



Proyecto UNI - Tucumán
Facultad de Medicina - UNT
Cátedra de Salud Pública

CALIDAD DE LA ATENCION PRIMARIA

Aporte Metodológico para su Evaluación

Autores:

Moreno, Elsa M.
Crivelli, Viviana
Kestelman, Narciso
Malé, Mónica
Passarell, Noemí
Schapira, Ester
Viñas, Marta

TUCUMÁN, 1998

(Actualizado 2001)

INDICE

	<i>Pag.</i>
Prólogo	3
Agradecimientos	6
Autores	7
Primera Parte:	
Aspectos conceptuales de la calidad de atención de salud	9
Introducción	9
Definición de la calidad de atención	9
Componentes de la calidad	10
Los actores en la evaluación de calidad	11
Los enfoques y las metodologías	12
Aspectos metodológicos	16
Estrategias correctoras	18
Segunda Parte: Modelo de evaluación de la atención primaria	23
Introducción	23
Estructuración de programas de gestión de calidad en la atención primaria	24
El modelo de evaluación	28
Módulo 1: Evaluación de los recursos y su organización	33
Módulo 2: Evaluación del proceso de atención	42
Módulo 3: Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios	60
Etapa operacional	66
Bibliografía	72

PROLOGO

En 1995 los autores, un grupo de docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán, presentó a la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad un Proyecto de Investigación cuyos objetivos eran desarrollar un Modelo de Evaluación de la calidad brindada por los Centros de Salud y desencadenar en los servicios evaluados un proceso de gestión de calidad.

El Proyecto fue aprobado y se concretó en tres etapas. La primera consistió en el **diseño** de un “Modelo Conceptual”, de carácter teórico, elaborado en base a la experiencia de los miembros del grupo y la consulta bibliográfica. Esta etapa se desarrolló a través de trabajos de talleres y consultas a especialistas.

La segunda etapa consistió en la **aplicación** del Modelo en algunos Centros de Salud Municipales y provinciales de la Provincia de Tucumán, correspondientes al Area Operativa Yerba Buena y al área de trabajo del Proyecto UNI, (Una Nueva Iniciativa en la formación de personal de salud, que desarrolla la Universidad con apoyo financiero de la Fundación W.K.Kellogg.

La tercera etapa, de **validación** del Modelo, estuvo destinada a la determinación de su capacidad evaluativa y su adecuación de acuerdo a la experiencia recogida, tarea desarrollada mediante talleres de reflexión y análisis de la experiencia. En ese momento se tuvo la oportunidad de presentar el trabajo a diversas audiencias, a través conferencias y talleres en eventos científicos y cursos de capacitación para personal que se desempeña en el primer nivel de atención. Esto permitió al grupo de trabajo intercambiar opiniones y recibir valiosas sugerencias para su adecuación.

Concluida ésta última etapa a mediados de 1997, quedó elaborado el llamado **Modelo de Evaluación de la Calidad de la Atención Primaria** que se presenta en esta publicación y que se ha continuado usando y difundiendo a nivel de algunos servicios y actividades de capacitación realizadas por los autores.

Probablemente de la lectura del título de ésta publicación surgirán algunas preguntas tales como: ¿Porqué la preocupación por la calidad de los servicios? ¿Porqué un modelo de evaluación de calidad para los servicios de Atención Primaria ?.

El tema de la calidad es una preocupación de la hora actual, un experto latinoamericano así lo expresa: “no existe en la actualidad un tema más de moda en los ámbitos empresariales, académicos, gremiales o gubernamentales del mundo actual”¹.

Las empresas de salud no han escapado a esta preocupación y los avances en la conceptualización de la calidad y el desarrollo de las metodologías de gestión de calidad generadas en el ámbito empresarial fueron la base para el desarrollo de esas áreas en las empresas de salud.

Las organizaciones actuales vienen evolucionando de acuerdo a las necesidades del entorno. El ambiente en que se mueven actualmente estas organizaciones de salud es complejo y turbulento, debido a los cambios súbitos, fragmentados y

¹ Mariño, H. *Planeación estratégica de la calidad total*. Tercer Mundo Editores. Bogotá, Colombia. 1993.

poco predecibles que lo caracterizan², los cuales están determinados especialmente por los cambios sociales, en la economía, en la estructura del sector, así como en los nuevos perfiles epidemiológicos y la diversificación y velocidad de la innovación tecnológica.

Estos cambios requieren de las organizaciones una cantidad de energía para anticiparse, seguir y adaptarse al cambio y mantener sus estándares de calidad ya que estos producen en la mayor parte de los casos, un efecto desarticulador de la organización con su pasado y un desplazamiento en la cultura y capacidad administrativa de la institución³.

Los anteriores sistemas de gerencia de las empresas han dejado de ser idóneos para este entorno impredecible y complejo. La conceptualización de dirección estratégica y el concepto de calidad total aparecen como una imperiosa necesidad de respuesta a los cambios del entorno. En estos dos procesos el factor humano se muestra como el verdadero componente estratégico de las nuevas empresas de servicios y de él depende en gran medida el éxito o el fracaso de las mismas.

La noción de calidad ha sido ampliada con la de calidad total. La calidad entendida como la aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades de los consumidores o receptores del servicio, ahora se aplica no sólo a los productos o servicios finales sino también a los productos y servicios intermedios, a las relaciones clientes-organización, proveedores-organización.

En el presente trabajo hemos identificado al productor de los servicios como prestador y al cliente como usuario y reconocemos que ambos tienen un papel protagónico. El Modelo busca asegurar el compromiso de los prestadores en una continua búsqueda de mejorar la calidad a través de un proceso de gestión. Para ello se propone su aplicación a través de una tarea compartida con el propio personal de los servicios.

Por otro lado, el usuario, como receptor de servicios, pasa a jugar un rol protagónico ya que la continuidad de las organizaciones dependerá en buena parte de su satisfacción con el servicio prestado y la atención recibida por parte del personal de salud. No desconocemos la opinión de algunos autores que encuadran a la satisfacción entre los objetivos de la atención y no como un atributo de la calidad aunque reconocen que sirve para medir la bondad de la asistencia^{4 5}. A pesar de ello, le hemos dado a este punto especial relevancia como indicador de calidad, por considerar que mide el resultado de la relación del usuario con el profesional y el servicio.

Esta relación de carácter psicológico y social atiende el criterio interpersonal de la calidad a pesar de que, por tratarse de una percepción global del servicio y de carácter subjetivo, es difícil su evaluación. La metodología propuesta, que puede ser usada por un miembro del equipo de atención requiere un esfuerzo de entrenamiento del personal profesional que habitualmente no tiene este tipo de diálo-

² Emery, F.E. y Tryst, F.L.. *Toward a social ecology. Contextual appreciation of the future in the present.* Plenum Press. Londres 1972.

³ Barrenechea, J.J., Trujillo, E. *SPT/2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.* Universidad de Antioquia. Departamento de publicaciones. Colombia. 1987.

⁴ Abel-Smith B. *Value for money in health services.* London: Heineman. 1979.

⁵ Borre H. Patient satisfaction - *And attribute or indicator of quality of care?* Quality Review Bulletin 1978;13:106-108.

go franco y horizontal con los clientes pero creemos que los resultados serán inmejorables en el corto plazo.

La respuesta a la segunda pregunta de porqué al grupo de trabajo le interesó la Atención Primaria encuentra su explicación en dos hechos fundamentales. El primero es que tenemos la fuerte convicción de que el correcto desempeño de este nivel, condiciona la equidad de todo el sistema, siempre que se asegure en él una adecuada capacidad resolutive de la mayor parte de los problemas de salud, una adecuada la referencia a los restantes niveles y se genere un ámbito idóneo para la promoción de salud y la real participación comunitaria.

La segunda razón que motivó al grupo para trabajar con la atención primaria radica en el hecho de haber tenido toda experiencia de desempeño profesional en ese nivel del Sistema, a lo que se suma que algunos de nosotros hemos actuado en niveles de conducción de sistemas de salud y hemos participado en tareas de normatización de actividades y evaluación de servicios.

La participación en los procesos de normatización de actividades de salud y la docencia, actividades en que el grupo tiene amplia experiencia, nos ha llevado a jerarquizar en la evaluación, los procesos de atención, para los cuales hay normas consensuadas pero que en muchos casos, por muy variadas razones los prestadores no cumplen a cabalidad comprometiendo la calidad científico técnica. Con la gestión de calidad en los niveles locales se busca no sólo una mejor aplicación de normas ya existentes y que reflejan el estado del conocimiento, sino también favorecer la participación del personal en los procesos de generación y adecuación de normas, buscando en forma incesante mayor calidad.

El Modelo de Evaluación de la Atención Primaria que presentamos no es una construcción acabada. Es un producto imperfecto que probablemente refleja el estado del conocimiento y experiencia de sus autores y que sobre todo, requiere de los nuevos aportes que lo ajusten a diferentes realidades y prioridades de los Centros de Salud y de los Sistemas de los que los mismos forman parte.

Sugerimos que la aplicación del Modelo en todos los casos, dé lugar a una lectura y discusión del marco conceptual, incluido en la primera parte de la publicación y genere una apropiación y adecuación a la situación concreta donde se aplicará.

Por ello, el Modelo propuesto no es una receta sino una invitación a un proceso de aprendizaje abierto y compartido con todos los operadores de los servicios de salud del primer nivel de atención, en especial del subsector público pero también en los otros subsectores que conforman nuestro sistema de salud.

Elsa Margarita Moreno

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer de manera especial a quienes hicieron posible no sólo la publicación de este libro sino también quienes apoyaron los tres años de trabajo y recolección de experiencia en evaluación de la calidad de los servicios que se están brindando en el primer nivel de atención.

- A la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Tucumán, quien brindó un apoyo financiero, que si bien modesto, facilitó parte de las necesidades de infraestructura que nos permitió acceder a información.
- Al Proyecto Una Nueva Iniciativa en Formación de Personal de Salud, UNI / F.W.K.KELLOGG en la persona de su Directora Profesora Doctora Rita Waserman de Cúnio.
- Al personal de los Centros de Salud del Sistema Provincial de Salud y Municipales de las Areas Operativas Sudoeste y Yerba Buena, en los que se iniciaron las pruebas de validación del Modelo.
- A los Doctores Luis Olaya, Pedro A. Figueroa y Hugo Ciaravino, que asesoraron acerca de algunas normas de atención, usadas como patrones de referencia en la evaluación de calidad de procesos de atención.
- A las audiencias de socios de la Sociedad de Pediatría y profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención, que con sus observaciones en la etapa preliminar contribuyeron a su diseño.
- A la Ing. María Rita Goñi Ruiz, quien con paciencia e idoneidad nos apoyó en la transcripción y análisis de resultados y diseño de formularios.
- A la Ing. Nancy C. Amicone, quien realizó la actualización de este material con mucho cuidado y dedicación.

