atención primaria, no reside sólo en su impacto en la salud de las personas y la población, sino también en lo que tiene que ver con la eficiencia y sostenibilidad de los sistemas de salud, lo que está estrechamente relacionado con calidad del servicio. La profesora Bárbara Starfield, una notable especialista en este campo, señala: “Existe suficiente

evidencia que demuestra que la atención médica concebida bajo una orientación hacia la atención primaria está vinculada con servicios de salud de mayor efectividad y equidad. Las naciones con una orientación mayor hacia la atención primaria, cuentan con una población de mejor salud a menor costo”.<sup>xxvii</sup>

**Los enfoques para la evaluación de la calidad en la atención primaria** • Las dimensiones planteadas por Donabedian (estructura, procesos y resultados), siguen estando en el centro de muchos de los enfoques que se emplean en la actualidad para la evaluación de la calidad en salud, pero han aparecido otras opciones parecidas o muy diferentes, sobre todo en el caso de la atención primaria.

Posiblemente lo más generalizado está en denominar desempeño a los procesos y en priorizar estos por encima de las restantes denominaciones, aunque sin desconocerlas. “... la evaluación del desempeño viene formando parte cada vez más de la cultura de nuestro sistema sanitario, como práctica moderna, propia de toda organización empeñada en mejorar, ya sea científica, docente, investigadora, asistencial o empresarial. Y no sólo del desempeño colectivo, sino también del individual”<sup>xxviii</sup>

Efectivamente, en cuanto a la atención primaria y a partir de muchas de las consideraciones que se han comentado en el inciso anterior, han surgido nuevos enfoques que intentan acercarse mucho más a la evaluación a tales particularidades.

En 1998, la Dra. Barbara Starfield en su libro *Balance Health Needs* redefinía estas dimensiones, no sólo en términos de su nombre, sino sobre todo en cuanto a sus contenidos, quedando de la forma siguiente:<sup>xxix</sup>

**Capacidad.** El personal, las facilidades, la organización de los servicios, el financiamiento y la administración

**Desempeño.** Representada por cuatro características de la atención primaria: (primer contacto de la atención, continuidad, integralidad y coordinación de la atención), así como cinco características esenciales, pero no únicas: por ejemplo, formato de la historias clínicas, y tres derivadas de las anteriores, por ejemplo competencia profesional.

**Estado de salud:** Niveles alcanzados por el bienestar y la calidad de vida de las personas atendidas por el sistema.

Por su parte, Campbell y sus colaboradores, en el año 2000, enfatizaron la importancia de diferenciar la perspectiva de la calidad en la atención primaria desde el punto de vista individual y desde el de la población. Según ellos, la perspectiva individual de la calidad se orienta en dos dimensiones: accesibilidad y efectividad, dividiendo esta última en atención clínica e interpersonal. Para ellos, la perspectiva de la población sobre la calidad, debía medirse teniendo en cuenta principalmente: equidad y eficiencia.<sup>xxx</sup>

En el año 2007, Hogg y colaboradores publicaron el resultado de su investigación de varios años, en relación con el marco apropiado para “guiar la medición del desempeño de las organizaciones de atención primaria, dentro del contexto de evaluación de los cuatro modelos canadienses”.

Su propuesta sobre el marco apropiado para una evaluación correcta de la calidad en la atención primaria descansa en dos dominios: estructura y desempeño.<sup>xxxi</sup> Según sus autores, este marco conceptual fue desarrollado siguiendo un proceso iterativo que combinó la consulta a expertos, la revisión de los marcos ya existentes, así como las tendencias en la gestión de salud y en la teoría de organización.

El dominio estructural, según estos especialistas, incluye aquellas características de la organización y del medio con la mayor probabilidad de influir sobre la ejecución del servicio en la atención primaria. Se divide en tres componentes principales:

El sistema de atención a la salud (sistema de mejoría continua de la calidad, remuneración de los prestadores, financiamiento, sistemas de información, recursos humanos)

El contexto práctico (servicios médicos y sociales en los alrededores, características de la población y la comunidad, integración a la comunidad)

La organización de la práctica médica (composición grupal y entrenamiento de los recursos humanos, tecnología de la información, tecnología médica, diseño de los espacios, descripción de puestos y funcionamiento de los equipos, gestión de la información clínica, adaptación y cultura organizacional, integración real)

El dominio de desempeño se relaciona con las características de la prestación del servicio y con su

calidad técnica. Se divide en dos componentes principales:

Prestación del servicio. (Accesibilidad, interrelación paciente- prestador, continuidad, integración, servicios ofrecidos y provistos, orientación a la población, satisfacción del prestador).

Calidad técnica de la atención médica (Promoción de la salud y prevención primaria, prevención secundaria, atención a las condiciones crónicas, atención a las condiciones agudas).

En el dominio desempeño, el componente "Prestación del servicio de la atención", presenta una coincidencia casi total entre este enfoque y el de Starfield, cuando señala las cuatro características únicas de los servicios de atención primaria: Primer contacto de la atención, continuidad, integralidad y coordinación de la atención, lo cual reconocen estos autores.

El enfoque de los especialistas canadienses es muy completo con respecto a la evaluación de la calidad de la atención primaria, pues se identifica notablemente con las características específicas que tiene ese nivel de atención y al mismo tiempo lo aborda con un concepto de calidad total, al demostrar que es parte inseparable del trabajo de los gerentes, supervisores, profesionales, técnicos y empleados de base, de los pacientes, los familiares y la comunidad.