AUTORES

Dra. Elsa M. Moreno

Médica Diplomada en Salud Pública

Profesora Titular de Salud Pública, Facultad de Medicina, U.N.T.

Directora de la Maestría de Salud Pública, U.N.T.

Dra. Viviana Crivelli

Médica. Especialista en Dirección de Sistemas de Salud.

Docente de la Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, U.N.T.

Dr. Narciso Kestelman

Médico, Diplomado en Salud Pública

Docente de la Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, U.N.T.

Ex Jefe de Centro de Atención Primaria de Salud.

Dra. Mónica Malé

Médica. Docente, Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, U.N.T.

Médica Pediatra de Centro de Atención Primaria de Salud.

Dra. Noemí Passarell

Médica. Docente, Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, U.N.T.

Directora del Departamento Materno - Infanto - Juvenil del Sistema Provincial de Salud

Dra. Ester Schapira

Médica. Carrera de Dirección de Sistemas de Salud.

Docente de la Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, U.N.T.

Directora de Planificación del Sistema Provincial de Salud.

Dra. M. Marta Viñas

Médica. Licenciada en Salud Pública

Prof. Cátedra de Salud Pública, Facultad de Medicina, U.N.T.

Presidenta del Consejo Provincial de la Salud de la Madre y el Niño.

*Para evaluar la calidad de la atención médica debe uno
empezar por descifrar un misterio: el significado de lo que es la
calidad misma. Falta por ver si esto se puede hacer cardando
pacientemente varias hebras o debe uno, ya desesperadamente,
usar una espada para cortar el nudo gordiano.*

Avedís Donabedian

Primera Parte:

ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE SALUD

- **Introducción**

En el presente, mejorar la calidad de la atención de salud es una preocupación fundamental para los administradores de servicios de salud. Esta circunstancia está determinada por la necesidad de dar adecuada respuesta a las *reales necesidades* de salud de la población y por otra parte porque *es preciso responder satisfactoriamente a las expectativas de la gente*, ya que actualmente ésta no acepta acriticamente los servicios que se le prestan. Este creciente interés por la evaluación de la calidad de la atención de la salud reconoce motivos éticos, de seguridad y de eficiencia.

En referencia a los motivos *éticos*, debe señalarse que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud contiene el principio de que cada individuo tiene derecho a la mejor asistencia sanitaria posible. Considerar la provisión de servicios de salud como un valor social, conlleva la obligación ética de verificar la disponibilidad y la calidad de esos servicios con el fin de satisfacer el principio de equidad, definida como la capacidad de ofrecer iguales oportunidades de acceso a los servicios y asegurar la distribución de los recursos según necesidades. También los profesionales de la salud, están obligados a trabajar con alto nivel cualitativo y mejorar constantemente su trabajo como parte de la responsabilidad moral y ética de la profesión.

En la atención de la salud los riesgos pueden ser altos, comprometiendo a veces el bienestar e incluso la vida del paciente o de los miembros del equipo de salud. Esto explica el interés creciente por mejorar la calidad de las instalaciones, los equipos y los procedimientos, estableciendo normas de calidad basadas en motivos de *seguridad*.

En la situación actual, en que asistimos a grandes progresos de la medicina, con incorporación de servicios altamente efectivos, pero que han incrementado enormemente los costos, debe jerarquizarse la importancia de asegurar que los escasos recursos se utilicen para producir servicios que sean *eficientes* (bajos costos en relación con los resultados) y de alta *calidad científico - técnica*.

- **Definición de la calidad de atención**

El Diccionario de la Real Academia define calidad como “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”. Como vemos, ya la definición lleva implícito el concepto de evaluación, pues evaluar es comparar.

En general, cuando intentamos definir la calidad de atención, nos referimos a *la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud*. Esta definición, que podría considerarse de carácter normativo o ideal, ofrece pocos elementos operativos en el momento de concretar su evaluación. Difícilmente existirá una propuesta única de como medir la calidad por tratarse de un

concepto que está en función, por una parte de valores de la sociedad en su conjunto y por otra de las expectativas de los diferentes actores del proceso de atención (personal de salud, usuarios, administradores y empresarios).

Hoy se acepta que no existe una definición única de calidad que llegue a satisfacer a la totalidad de los interesados en el tema, ya que la misma representa un concepto multifacético que debe ser definido en cada caso en particular en términos de: “calidad para quién, definida por quién, para qué y qué aspecto de la calidad”⁶ de manera que hagan operativo el concepto. Como veremos más adelante la manera más práctica de operacionalizar este concepto es a través de sus componentes.

El término “**garantía de calidad**”, que adquiere actualmente cada vez más importancia, se refiere a los intentos sistemáticos para mejorar la calidad de la atención y realizar medidas correctoras para solucionar los problemas detectados. Esta es la esencia de la garantía de calidad: combinar las evaluaciones con las medidas correctoras⁷.

La garantía de calidad se ha desarrollado sobre todo en los hospitales que es la parte más visible y más cara del sistema de salud. En estos establecimientos el personal acepta que la gran cantidad de recursos destinados a la atención deben ser bien utilizados, existe la aspiración de una supervisión en la calidad científico técnica y una creciente preocupación de los profesionales y técnicos de estas instituciones ante el aumento de los juicios de mala praxis; todo esto facilita la implantación de la garantía de calidad.

En la Atención Primaria (APS) el desarrollo es menor, probablemente por el aislamiento de los servicios de APS y la falta de una adecuada sistematización en la referencia y contrareferencia⁸.

A las circunstancias anotadas, que señalan la dificultad para desarrollar la garantía de calidad en la APS, se suma el hecho de que en ella se manejan más “problemas” que “diagnósticos” lo que hace difícil la normatización. La bibliografía coincide también en que hasta ahora hay un escaso desarrollo de metodologías de garantía de calidad para las actividades de promoción y prevención, que deben constituir las acciones prioritarias en ese nivel.

• Componentes de la calidad

La investigación y las actividades de evaluación relacionadas con la calidad de la asistencia sanitaria pueden o deben basarse en las siguientes variables⁹:

* **Efectividad**: El grado en que se alcanzan las mejoras del proceso de atención, en relación con el actual desarrollo de la tecnología.

* **Eficiencia**: Relación entre el impacto real de un servicio o programa y su costo de producción.

* **Adecuación**: Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población. Esto tiene un componente numérico (cantidad de servicios en

⁶ Vouri, H.V. *El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios*. Masson S.A. y SG Editores S.A., Barcelona. 1988.

⁷ Vouri, H.V. *Garantía de calidad en atención primaria de la salud*. Monografías clínicas en Atención Primaria N°13. Región sanitaria Costa de Ponent, Ediciones Doyma. Barcelona, 1993.

⁸ En este caso la denominación de Atención Primaria de la Salud se refiere al primer nivel de atención del sistema de salud.

⁹ Vouri H.V., Op.cit.pag.38.

relación con las necesidades) y un componente de distribución (disponibilidad de servicios en cada zona y por subgrupos poblacionales).

* **Accesibilidad:** Es la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que los necesita, en suficiente cantidad y a un costo razonable. Este componente está estrechamente ligado al de distribución y puede conceptualmente ser incluido en ella.

* **Calidad científico - técnica:** Este es el objetivo más común de los programas de control de calidad y se refiere al nivel de aplicación de los conocimientos y tecnología médicos disponibles actualmente. El término de calidad cuando es utilizado sólo, se refiere casi siempre a este componente.

* **Continuidad:** Se refiere a la atención del usuario como un todo, en un sistema de atención jerarquizado e integrado de manera que acceda al nivel de atención adecuado para la satisfacción de su necesidad. Este componente puede incluirse en la calidad científico - técnica.

* **Satisfacción del usuario y del prestador:** Se refiere a la satisfacción del usuario con los servicios recibidos, con los profesionales y con los resultados de la atención. La satisfacción del profesional se refiere a la satisfacción con las condiciones de trabajo y el resultado de la atención.

En general estos componentes o variables adquieren diferente importancia según quien sea el actor que los analice: el personal de salud, los usuarios de los servicios, los administradores o los empresarios, pues cada grupo puede tener diferentes objetivos. En general, los profesionales ponen mayor énfasis en la evaluación de la calidad científico técnica, los usuarios en los aspectos psicosociales y los administradores y empresarios del sector salud, en la eficiencia.

Estas generalizaciones pueden variar, para los mismos actores: en circunstancias diferentes. Los estudios muestran que los pacientes internados en hospitales, por estar en muchos casos gravemente enfermos valoran sobre todo la competencia profesional. Los usuarios de la APS en cambio tienen enfermedades menos graves o están sanos y parece ser que su estado les permite observar otros aspectos de la atención, interesándose más en los aspectos psicosociales: relación médico - paciente, atención personalizada, accesibilidad etc.

- **Los actores en la evaluación de calidad**

En la atención de salud podemos distinguir, según las características del sistema de salud, cuatro tipos de actores interesados en el control de calidad: **los usuarios, el personal de salud, los administradores y los empresarios.**

En algunos casos pueden coincidir los intereses de los profesionales y de los administradores, en otros pueden unirse los intereses de los administradores y de los empresarios. También en algunos casos pueden estos intereses estar en conflicto o bien los requerimientos variar según el servicio o la institución de que se trate (público, privado, seguridad social).

Este juego de intereses puede resultar claro si se analizan las expectativas de los actores frente a algunos de los componentes de calidad. Así por ejemplo, desde el punto de vista de los usuarios el cumplimiento de los criterios de accesibilidad, con sus componentes de distribución y cantidad puede interpretarse como una red de hospitales grandes y de alta complejidad, mientras para los administradores esto puede significar un sistema por demás ineficiente.

El punto de vista de los usuarios se ha descuidado por mucho tiempo, pero actualmente viene adquiriendo un interés creciente, ya que existe una mayor concientización sobre la importancia de este punto de vista entre los demás actores y una presión cada vez mayor de los usuarios por hacer oír sus intereses. Lo importante es que los pacientes tienen sus propios puntos de vista de lo que es una buena práctica médica, a pesar de que puede variar según sus estilos de vida, edades, condiciones socioeconómicas, educación, tipo de institución en que son tratados y tipo de servicio que reciben.

- **Los enfoques y las metodologías**

Con un enfoque sistémico, en la producción de servicios de salud pueden reconocerse tres componentes: **estructura, proceso y resultado**. Esta división, propuesta originalmente por Donabedian¹⁰, ha sido aceptada como punto de partida para clasificar los enfoques de los programas de control de calidad.

El grado de desarrollo de metodologías de evaluación, basadas en estos tres enfoques ha sido diferente y en general se usan en circunstancias también diferentes. Los primeros intentos para introducir el control de calidad se basaron en la búsqueda de buenos resultados. Cuando muchos de éstos métodos se mostraron muy dificultosos, los pioneros del control de calidad se volcaron a los enfoques estructurales y últimamente se está poniendo un énfasis creciente en la evaluación del proceso.

Si bien hubo grandes discusiones respecto al valor de cada uno de estos enfoques, actualmente no hay duda respecto a que el énfasis de las evaluaciones debe ponerse en la evaluación de procesos y resultados y que el enfoque estructural es el que menos información suministra respecto a real calidad de servicios. Sin embargo **metodologías que combinen los tres enfoques** permiten una evaluación multidimensional, ayudan a identificar los sitios y las causas del fracaso de la calidad y asegura acciones correctoras más apropiadas.

En general, todas las metodologías de evaluación desarrollan las siguientes **etapas**: a) Elección de los componentes a evaluar (efectividad, eficiencia, accesibilidad, adecuación, calidad científico-técnica, continuidad, satisfacción del usuario y el prestador); b) Elección del enfoque (estructura, proceso y resultado); c) Elección del fenómeno a medir, d) Formulación de los estándares o criterios con los cuales comparar, e) Obtención y análisis de la información, f) Propuesta de medidas correctoras.-

El control de calidad puede aplicarse a través de evaluaciones **internas, externas y compartidas**, según quiénes sean los responsables de llevarlas a cabo. Las evaluaciones internas son realizadas por el propio personal de la institución evaluada. En la evaluación externa se designa personal ajeno a la institución, en algunos casos asesores con experiencia en esa actividad, personal de otras instituciones estatales, de asociaciones profesionales, de una empresa comercial, etc. En general la selección de este personal depende de los objetivos de la evaluación.

La evaluación externa está menos sujeta a acusaciones de encubrir o disimular. La interna es más aceptada por los profesionales y más relevante para la identificación de problemas y propuesta de soluciones. Deben ser externas las evalua-

¹⁰ Donabedian, A. *La calidad de la Atención médica*. La Prensa Médica Mexicana, S.A. 1984.

ciones destinadas a aclarar sospechas de fraudes, hechos políticos, acreditación de establecimientos, habilitación o apertura de establecimientos.

La evaluación compartida, con asesores o evaluadores externos y el personal de los propios servicios, ofrece la ventaja de sumar a la experiencia de los primeros, el compromiso e interés del personal que brinda la atención.

Enfoques estructurales

Se basan en la evaluación de los recursos y su organización y su fundamento es que, teniendo unas buenas condiciones previas, es posible tener un proceso de atención más apropiado y mejores resultados. En el planteamiento estructural se evalúan los siguientes ítems: recursos humanos, instalaciones y equipamiento, que se describen y comparan con normas establecidas.

Las metodologías usadas en el control de calidad basadas en el enfoque estructural son las siguientes:

* ***Habilitación***: Es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o quien ella delegue. Se realiza habitualmente por una sola vez, previo a la puesta en funcionamiento del efector. La evaluación se basa en criterios mínimos estructurales que deben poseer los establecimientos.

* ***Categorización***: Es la clasificación de los servicios de salud, ambulatorios y de internación según diversos criterios, tales como complejidad, riesgos de atención u otros. La clasificación según niveles de complejidad permite definir niveles de resolución de problemas de acuerdo con las tecnologías disponibles, permitiendo configurar redes de atención, que son la base para la organización de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

* ***Acreditación***: “Es un procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo diferentes niveles de satisfacción”¹¹. Puede decirse que un establecimiento es acreditado cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman una organización cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

* ***Matriculación***: Consiste en el registro de los títulos profesionales, por la autoridad de salud jurisdiccional. En nuestro país las provincias no han delegado en la Nación el poder de policía en salud y esta responsabilidad es por lo tanto de orden provincial. Sin embargo, en algunas provincias esta facultad ha sido delegada en organizaciones paraestatales, tales como los Colegios Médicos.

* ***Certificación***: Es el procedimiento de evaluación periódica de los recursos humanos de profesionales, mediante el cual los mismos, luego de obtener su matriculación certifican una determinada especialidad y con ello el aval para la realización de determinadas prácticas de la misma. En el caso de los médicos, en nuestro país esta tarea actualmente está siendo patrocinada por la Academia Nacional de Medicina, trabajando con las organizaciones profesionales de las diferentes especialidades.

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. *Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe*. Serie Desarrollo de Sistemas Locales de Salud, N°13. Washington D.C., 1991.

* **Condiciones de eficiencia:** Esta metodología fue desarrollada en Argentina al comienzo para la evaluación de los servicios de salud maternoinfantil y luego utilizada para otras áreas. Estudia en que medida los recursos de los servicios reúnen las características adecuadas para atender con eficiencia las necesidades de salud de la población, entendiéndose por recursos los humanos, físicos, tecnológicos y de conocimientos. Es un tipo de evaluación por encuesta y observación directa realizada en forma compartida por el personal de los servicios y evaluadores externos y los hallazgos se comparan con un modelo normativo. Ha mostrado ser útil para la planificación de servicios y educación del personal de salud.

Enfoques de proceso

El enfoque de proceso se basa en el supuesto de que si en todas las etapas de la atención se aplican correctamente el conocimiento médico y la tecnología disponible, es probable que el resultado sea mejor que cuando la aplicación del conocimiento y la tecnología son deficientes. Dentro de este enfoque deben diferenciarse las evaluaciones administrativas y las profesionales. La evaluación administrativa está destinada a evaluar el uso de los recursos institucionales en las áreas de planificación, gestión y contabilidad, siendo la evaluación externa la más indicada. La evaluación profesional está reservada casi exclusivamente para apreciar la calidad científico-técnica y aspectos psicosociales de los servicios producidos y en casi todos los casos, es aconsejable realizarla a través de una evaluación interna. En el enfoque de proceso se vienen usando las siguientes metodologías:

* **Revisión de casos puntuales:** Aquí el objetivo es la evaluación de una actividad prestada por un profesional o recibida por un paciente, siendo la fuente de información la historia clínica. Los tipos de estándares (normas) y criterios para evaluar pueden ser explícitos o implícitos. Se ha usado también la llamada observación participativa, sobre todo para los aspectos sicosociales, pero ésta tiene algunos cuestionamientos acerca de que la participación del observador modifica las conductas de los prestadores y resulta excesivamente cara.

* **Estudios estadísticos:** Consiste en analizar la agregación de datos obtenidos a partir de casos individuales registrados en las estadísticas de servicios. En el caso de servicios de internación, se utilizan estadísticas hospitalarias: promedio de días de estada, porcentaje ocupacional, giro de camas, mortalidad hospitalaria, etc. Cuando el análisis de estos datos agregados lleva al descubrimiento de datos negativos se procede al análisis más detallado, con las respectivas historias clínicas. En la APS se usan también los registros habituales de actividades tales como consultas, controles de salud, educación, inmunizaciones, etc. y algunas extramurales, como visitas domiciliarias, atención en escuelas y organizaciones comunitarias, etc..

* **Estudios de utilización de recursos:** Estos estudios tienen por objeto determinar si los servicios prestados son médicamente necesarios y en caso de internación, si ésta fue necesaria. Estos estudios han permitido llegar a detectar los servicios sobreutilizados, las estancias prolongadas, las internaciones innecesarias, personal, equipos e instalaciones con capacidad ociosa, etc., circunstancias indicadoras de ineficiente uso de los recursos.

* **Auditoría médica:** Consiste en la evaluación *retrospectiva* de la calidad de atención en base a las *historias clínicas*. Normalmente, aunque no necesariamente, la auditoría evalúa preferentemente el proceso de atención. Cuando se realiza en el ámbito hospitalario se constituyen Comités de Auditoría, que en los hospitales generales pequeños pueden ser únicos para todas las especialidades y en los mayores puede haber uno para cada especialidad. El Comité debe decidir acerca de los casos a estudiar y los estándares a usar. Estos estándares o criterios pueden haber sido formulados por otros o por el propio Comité y definen cuando se considera una atención aceptable y qué información se necesita en la historia para determinar si se ha cumplido el criterio. En resumen, el Comité analiza las historias de los casos seleccionados, define si la atención ha sido o no aceptable según los criterios adoptados y decide si es necesario realizar alguna medida correctora.

En general, en la evaluación a través de análisis de historias clínicas debe tenerse en cuenta que éstas sólo registran aspectos que revelan los conocimientos del personal de salud y que no permiten analizar acerca de sus actitudes, relación con el usuario, la agudeza de su percepción o capacidad analítica entre otros aspectos sicosociales del proceso de atención.

Enfoques de resultados

La evaluación con el ***enfoque de resultados*** se basa en medir en qué medida se alcanzan los objetivos de la atención de salud, es decir promover la salud, curar la enfermedad o evitar su progresión, restablecer la capacidad funcional, aliviar el dolor o el sufrimiento.

Esta evaluación de resultados consiste en medir los cambios producidos en individuos o poblaciones, que pueden ser atribuidos a la atención de salud. Entre éstos se incluyen los siguientes: a) Nivel de salud alcanzado, mediante indicadores de mortalidad, morbilidad y de estado de salud (indicadores positivos); b) Adquisición de conductas de los individuos o familias que puedan influir en la salud futura; c) Satisfacción de los individuos y las familias con la atención y sus resultados; d) Satisfacción de los prestadores. Respecto a estos puntos es preciso hacer algunas observaciones:

a) El nivel de salud alcanzado puede referirse a la salud individual, familiar y/o comunitaria. En el primer caso la evaluación de la calidad deberá centrarse en los aspectos de la salud susceptibles de mejora, teniendo en cuenta las circunstancias y el estado actual del conocimiento. Es importante la evaluación del nivel de salud alcanzado sobre el conjunto de la población y no sólo sobre las personas que demandan ya que si la evaluación se centra sólo en los que consultan, no podrá medirse adecuadamente un componente importante como es la accesibilidad;

b) El grado de satisfacción del usuario puede estar en relación con la satisfacción con el proceso atención y también con los resultados alcanzados en su nivel de salud;

c) El grado de satisfacción del prestador puede expresar su visión de la capacidad del sistema y de su propia capacidad científico - técnica.