El carácter exhaustivo de este enfoque representa una guía adecuada para medir el desempeño de las organizaciones de atención primaria de la salud, pero no necesariamente implica que debe aplicarse en su totalidad en todos los casos, pues siempre va a depender de los objetivos que persiga la evaluación, las características de los objetos a evaluar, el tiempo disponible y los recursos que se aporten para ello.

A manera de conclusión, la mejora continua de la calidad en salud y en particular la evaluación como uno de sus componentes, tiene que adecuarse a las particularidades de los sistemas y servicios de salud que los diferencian de la industria, el comercio e incluso de otros servicios. La evaluación no sólo brinda los elementos requeridos para determinar si los procesos sanitarios se están desarrollando de acuerdo con las políticas, estrategias, normas o estándares sino que además crea el espacio y la información suficientes para facilitar a la gerencia, las decisiones oportunas para rectificar las fallas o para

introducir aquellas innovaciones que permitan ascender a niveles superiores de desempeño.

---

<sup>i</sup> Miranda-González, F.J. Chamorro Mera, A. Rubio Lacoba S. Introducción a la gestión de la calidad. Madrid, España. Delta. 2007. Pag. 2.

<sup>ii</sup> Cortés, A. Gestión Clínica y Médico de la Familia. Actualizado hasta Mayo 2004. <http://www.gestionclinica.tuportal.com/cali.htm> Consultado en 10 de agosto 2009.

<sup>iii</sup> Sanz, L. Implantación de un sistema de gestión de la calidad. Universidad Europea de Madrid. 23 de septiembre 2008.

<sup>iv</sup> Carnota, O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Universidad de Panamá; 2005; 246-47.

<sup>v</sup> Malagón-Londoño, G et al Garantía de calidad en salud. 2da. Edición. Editorial Médica Internacional. Colombia. 2006. Página 5.

<sup>vi</sup> *Nightingale, F.* Notes on Nursing: What it is, and what it is not. *New York* : D. Appleton and Company; 1860.

<sup>vii</sup> Codman E. The product of hospitals. *Surg Gynecol Obstet*; 1914,18(1): 491-94.

<sup>viii</sup> Codman E. A study in hospital efficiency. The first five years. Thomas Todd. Boston,1916

<sup>ix</sup> Aranás, J.M. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. Primer Congreso Virtual Iberoamericano de Neurología. Octubre, noviembre 1998.

<http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html> Consultado el 27 julio 2009.

<sup>x</sup> Lee, Rl. et al. The Fundamentals of Good Medical Care. Chicago: The University of Chicago Press, 1933.

<sup>xi</sup> Donabedian A. Quality assurance in our health care system. *Am Coll Util Rev Physiol*.1986; 1(1): 6-12.

<sup>xii</sup> Donabedian A. Twenty years of research on the quality of medical care. 1964-1984. *Eval Health Prof*. 1985; 8(1): 243-65.

<sup>xiii</sup> Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor (Mich): Health Administration Press; 1980 vol. 1.

<sup>xiv</sup> IOM. Institute of Medicine. America's Health in Transition. Protecting and Improving Quality. NAP. EUA.1994: 3.

<sup>xv</sup> Gervas, J, et al. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81(6): 589-96.

---

<sup>xvi</sup> Ortún, V. de la evaluación a la gestión: acortar la brecha entre eficacia y efectividad. *EKONOMIAZ*. 2005; 1 (60): 58-75.

<sup>xvii</sup> Carnota, O. Tecnologías gerenciales: una oportunidad para los sistemas de salud. Universidad de Panamá. 2005; Pag. 242.

<sup>xviii</sup> Chow Mak, L. La calidad total como estrategia de competitividad para las empresas mexicanas. Parte 6. Los gurús de la calidad total. Instituto Tecnológico de Baja California. México; 2005.

<sup>xix</sup> Álvarez, M et al. Guía de diseño y mejora de procesos asistenciales mejorados. 2da. ed. España: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2009; Pag. 13.

<sup>xx</sup> Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Tabasco (ISSET). Modelo de Atención Integral a la Salud. Tabasco, México; 2009. Pag. 46.

<sup>xxi</sup> Malagón-Londoño, G et al. Garantía de calidad en salud. 2da. Edición..Editorial Médica Internacional. Colombia. 2006.

<sup>xxii</sup> Delgado, M.E. et al. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. una mirada cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública*; Madrid; 2005. 79(6): 697-707. Pag. 3

<sup>xxiii</sup> Macinko J, et al. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, DC: Pan American Health Organization; 2007.

<sup>xxiv</sup> OMS. World health report 2008 — primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization, 2008.

<sup>xxv</sup> Dana GS. Defining the Future of Primary Care: What Can We Learn from Patients?- *Ann Intern Med*. 2003;138(3):248-255. Pag. 2.

<sup>xxvi</sup> Carr, S et al. Roles, relationships, perils and values: development of a pathway between practice development and evaluation research. *Rev Quality in Primay Care*. 2008; 16: 157-64. Pag. 2.

<sup>xxvii</sup> Starfield, B. The future of primary care: refocusing the system. *The New England Journal Of Medicine*. 2008; 359 (20):1533-4406.

<sup>xxviii</sup> Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Transparencia 2005. Información sobre actividad y calidad de la atención primaria. Documento general. Edición 1ra. Escuela Andaluza de Salud Pública. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía/CSIC. 2005 Pag. 8

---

<sup>xxix</sup> Starfield, B. Balance Health Needs. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998.

<sup>xxx</sup> Campbell SM, et al. Defining quality of care, en *Soc Sci Med*; 2000; 51(5):1611–25.

<sup>xxxi</sup> Hogg, W. et al. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 20(5):308-13.