- **Aspectos metodológicos**

Definición de los servicios a evaluar:

Este es el primer punto a definir en el proceso de evaluación. En general se acepta que la evaluación puede realizarse en una o más de las siguientes áreas:

- * Evaluación del desempeño de todos los integrantes del equipo de salud;
- * Evaluación de las instituciones donde se presta la asistencia;
- * Evaluación de problemas de salud seleccionados;
- * Operaciones y procedimientos utilizados en la prestación de servicios.

La mayor parte de la evaluación de calidad se refiere a la asistencia prestada por los profesionales, ya que ésta es el área donde tienen lugar las mayores variaciones y donde las medidas correctoras pueden ser implementadas con mayor eficiencia. Por razones económicas y logísticas es imposible, en la mayor parte de los casos, evaluar la totalidad de la asistencia. En estos casos deberá realizarse un muestreo aleatorio dirigido, concentrando los recursos en áreas donde se esperan mayores beneficios. Para seleccionar estas áreas de asistencia pueden ser útiles los siguientes criterios:

1º - Realizar la evaluación de la asistencia que recibe una población definida desde el punto de vista geográfico, por grupo étnico o por la naturaleza de la atención que recibe, por ejemplo aguda o crónica.

2º - Seleccionar el proceso a evaluar por la naturaleza del problema o necesidad de salud. En estos casos deberá considerarse la elevada prevalencia, su gravedad, la posibilidad de intervención a un costo bajo, accesible y de gran impacto, la gravedad de las consecuencias de una mala atención y la necesidad sentida de la comunidad. En este punto resulta muy útil la utilización de los llamados “procesos trazadores”, entendiéndose por tales a problemas de salud identificables, cada uno de los cuales ilustra de que manera opera un sector del servicio de salud, en relación con los demás sectores. El supuesto básico es siempre el mismo: la forma en que el personal de salud administra la atención rutinaria de un problema relativamente frecuente es un indicador de la calidad de la atención y del servicio que presta esa atención¹².

3º - Realizar la evaluación de la asistencia brindada por determinado personal del equipo, ya sea profesional, técnico o auxiliar. Por ejemplo puede considerarse necesario evaluar el desempeño de médicos residentes u otro personal en formación, desempeño de personal cuya actuación ha sido motivo de frecuentes quejas de los usuarios, etc.

4º - En algunos casos la selección del área a evaluar estará determinada por el tipo de servicio. Así por ejemplo puede ser necesario evaluar la atención de urgencia pues su mala atención puede tener consecuencias graves o generar una presión socio-política indeseable.

Fuentes de información

En general la naturaleza de los datos y su recopilación dependerá de los objetivos de la evaluación. Si se trata de una investigación se justifica la recolección y elaboración de un mayor caudal de datos, más elaborados y por ende más costosos. En cambio, la evaluación de calidad que se realiza en forma rutinaria y sistemática por parte del mismo servicio y con el objeto de implementar medidas correctoras (control de calidad), deberá obligar a una recolección rápida, fácil y económica.

Las fuentes de datos más frecuentes son las siguientes:

Las ***estadísticas de salud y de servicios***. Esta información es fácil de analizar si bien en muchos casos no se dispone de ella con la oportunidad deseada pero, su relevancia en la determinación de la calidad es cuestionable. En general son más útiles en los estudios de estructura de los servicios.

Las ***historias clínicas*** son el documento básico de la evaluación del proceso de atención. Si bien en muchos casos se han hecho esfuerzos para su estandarización (historias “únicas”, historia perinatal), en la práctica su utilización puede estar limitada por diversas circunstancias: estar incompletas, ser ilegibles o no poder localizarse por defectos en el archivo. Estos problemas son especialmente frecuentes en la atención primaria y conducen al peligro de que el objetivo de la evaluación de calidad se convierta en la “evaluación de la historia clínica”¹³

La ***observación participante***. Esta metodología de recolección de información se ha propuesto en un afán de salvar los inconvenientes de la utilización exclusi-

¹² Kessner, D.M. Kalk, C.E. Singer, J. *Assesing health quality*. The case por traces. The New England Journal of Medicine 288 (4):189-194.1973.

¹³ Vouri, H.V. Op.cit. pag.104

va de las historias clínicas. La observación del proceso de atención se supone que permite evaluar las llamadas características psicosociales de la atención: la amabilidad, la buena relación con la gente, la empatía, la consideración, la adecuada información para lograr el consentimiento, etc. aspectos sumamente importantes en toda la atención pero especialmente relevantes en la atención primaria.

Encuestas de opinión. Este punto es fundamental para evaluar dos de los componentes: la satisfacción del usuario y del prestador. En el caso de los usuarios, si bien existen algunos que desconocen el valor y la calidad de los servicios que reciben, actualmente puede percibirse una creciente participación e interés de la gente en la provisión de servicios adecuados a sus necesidades. Esto es especialmente observable en el caso de los beneficiarios de las prepagas, probablemente porque en estos casos reciben servicios que han abonado previamente. En el servicio público, si bien se ha estimulado la participación comunitaria, aún se percibe que resta mucho por hacer. Quizás el indicador de que hay un mayor interés de la gente por la calidad de los servicios sea la utilización de los mismos para control en salud. Las encuestas a la gente deben realizarse a los usuarios de los servicios y a informantes claves de la comunidad, ya que estos últimos pueden informar mejor problemas de accesibilidad y de rechazo.

Crterios y estándares

La evaluación de la calidad, como toda evaluación, supone comparar los hallazgos con una norma, patrón o criterio de buena asistencia. Estas normas, pueden definirse como "el conjunto de pautas explícitas que reglan las actividades del equipo de salud, quienes deben participar activamente en su elaboración y actualización"¹⁴ y deben cumplir los requerimientos habituales de validez, confiabilidad y sensibilidad.

El requerimiento de que las normas o criterios sean explícitos, o sea que se formulen en forma escrita y por adelantado, asegura una mayor consistencia en los resultados y la confiabilidad y la comparabilidad de los hallazgos aumenta grandemente. En algunos casos sin embargo la evaluación puede hacerse siguiendo criterios implícitos y en ese caso el evaluador, que puede ser un experto, se basará en su propia experiencia y conocimientos y responderá a la pregunta de ¿qué haría yo en un caso similar?¹⁵ En estos casos se acepta que la confiabilidad es más baja. De aquí que es bueno disponer de criterios de normas explícitas que pueden usarse no sólo para evaluación sino también para decidir conductas del equipo de salud. En la actualidad hay consenso de que las pautas escritas contribuyen no sólo a la calidad sino también a la eficiencia de los servicios¹⁶.

Pareciera que lo recomendable, cuando se evalúa la calidad de un servicio es combinar criterios *explícitos e implícitos*. En general esta es la experiencia de expertos¹⁷: por una parte utilizan las normas explícitas aprobadas y por otro, utilizan su propio juicio para hacer la evaluación de los servicios y de la asistencia brindada.

¹⁴ Moreno, E. y Diaz, Angel G. *Normatización del cuidado de la Salud Materno infantil*. Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología Vol.2-Nº6. Montevideo, 1986.

¹⁵ Vouri H.V.; Op.cit.pag.111.

¹⁶ Idem, pag. 112

¹⁷ A lo fines de la normatización y la evaluación, consideramos experto a individuos con solvencia científica, experiencia y conocimientos de la realidad local.

- **Estrategias correctoras**

El proceso de la evaluación de la calidad de un servicio, de acuerdo a los señalado, requiere concluir con la formulación e implementación de medidas correctoras, ya que si éstas no se proponen y concretan, la tarea desarrollada sería estéril. Es preciso plantearse qué medidas correctoras se proponen para mejorar la calidad de este servicio de acuerdo a los resultados obtenidos, tratando de aproximarse al modelo que nos planteamos antes de realizar esta evaluación (normas, criterios o estándares).

El “control de calidad” y la “garantía de calidad” llevan implícitos en su conceptualización dos aspectos destacados: la aplicación de medidas correctoras posteriores a la evaluación y el monitoreo permanente del proceso de evaluación. La variación en el uso de estos términos deriva de cómo se traduzca el original de “quality assurance”. Estos conceptos han sido tomados de los procesos que desarrolla la industria para asegurar una buena calidad de sus productos antes de que sean lanzados al mercado y consisten fundamentalmente en comprobar tanto las materias primas como el proceso de producción y la calidad del producto terminado.

Aunque para muchos resulta desagradable comparar la estructura y el proceso industrial con la atención de salud, desde el punto de vista económico la atención de salud no es sino producción de servicios sanitarios. En este modelo el sistema sanitario proporciona la *estructura*, constituida por el personal, el equipamiento, los insumos en el marco de las instituciones de salud tanto de los sectores público, privado o de la seguridad social (centros de salud, consultorios privados, hospitales, sanatorios, laboratorios, farmacias etc.).

Cuando un paciente entra en un sistema de salud desencadena una serie de actividades destinadas a satisfacer sus necesidades en el área de salud, tales como la confección de su historia clínica, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento. A pesar de la individualidad de este *proceso* -que es particular para cada individuo y para cada grupo humano- es posible asimilarlo a la llamada “cadena de producción” de la industria.

Finalmente este proceso, que tiene lugar en las estructuras mencionadas, produce un *resultado* final expresado en términos de nivel de salud. Cada uno de estos componentes, la estructura, el proceso y los resultados pueden ser medidos al igual que en la industria, comparándolos con criterios preestablecidos y pueden también introducirse medidas correctoras en cada uno de ellos.

Si embargo existen diferencias significativas entre el proceso industrial y la atención de salud. La más importante de ellas es que el objetivo de la industria es prevenir la existencia de productos defectuosos y en la atención de salud se pretende prevenir tanto como garantizar para cada individuo o comunidad, una asistencia de buena calidad.

Existe sí, una cosa que comparten ambos procesos y es la necesidad de introducir el “control” para lograr sus objetivos. Mientras la evaluación es un proceso destinado a determinar el nivel de calidad de la atención de salud, el control de calidad o garantía de calidad incluye ese concepto y además la acción correctora, basada en el “feed-back” o realimentación, a través de medidas sugeridas por los hallazgos de la evaluación.

En un sentido amplio, una estrategia correctora es cualquier método empleado para mejorar la calidad de la asistencia, sin tener en cuenta si la calidad ha sido medida o no. En un sentido más estrecho, una estrategia correctora es la última etapa del proceso de control de calidad y está destinado a la corrección de las discrepancias entre la calidad observada y la deseada. Las estrategias que se han propuesto para mejorar la calidad han sido muy variadas y están fuertemente condicionadas por dos grupos de factores: la naturaleza de los hallazgos de la evaluación de la calidad de los servicios y los factores derivados de los estilos de vida de los usuarios de los mismos.

a) Hallazgos en la evaluación de los servicios: La disparidad entre los hallazgos y el modelo deseado expresado por las normas o estándares, puede estar condicionado por factores inherentes al *sistema de salud, al propio servicio o a su entorno.*

Dentro de los factores derivados de las características del *sistema de salud* pueden señalarse: falta de claridad en las políticas de salud, montos insuficientes del presupuesto sectorial con respecto al gasto social, deficiencia o inadecuada distribución y organización de los recursos físicos, humanos, materiales y financieros, inadecuada planificación de los diferentes niveles de servicios.

A *nivel de los servicios*, entre los factores que condicionan la calidad pueden citarse como más relevantes, la falta de una programación local que resulte en una ineficiente utilización de los recursos por falta de normatización, referencia y contrareferencia. No menos importantes son la falta de capacitación del personal y la inadecuada dinámica de las relaciones humanas en los equipos de salud.

Los *estilos de vida*, que condicionan comportamientos no saludables de los usuarios de los servicios pueden en muchos casos explicar algunos de los hallazgos en términos de falta de resultados en el nivel de salud o en aspectos de utilización de servicios.

b) El entorno de los servicios en que se realiza el control de calidad suele limitar o condicionar la elección de las estrategias correctoras. Entre estas características del entorno pueden mencionarse las actitudes sociales prevalentes, la legislación existente, las características de las organizaciones del personal de salud y la oportunidad en términos de disponibilidad de recursos. Así por ejemplo, en algunos países sólo son posibles la persuasión y la educación, en otros puede ser factible la coerción mediante medidas disciplinarias.

Blum¹⁸ ha señalado que en muchos casos las estrategias correctoras no están claramente señaladas, consistiendo en sugerencias no específicas para mejorar la asistencia y que son válidas aún sin haber realizado previamente una evaluación. Este autor cita como ejemplos, las siguientes:

- Hacer más investigación.
- Aumentar el desarrollo tecnológico.
- Requerir niveles más altos de especialización y cualificación a todos los profesionales de los servicios de salud.
- Requerir niveles más altos de educación continuada, exámenes periódicos y recertificación.

¹⁸ Blum, H. *Evaluating health care*. Medical Care, 1974.

- Promover recompensas a la buena práctica, o bien amenazar con penalizaciones más severas a las prácticas inadecuadas, inspeccionar más a menudo y más exhaustivamente para comprobar que todo funciona a la perfección.

Roemers¹⁹ ha sugerido que las principales estrategias (mecanismos sociales de control, usando su terminología) son las siguientes:

- Determinación de estándares para cada categoría de profesionales.
- Creación de estructuras organizativas que conduzcan a una alta calidad.
- Planificación sanitaria.
- Regionalización.
- Control de drogas e instrumentos.
- Incentivos disciplinarios.

Vouri señala que sólo hay tres medidas correctoras cuando se trata de la evaluación de la atención brindada por un profesional individual:

- Medidas educativas como cursos de reciclaje, educación continuada y reexaminación.
- Medidas organizativas como distribución de tareas, reorganización de la estructura física y provisión de determinados recursos o equipamientos.
- Incentivos disciplinarios como promoción o degradación e incentivos o penalizaciones económicas.

La **educación**, y particularmente la educación continuada, es la estrategia más importante y más frecuentemente reclamada para mejorar los servicios de salud. La educación está en relación con la calidad en las siguientes formas:

- a) Educación del personal de salud durante su graduación y posgraduación de manera que adquiera potencialidad para producir servicios de calidad. Durante este proceso los profesionales deben ser educados para aceptar y realizar ellos mismos la evaluación de calidad.
- b) Educación de todo el personal de salud en forma continuada y en servicio de manera que puedan ponerse en práctica medidas correctoras cuando las evaluaciones lo justifiquen.
- c) Educación al público en general y a los usuarios de los servicios en particular para distinguir los atributos de una buena calidad de atención y para utilizar adecuadamente los servicios.

Si bien la educación es la estrategia fundamental para el mejoramiento de la calidad, debe tenerse en cuenta lo siguiente: a) habitualmente menos de la mitad de las deficiencias cualitativas de calidad derivan de problemas de conocimiento, siendo el resto de organización y disponibilidad de recursos, b) los programas de capacitación que se implementen no deben atender sólo los problemas de conocimientos sino también las actitudes y los comportamientos en el equipo de salud y en su relación con los usuarios.

La **regionalización** es otra de las estrategias relevantes para lograr una mejor calidad. Como método de planificación sanitaria permite hacer un uso óptimo de los recursos mediante el desarrollo de sistemas de servicios jerarquizados, responsables de la salud de la población de un área geográfica y donde cada uno de los servicios tiene asignados sus recursos y grado de complejidad según su

¹⁹ Roemer, M.J. *Controlling and promoting quality in medical care*. Health care. Dobbs Ferry, NY, Oceana Publications, 1972.

responsabilidad. Se estima que, concentrando ciertas actividades en determinados niveles, según su frecuencia y su necesidad de resolución con determinada complejidad, se previene la duplicación de equipos y actividades y se favorece el adecuado desempeño de los trabajadores de la salud.

El diseño de las estructuras organizativas está también relacionado con la planificación sanitaria y condiciona la calidad de los servicios, sin embargo, aún hoy existen distintas opiniones respecto al impacto que producen en la calidad el tamaño y complejidad de las organizaciones de salud. La experiencia de las últimas décadas, donde se diseñaban servicios de gran capacidad y complejidad ha mostrado que en algunos casos estas estructuras resultaban en una burocracia ineficiente, en insatisfacción de los prestadores y alienación de los pacientes.

Sin embargo en otros casos estas organizaciones complejas pueden tener sus propios mecanismos para controlar su calidad mediante adecuada programación de actividades, delegación de tareas, asignación de responsabilidades, conformación de comités de evaluación y monitoreo de calidad. La opinión generalizada es que no deben construirse hospitales demasiado grandes y la tendencia actual es la construcción de servicios de dimensiones “humanas”, es decir que el objetivo es crear un entorno que haga posible alta calidad y alto grado de satisfacción del usuario y del trabajador de salud.

El ***control de medicamentos e instrumentos*** es otra de las estrategias fundamentales para mejorar la calidad. Esta evaluación debe cubrir el determinar no sólo la seguridad sino también su efectividad. En este punto hay experiencias de monitorización de las prescripciones de algunos facultativos en particular, determinando a través de este proceso, en qué medida se producen desviaciones de un patrón medio de prescripción para determinados procesos. El motivo de esta monitorización en la seguridad social es, en nuestro medio, fundamentalmente económico más que de seguridad.

El uso de la computación ha favorecido el desarrollo de procesos de evaluación de la idoneidad de las prescripciones así como de identificar eventuales interacciones potencialmente peligrosas, sobredosis y reacciones alérgicas antes de la indicación de la droga.

Segunda Parte:

MODELO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

- **Introducción**

La evaluación de la calidad de la atención de los servicios que se brindan en el primer nivel de atención debe ser preocupación permanente tanto del personal de conducción y administración del sistema de salud como del que se desempeña en ese nivel y de la comunidad, ya que la capacidad resolutive y el adecuado desempeño del mismo, condiciona fuertemente la equidad de todo el sistema.

Este principio básico de la administración de servicios ha adquirido especial significado en los últimos años con el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud, SILOS, como táctica operativa indispensable para acelerar la puesta en marcha de la atención primaria de salud. El concepto de los SILOS, preconiza el desarrollo de redes de servicios en donde los servicios del primer nivel constituyen la estrategia organizativa básica del sistema y donde se brinda una atención ambulatoria general, con integración de servicios preventivos y curativos, enfoque familiar y fuerte estímulo a la participación comunitaria.

En la mayor parte de los países este primer nivel está representado por los Centros de Salud, servicios cuya creación se remonta a las primeras décadas de este siglo. Estos servicios responden a muy diversas formas de organización y funcionamiento, según los países e incluso en diversos contextos dentro del mismo país, teniendo siempre como denominador común su forma de atención exclusivamente ambulatoria.

En 1972, Milton Roemer²⁰ expresaba que los Centros de Salud debían clasificarse de acuerdo a sus funciones, estableciendo este autor tres categorías:

- Centros de Atención Primaria: servicios de atención que integran la prevención y curación.
- Centros Especializados: encargados del diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías o grupos de población.
- Policlínicas completas: la asistencia primaria se asocia a la prestación de servicios especializados y complejos.

En la actualidad esta clasificación sigue siendo válida con algunas consideraciones particulares. Los Centros de Atención Primaria están situados tanto en áreas urbanas como áreas rurales, brindan actividades de promoción y prevención con enfoque de riesgo, resuelven la mayor parte de las necesidades de salud de la población a su cargo y refieren a los niveles más complejos del sistema los casos que superan su capacidad resolutive en las áreas de diagnóstico y tratamiento.

Los Centros Especializados vienen desapareciendo frente a la estrategia de atención primaria que preconiza la integración de servicios en el primer nivel de atención. En cuanto a las Policlínicas, son actualmente la base organizativa del primer nivel de atención en las áreas urbanas. En estos servicios se ofrecen además de la atención general similar a la que ofrecen los Centros de Atención Primaria algunas especialidades críticas y mayor complejidad diagnóstica y terapéutica, aumentando, siempre en atención ambulatoria, la capacidad de resolución del primer nivel de atención.

²⁰ Roemer, M., *Evaluación de los Centros de Salud Pública*. Cuadernos de Salud Pública N°48. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1972.

Así definido el primer nivel de atención y su importancia en la organización del sistema de servicios, es fácil inferir la necesidad de asegurar su adecuada capacidad resolutoria para garantizar la equidad del sistema y la contención de costos. Es sabido que un buen desempeño de los Centros de Salud puede disminuir significativamente la afluencia hacia el hospital, tanto en la consulta ambulatoria como en la internación, lo que tendrá una repercusión significativa en la organización del sistema y en los costos, ya que la atención en internación es siempre más cara que la ambulatoria.

De las consideraciones anteriores resulta evidente la necesidad de asegurar la calidad de la atención brindada por estos establecimientos. En este contexto, entendemos calidad como “la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de la gente”²¹.

La evaluación de la calidad de la atención que brinda un servicio o un conjunto de servicios de la Atención Primaria puede ser una experiencia aislada destinada a conocer en qué medida el desempeño del mismo se adecua a los objetivos de un plan de salud en el momento de la evaluación, o bien formar parte de un programa de *Gestión de Calidad*. Experiencias aisladas forman parte en general de proyectos de investigación, en algunos casos con fines educativos.

La utilización de la evaluación en el marco de un programa de gestión de calidad es parte de una estrategia que persigue el mejoramiento progresivo de la calidad del servicio y donde las evaluaciones son seguidas de medidas correctoras y reevaluaciones sucesivas.

En la última década se han producido cambios vertiginosos en los enfoques y las metodologías usadas para mejorar la calidad de los servicios de salud. *Probablemente el cambio más fundamental ha sido pasar de un enfoque de evaluación a un enfoque de gestión* que supone la monitorización o mejora continua de la calidad siguiendo la tendencia de la llamada Gestión de Calidad Total.

- **Estructuración de programas de gestión de calidad en la atención primaria**

Un programa de gestión de calidad puede ser estructurado describiendo las características de nueve componentes: dimensión o variable de la calidad en la que se pondrá énfasis, unidades de estudio, identificación de los casos a incluir en el estudio, relación temporal de la evaluación con la acción evaluada, tipo de datos, fuente de datos, tipo de revisión, tipo de criterios y medidas correctoras previstas.

1- Dimensión o variable a estudiar:

Se refiere a si se va evaluar la calidad científico-técnica, accesibilidad, satisfacción o aceptabilidad, efectividad y eficiencia. La calidad científico-técnica o competencia profesional es la dimensión más frecuentemente tratada, probablemente porque es el aspecto con el que están más familiarizados los profesionales.

2- Unidades de estudio:

²¹ Moreno, E. y col. *Calidad de la Atención de Salud*. Aspectos Conceptuales. Cátedra de Salud Pública. Facultad de Medicina. UNT. 1996.

En este punto deben considerarse tres aspectos cuya definición debe ser clara y unívoca: tiempo, instituciones y personal de salud a evaluar.

La definición de la institución o instituciones a evaluar y sus características es un paso previo a la adecuación de los parámetros de evaluación permitiendo definir posteriormente cuáles son los casos que van a entrar en la evaluación. En este punto debe definirse si se evaluará sólo la atención brindada a la población asignada (área de responsabilidad), o toda la atención brindada (área de influencia).

Con la definición de personal de salud deberá precisarse si el proceso de atención analizado afecta alguno de los integrantes del personal de salud o bien al equipo en su totalidad. Podría también darse el caso de evaluar un conjunto de Centros de Salud de una región o área de salud, en cuyo caso deberá precisarse también si se trata de un conjunto de instituciones.

La variable tiempo se refiere al período de contacto entre el usuario y el servicio, es decir el período a evaluar y en el que se supone se debían usar los criterios o normas.

3- Identificación de los casos:

El universo a estudiar se referirá a la definición de las unidades de estudio a las que llamamos casos. En este punto es preciso definir claramente las características de estos casos de manera que no se tenga duda acerca de su inclusión o no inclusión.

Los casos pueden ser referidos a una base institucional, por ejemplo pacientes o población del área de responsabilidad de un equipo de atención o de un centro de salud y dentro de ellos pacientes o población asignada con un diagnóstico o proceso de atención determinado. En este último rubro se incluyen las actividades de vigilancia o control de riesgos en población vulnerable.

Una vez definida los casos a estudiar debe decidirse, según el volumen de los mismos, si se trabajará con todo el universo o si se seleccionará una muestra aleatoria simple o sistemática.

4- Relación temporal de la evaluación con las actividades evaluadas:

Los estudios evaluativos de calidad pueden ser *retrospectivos*, *concurrentes* o *prospectivos*. En la mayor parte de los casos el mismo es retrospectivo por ser de más fácil manejo y no perturbar el curso de la atención al paciente. Este tipo de evaluaciones da suficientes insumos como para identificar aspectos deficitarios y proponer medidas correctoras, esencia de la gestión de calidad.

En las evaluaciones concurrentes, tales como la observación participante la experiencia muestra que la sola presencia del evaluador cambia las conductas habituales del prestador. Dentro de las evaluaciones prospectivas de la gestión de calidad pueden incluirse las revisiones de los criterios diagnósticos y/o terapéuticos por parte del equipo y más que evaluaciones pueden ser considerados mecanismos -a veces medidas correctoras- que contribuyen a mejorar la calidad de la atención.

5- Tipo de datos:

Los datos a utilizar para la evaluación pueden ser diferenciados en datos de *estructura, proceso y resultados* habiendo consenso de que de preferencia deben usarse en forma simultánea para evaluar correctamente la calidad de atención.

Los *datos de estructura* incluyen la información relativa a la disponibilidad y organización de los recursos humanos, materiales y financieros. Una estructura correcta es una condición necesaria pero no suficiente para conseguir la calidad.

Los *datos de proceso* se refieren a aquellos correspondientes a actividades preventivas, de diagnóstico y/o tratamiento brindadas a la población. La evaluación de la calidad a través de la información generada en el proceso de atención atiende al supuesto de que un correcto proceso asistencial dará como resultado una mejora del nivel de salud del paciente o usuario. Si bien no evalúan datos de resultados *son las informaciones más útiles para implementar medidas correctoras*. En la utilización de datos de proceso debe tenerse en cuenta que éstos deben haber sido cuidadosamente seleccionados entre aquellos que se estima que tienen más repercusión en la calidad.

Los *datos de resultados* se refieren al producto de la atención, es decir las variaciones en el nivel de salud y satisfacción del usuario por la atención recibida y de los prestadores, por la asistencia brindada. También la selección de datos de resultados debe ser muy cuidadosa ya que es necesario *incluir aquellos datos de los que haya evidencia de que puedan modificarse con el proceso de atención*. En general los datos de resultados son más difíciles de determinar que los de estructura y proceso porque en muchos casos los plazos temporales de observación son demasiados cortos para lograr cambios significativos en los indicadores.

A esta situación se agregan, en el caso de la Atención Primaria en su acepción de primer nivel de atención, las siguientes circunstancias: a) los cambios en el nivel de salud que logra el primer nivel de atención, están fuertemente influenciados por la interacción de diversos factores como los derivados del ambiente físico y sociocultural y los estilos de vida y no sólo por el sistema de salud; b) en muchos casos los resultados en términos de nivel de salud son producto de la acción complementaria de los diferentes niveles de atención del sistema y no solamente del primer nivel de atención, que en este contexto se denomina Atención Primaria.

Por las circunstancias apuntadas, en este nivel de atención los mejores indicadores de resultados deben seleccionarse entre los de mortalidad, resolución de procesos agudos y sobre todo los de medición de la satisfacción de los usuarios.

6- Fuentes de datos:

Como principio general debe aceptarse que las diversas fuentes de datos deben pertenecer a los *sistemas de información existentes en el sistema de salud*, ya sean de naturaleza clínica, de estadísticas de salud o información administrativa. La creación de nuevas fuentes de datos requieren recursos y esfuerzos que en la mayor parte de los casos no se justifican y que en el marco de la gestión de calidad, entendida como un proceso continuo, no es aconsejable.

Las principales fuentes de información son las siguientes:

- a) Para la identificación de casos los registros de actividades, tales como las planillas de consultorio, las fichas de identificación, los censos de población, los registros de grupos de riesgo, los ficheros calendarios, etc.
- b) Para la revisión de actividades (datos de proceso), las historias clínicas, los registros de referencia, encuestas, reclamaciones de los usuarios, etc.

7- Tipos de revisiones:

Los programas de gestión de calidad pueden tener tres clases de revisiones: internas, externas y compartidas según ésta sea realizada por los profesionales de los propios servicios, por personas o instituciones ajenas al servicio y por ambos.

En los programas de gestión de calidad la forma más recomendable es la primera (peer review) pues en ellas son los propios profesionales los que revisan sus actividades, analizan las fallas e identifican los problemas y proponen las debidas correcciones. Completando el ciclo de un proceso de gestión de calidad, son ellos los que ponen en práctica las medidas correctoras y reevalúan para determinar si han logrado mejora.

8- Normas y criterios:

La evaluación de la calidad requiere que se disponga de *normas* para el cumplimiento de las actividades de atención y de disponibilidad y organización de los recursos, ya que la evaluación consiste en comparar las mismas con los hallazgos, de manera que pueda diferenciarse la buena y mala calidad.

También en un proceso de evaluación de la calidad es preciso determinar los llamados *criterios de evaluación* que son aquellos aspectos de las normas que se seleccionan como más relevantes para los fines de la evaluación del área problema seleccionada y el cual será medido para ver su grado de cumplimiento.

Los criterios de evaluación deben ser seleccionados cuidadosamente antes de comenzar la evaluación estableciendo los niveles aceptables de cumplimiento del criterio, de acuerdo a la situación asistencial del ámbito donde se realiza.

Hay dos tipos de criterios, los explícitos y los implícitos. Los explícitos son aquellos que están escritos y son resultado de un consenso, especificando claramente las conductas a seguir en cada caso. Los criterios implícitos son aquellos que expresan "lo que debería hacerse" y a pesar de que los profesionales, basados en la experiencia pueden utilizarlos, no son producto de un consenso.

En la evaluación deben tenerse las normas escritas relativas al cumplimiento de las actividades y de ellas extraer los criterios de evaluación más relevantes, expresando en forma correcta, clara e inequívoca a cada uno de ellos. Esta etapa de selección de los criterios de evaluación después de haber seleccionado las áreas problema a evaluar, es una de las etapas más complejas y enriquecedoras del proceso de evaluación y de gestión de la calidad.

9- Medidas correctoras:

Como ya se señaló, este es el contenido básico de la gestión de calidad pues supone el cumplimiento de las etapas sucesivas de evaluación, puesta en práctica de las medidas correctoras y reevaluación en forma iterativa. Las medidas correctoras en los programas de gestión de calidad varían según se trate de programas internos o externos. En los programas internos se tiende a poner en prác-

tica medidas correctoras de carácter educativo, con programas de formación de personal en las áreas que se muestran más deficitarias, en cambio en los programas externos pueden plantearse medidas administrativas o disciplinarias.

Las medidas correctoras implican según los casos, cambios en las estructuras organizativas, la tecnología, los procedimientos, los estilos de gestión, los valores, las actitudes, etc.

- **El Modelo de evaluación**

El sujeto de evaluación

El presente Modelo fue elaborado para su utilización en los servicios del primer nivel del Sistema de Servicios de Salud y su contenido y metodología deben ser adecuados a las características de los servicios en donde se utilizará ya que, como se expresara en el punto anterior, los servicios de este nivel ofrecen variaciones en cuanto a su forma de organización y funcionamiento lo que determina diferentes capacidades resolutorias y por ende diferentes roles dentro del sistema de servicios.

No obstante esta primera dificultad ha tratado de ser salvada en parte a través de las siguientes características del Modelo:

- a) Los contenidos programáticos de la APS²² incluyen actividades que pueden considerarse básicas y necesarias para la población del área de responsabilidad del servicio, por ello se han incluido en el Modelo, parámetros de evaluación de algunas actividades que se realizan en la casi totalidad de los casos de servicios organizados con la estrategia de la APS.
- b) Las actividades seleccionadas para ser evaluadas, están en la mayor parte de los casos suficientemente normatizadas, respondiendo a necesidades o expectativas de los usuarios.

Caracterización del modelo evaluativo

Entendemos como modelo, "un conjunto interrelacionado de dimensiones, variables o conceptos de mayor o menor nivel de abstracción que representa una realidad compleja y cuya intención es explicar, pronosticar, juzgar y proponer las modificaciones de la realidad de acuerdo a sus parámetros"²³.

Como puede inferirse de esta definición, los modelos están impregnados de intencionalidad ya que incluyen criterios valorativos de manera que destacan en forma explícita o implícita algunos aspectos y se opone a otros según la cosmovisión o posición de quienes lo diseñan.

La operalización de un modelo evaluativo incluye dimensiones, variables e indicadores, seleccionados por quienes lo elaboran y que están destinados a ser utilizados para medir:

²² OMS/UNICEF. *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata. Ginebra, 1978.

²³ Moreno E, Perrone N, Niremburg O. *Desarrollo de un Modelo Evaluativo para Sistemas Locales de Salud*. International Development Research Centre, Ottawa, Canadá. Cuaderno Ceadel N°20, 1993.

- el grado de adecuación de los servicios a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas (normas de actividades y de organización de servicios).
- el grado de satisfacción que ofrecen las características del producto o servicio.

En cuanto al concepto de calidad ya se expresó que en este contexto se define como la capacidad de los servicios de dar respuestas adecuadas y en correspondencia con las necesidades y expectativas de la gente. La calidad se constituye en la variable dependiente de la investigación de los servicios en tanto que las dimensiones y variables del Modelo constituyen las variables independientes (intervinientes o contextuales).

El Modelo Evaluativo elaborado tiene las siguientes características:

- Es apto para ser utilizado en Servicios de Salud del Primer Nivel de atención: Centros de Salud cuyas características respondan a los llamados Centros de Atención Primaria de la clasificación de Roemer, ya señalada.
- Está de acuerdo con el enfoque de la APS.
- Incluye la evaluación de aspectos de estructura, proceso y resultado.
- Está destinado a evaluar aspectos fundamentales y estratégicos de los servicios de este nivel.
- Utiliza enfoques cuali y cuantitativos.
- Es flexible y permite modificar variables e indicadores de acuerdo a las diferentes realidades locales, sin que ello signifique desvirtuar el Modelo.
- Es fácilmente comprensible y transferible a los diferentes actores involucrados, usuarios y prestadores.
- Ofrece simplicidad en la recolección de información y rapidez de aplicación.
- Brinda información relevante para los decisores políticos, técnicos, y administrativos de los servicios.
- Constituye un estímulo para desarrollar a nivel local, la investigación de servicios de salud.
- Es especialmente sencillo para su utilización por el propio personal de los servicios, de manera que puede ser parte de un proceso amplio de gestión de calidad.
- Tiene una estructura modular lo que permite usar separadamente y con diferente periodicidad alguno de los módulos de manera que se constituye en un instrumento para una evaluación puntual o bien se introduzca en la rutina de la Gestión de Calidad.

Descripción del modelo

El presente Modelo se ha elaborado para la evaluación de servicios del primer nivel de atención de los servicios de salud, de preferencia, pero no exclusivamente del subsector público, que corresponden en la clasificación de Roemer a los Centros de Atención Primaria y está destinado a evaluar en especial la calidad científico-técnica y la satisfacción o aceptabilidad, por ser los aspectos más destacados entre los intereses de los profesionales y de los usuarios.

La estructura del Modelo se conforma con un primer documento que corresponde a la llamada Caracterización del Servicio y tres Módulos. El primer Módulo corresponde a la evaluación de la estructura y los dos restantes corresponden, respectivamente a la evaluación del proceso y los resultados.

La **Caracterización del Servicio**, es un documento informativo que permite identificar y caracterizar en cuanto a nivel de complejidad y volumen de producción, el servicio a evaluar.

El **Módulo 1**, desarrolla la evaluación de la estructura basada en el enfoque metodológico de las llamadas Condiciones de Eficiencia²⁴, sobre las que hay amplia experiencia en América Latina.

Para la elaboración de la propuesta se han priorizado aquellos rubros de recursos que condicionan especialmente el adecuado desarrollo de las actividades seleccionadas para la evaluación del proceso, en forma simple y operativa.

En el **Módulo 2** se desarrolla la evaluación del *proceso*, seleccionándose, dentro del conjunto de actividades que desarrollan estos servicios, aquellas que se han considerado como más frecuentes, estratégicas y de las que se dispone de normas explícitas:

- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño y control de la embarazada y la puérpera, por su carácter promocional y preventivo y sobre todo por el peso que tienen en el total de la demanda.
- Control del niño desnutrido y detección y control de hipertensión y diabetes, por su alta prevalencia dentro del perfil epidemiológico de nuestras comunidades.

El **Módulo 3** está destinado a la evaluación de los *resultados* en términos de grado de satisfacción de los usuarios.

En todos los casos el tiempo de observación es de naturaleza retrospectiva pero relativamente próximo al momento de la evaluación y está destinado a evaluar la calidad de atención brindada por la totalidad del personal del centro, sin particularizar en la atención brindada por alguno de los miembros. Sin embargo, dado que en este nivel en muchos casos el personal es escaso, el desempeño puede ser fácilmente personalizado, no obstante deberá enfatizarse en todos los casos que la evaluación no tiene como función identificar “culpables” sino buscar a través de sucesivas evaluaciones, más adecuadas decisiones y una mejoría de la atención.

En cuanto a la identificación de los casos, si bien los Centros tienen asignada una población a atender, correspondiendo a su llamada área de responsabilidad, frecuentemente este concepto sólo es aplicable para algunas actividades de promoción y prevención, mientras la atención de la patología obedece al concepto de área de influencia, condicionada por la oferta de servicios y en especial el prestigio de los miembros del equipo de salud.

Por las circunstancias apuntadas, la *selección de los casos y los tiempos* a estudiar, se han definido para cada una de las actividades a evaluar. En cuanto al *número de casos* a estudiar se ha fijado la totalidad de los registrados o una muestra al azar, de acuerdo al volumen de población atendida por el Centro.

- **Vigilancia del crecimiento y desarrollo:** se seleccionarán la totalidad o una muestra de los casos correspondientes a niños que fueron controlados en el Centro y que hayan cumplido un año de edad en el año anterior al de la evaluación.

²⁴ Organización Panamericana de la Salud. *Condiciones de Eficiencia de los Servicios de Salud Materno-infantil*. Programas de Salud Materno-infantil y Prestación de Servicios de Salud. Fascículos I y II. Washington D.C. 1985.

- **Control del desnutrido:** se seleccionarán la totalidad o una muestra de casos de niños menores de seis años, con diagnóstico de desnutrición y que se encuentren concurriendo al servicio.
- **Control de embarazadas:** se seleccionarán la totalidad o una muestra de los casos correspondientes a mujeres que concurren para el control de su embarazo y que tuvieron su parto en el año anterior a la evaluación.
- **Control de puérperas:** se usarán los mismos casos seleccionados para el control de embarazadas, tomando la información correspondiente a los 45 días inmediatamente después del parto.
- **Control de diabetes e hipertensión:** se estudiarán la totalidad o una muestra al azar, de los casos de enfermos diabéticos e hipertensos que concurren al servicio, en los dos años previos a la evaluación.

Con respecto a las *fuentes de información*, en la evaluación de la estructura la información se recoge en el mismo servicio, por observación y encuesta al personal responsable de los servicios. Para la información relacionada con la evaluación del proceso de atención, se ha procurado la utilización de los registros habituales, siendo el material básico de investigación la Historia Clínica de cada uno de los casos seleccionados. Para la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios se propone la utilización de entrevistas pautadas a informantes clave o grupos focales, cuyo desarrollo se describe en el Módulo 3.

Puede haber también un elemento de la atención que podríamos denominar sus “amenidades”. Este término pudiera describir características tales como una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura, sábanas limpias, un espejo de exploración bien lubricado, que no esté demasiado caliente ni demasiado frío, una cama cómoda, un teléfono a mano, buena alimentación, etcétera.

Avedís Donabedian

- **MODULO 1: Evaluación de los recursos y su organización**

Introducción

El objetivo de este Módulo es evaluar la disponibilidad y organización de los recursos de los servicios del primer nivel de atención, para atender adecuadamente a las necesidades y expectativas de los usuarios y prestadores. A los fines de la evaluación se entienden por recursos los humanos, físicos, tecnológicos, de conocimientos y financieros.

La propuesta de evaluación de los recursos y su organización constituye la variable de estructura del Modelo. Algunos autores señalan que *este es el componente de la evaluación menos relevante en los modelos que ofrecen los tres componentes: estructura, proceso y resultado.*

En el presente Modelo, se ha incluido una versión de este componente de la evaluación, por cuanto es opinión de los autores que, el desaliento del equipo de salud de Atención Primaria y el no cumplimiento de las normas puede deberse en algunos casos a la falta de disponibilidad de recursos y su mala organización.

Para el diseño de la guía de evaluación se han analizado algunas propuestas de diversos autores, concluyéndose en la conveniencia de utilizar una metodología basada en la propuesta por OPS/OMS conocida como Evaluación de las Condiciones de Eficiencia de los Servicios Materno Infantiles. ya que esta, ha sido ampliamente utilizada en casi todos los países de América Latina, demostrando su fácil aplicación y aceptabilidad.

Se ha tenido en cuenta en especial su simplificación como futuro instrumento de evaluación y su relación estrecha con las actividades a evaluar dentro del proceso de atención, a fin de que pueda ser usado por el personal que se desempeña a nivel de los servicios y eventualmente incorporado a la rutina de los mismos, en el marco de un programa de gestión de calidad.

Para la confección de este Módulo, se han seleccionado aquellas categorías de recursos que se encuentran estrechamente ligadas para la realización de las actividades consideradas como estratégicas en la variable proceso (Módulo 2).

A partir de esta selección se han confeccionado las guías que consisten en listados de requisitos que deben tener los recursos de los servicios para una buena prestación y correcto cumplimiento de las normas en la Atención Primaria. A cada una de ellas se le asigna un puntaje, de acuerdo a la importancia que puede atribuírseles como elemento crítico para una atención de calidad.

Metodología

La evaluación de los recursos del Centro de Atención Primaria deberá hacerse de preferencia en forma conjunta entre los evaluadores y miembros del equipo de salud del Centro. Es necesario lograr un ambiente propicio para el diálogo franco, reiterando la intencionalidad del uso del instrumento, en el sentido de contribuir a mejorar la calidad del trabajo en la institución.

En la práctica, los evaluadores conjuntamente con algunos miembros del equipo, verificarán en que medida cada uno de los ítems enumerados en la guía reúne los requisitos que la misma expresa.

Es deseable que se realice la encuesta recorriendo los distintos sectores del servicio, ratificando en todo caso por la observación, la veracidad de las respuestas.

La respuesta positiva da el puntaje asignado a cada ítem y se registrará en la columna de la derecha de la guía. La respuesta parcial o incompleta del mismo no da puntaje alguno debiéndose colocar un cero (0) en el ítem correspondiente.

Análisis de la información

Con los datos obtenidos en la encuesta, se confecciona la Tabla y Gráfico de Análisis adjuntas, lográndose con la sumatoria de los puntos de cada ítem, los puntajes de los distintos rubros.

Al comparar el resultado obtenido con el óptimo propuesto, se calcula un porcentaje que expresa el grado de aproximación de los hallazgos, al modelo propuesto, dato que se vuelca en la columna de "Porcentaje logrado". Se realiza luego un gráfico de barras para facilitar el análisis.

Como los rubros seleccionados en la presente encuesta se consideran "significativos" para la buena prestación a Nivel de Atención Primaria, se propone la siguiente calificación de los porcentajes obtenidos:

Bueno.....	80% y más
Regular.....	60% a 79%
Malo.....	menos del 60%

Estas calificaciones permiten evaluar en que medida la disponibilidad y organización de los recursos pueden condicionar la calidad de la atención del mismo.

Módulo 1: Guía de evaluación de los recursos y su organización

	Puntaje Optimo	Puntaje Obtenido
1- Conocimiento del área de responsabilidad e influencia del Centro:		
- Se dispone de mapas o croquis del área:	10	
- Se dispone de datos actualizados de la población y su distribución por grupo etáreo:	30	
- Se dispone de un censo de población realizado por el personal del propio servicio:	30	
- Se dispone información de otros servicios de salud, escuelas, iglesias u otras organizaciones comunitarias:	20	
- Se dispone de información acerca de agentes de Medicina Tradicional del área:	10	
TOTAL	100 pts.	
2- Información acerca de necesidades de la población:		
- Se conoce el nivel socioeconómico de los diferentes núcleos poblacionales	15	
- Se conoce cobertura de seguridad social u otros	5	
- Se dispone de información de las siguientes estadísticas de servicios:		
Embarazadas bajo control en el centro:	15	
Menores de un año bajo control:	15	
Desnutridos bajo control:	15	
Diabéticos bajo control:	15	
Hipertensos bajo control:	15	
- Se conoce cuáles son las primeras causas de consulta en el centro, de la población infante - juvenil y adulta	5	
TOTAL	100 pts.	

	Puntaje Optimo	Puntaje Obtenido
3- Características del personal del Centro:		
El Jefe del Centro es designado por concurso	25	
El Jefe del Centro ha recibido un Curso de Administración de Salud de no menos de cuatro meses de duración	25	
Todos los miembros del personal han recibido algún tipo de capacitación en APS	25	
En el plantel de enfermería hay por lo menos una enfermera profesional	25	
Se recibe supervisión de los niveles de conducción del Área		
Ocasional	5	
Periódica, y programada	20	
El personal recibe por lo menos cuatro actividades de capacitación anualmente	25	
TOTAL	150 pts.	
4- Disponibilidad de equipamiento para las actividades prioritarias:		
Estetoscopios	10	
Balanza de adultos	10	
Balanza de lactantes	10	
Pediómetro	10	
Tallímetro	10	
Tensiómetro de adultos	10	
Tensiómetro de niños	5	
Cinta métrica inextensible para circunf. craneana	5	
Instrumental Pruebas de Desarrollo	5	
Gestograma	5	
Cinta métrica para medir altura uterina	5	
Estetoscopio de Pinard	10	
Material para examen ginecológico	10	
Cadena de frío (Califica cuando se dispone de todos los requisitos que fijan las normas de conservación de vacunas)	20	
Estufa de esterilización	10	
Ostoscopio	5	
Oftalmoscopio	10	
TOTAL	150 pts.	

	Puntaje Optimo	Puntaje Obtenido
5- Disponibilidad de insumos básicos en los últimos seis meses:		
Vacunas	40	
Sales de rehidratación oral	10	
Aero cámaras	10	
Jeringas y agujas descartables	20	
Antibióticos uso pediátrico	10	
Antibióticos uso adultos	5	
Antitérmicos	10	
Hierro para niños	10	
Hierro para embarazadas	10	
Apoyo nutricional	10	
Hipotensores	10	
Hipoglucemiantes	5	
TOTAL	150 ptos.	
6- Disponibilidad de formularios para registro de actividades:		
Historias clínicas pediátricas	10	
Carné pediátricos	10	
Historia clínica perinatal	10	
Carné perinatal	10	
Historias clínicas de adultos	10	
TOTAL	50 ptos.	
7- Disponibilidad de normas escritas para las siguientes actividades:		
Vigilancia del C y D del niño	10	
Control del desnutrido	10	
Control del embarazo y puerperio	10	
Control del hipertenso	10	
Control del diabético	10	
TOTAL	50 ptos.	

	Puntaje Optimo	Puntaje Obtenido
8- Planta física:		
Consultorios médicos:		
Disponen de lavamanos	10	
Se mantienen aceptablemente limpios durante toda la consulta	6	
Se dispone de luz adecuada durante todo el horario de atención	5	
Disponen de adecuada temperatura ambiental todo el año	5	
Su diseño asegura debida privacidad	7	
Área de atención de enfermería:		
Dispone de lavamanos	15	
Se mantiene aceptablemente limpia durante toda la consulta	6	
Se dispone de luz adecuada durante todo el horario de atención	8	
Disponen de adecuada temperatura ambiental todo el año	8	
Su diseño asegura debida privacidad	5	
Área de espera de pacientes:		
Dispone de un ambiente lo suficientemente amplio para asegurar que en las horas de atención todo el público disponga de asientos	5	
Se mantiene aceptablemente limpia durante toda la consulta	5	
Se dispone de luz adecuada durante todo el horario de atención	5	
Disponen de adecuada temperatura todo el año	5	
Disponen de baños para público	5	

TOTAL

100 ptos.

	Puntaje Optimo	Puntaje Obtenido
9- Trabajo comunitario:		
Se realizan visitas domiciliarias:		
Programadas	15	
Recordatorias	15	
Se realizan actividades programadas con organizaciones comunitarias.	50	
Se realizan actividades programadas de educación para la salud para grupos de riesgo o población bajo control	20	
TOTAL	100 pts.	
10- Recursos Financieros:		
Dispone de presupuesto propio asignado	20	
La ejecución del presupuesto se hace:		
Parcialmente a nivel local	10	
Totalmente local	15	
Dispone de otros ingresos:		
Cooperadora	8	
Bonos de Contribución	5	
Otros	2	
TOTAL	70 pts.	

TABLA DE ANÁLISIS

Rubros	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido	Porc. logrado
1. Conocimiento del Área de Responsabilidad e Influencia del Centro.	100		
2. Información acerca de las necesidades de Salud de la Población.	100		
3. Característica del Personal.	150		
4. Disponibilidad de Equipamientos.	150		
5. Disponibilidad de Insumo Básicos.	150		
6. Disponibilidad de Formularios para Registros.	50		
7. Disponibilidad de Normas Escritas.	50		
8. Planta Física.	100		
9. Trabajo Comunitario.	100		
10. Recursos Financieros.	50		
TOTAL	1.000		

Matriz del Gráfico

La atención médica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Va acompañado de la interacción social y económica entre el cliente y el facultativo. La primera de estas modalidades ha sido llamada la ciencia de la medicina y la segunda su arte.

Avedís Donabedian

- **MODULO 2: Evaluación del proceso de atención**

Introducción

La evaluación del proceso de atención es, sin duda, el aspecto de la atención primaria menos desarrollado y el que ofrece más dificultades operativas. La experiencia de algunos países que vienen trabajando desde hace algunos años en un proceso de gestión de calidad en ese nivel, muestra que un trabajo consecuente y apoyado en la investigación permite ir avanzando en la definición de una “atención clínica de calidad”, expresión que sintetiza la calidad del proceso de atención.

A ese respecto Uris Sellés y Moreno I Marín⁽²⁵⁾ señalan que los principales progresos se han obtenido con los procesos más frecuentes y donde los equipos de Atención Primaria vienen disponiendo de normas o criterios claros y compartidos por todos. Entre los procesos que tienen estas características se cuentan, según los mismos autores, diabetes, hipertensión, atención prenatal, infección estreptocócica, tuberculosis y vacunaciones.

En los procesos de gestión de calidad debe también privilegiarse la inclusión de las actividades de promoción, por cuanto su presencia en un modelo de evaluación, “no sólo es definitoria de la filosofía del modelo sino que constituyen, por su misma existencia, expresión de un nivel de calidad”.

En base a estas recomendaciones, para la selección de las actividades a evaluar sugeridas por el presente Modelo, se han tenido en cuenta sobre todo la existencia de normas, el carácter promocional o preventivo de las mismas y su inclusión casi universal en los contenidos programáticos del primer nivel de atención.

Si bien el Modelo propone cinco actividades, la flexibilidad que ofrece permite que si las circunstancias lo aconsejan, se agreguen otras actividades, guardando el enfoque metodológico que el Modelo propone y donde se destacan el acuerdo con respecto a las normas y los parámetros de evaluación.

Actividades a evaluar

Las actividades propuestas en el presente Modelo como selectivas para la evaluación del proceso de atención en el primer nivel de atención, son las siguientes:

- Vigilancia de crecimiento y desarrollo del niño.
- Control del niño desnutrido.
- Control de la embarazada y de la puérpera.
- Control del paciente hipertenso.
- Control del paciente diabético.

²⁵ Uris Sellés I, Moreno I Marín J. *Problemas de calidad en la Atención Primaria. Garantía de calidad en Atención Primaria*. Capítulo 2. Pag 19-31. Ediciones Doyma. Barcelona, España, 1993.

Metodología

La metodología a usar en este Modelo es la Auditoría de Historias Clínicas que consiste, en la evaluación retrospectiva de la Calidad de atención en base a la información que el personal de salud vuelca en la Historia Clínica de cada usuario.

Esta metodología, una de las más usadas en la evaluación del proceso de atención, constituye un trabajo rutinario de los Comités de Auditoría de los hospitales, siendo su utilización mucho menos frecuente en el ámbito de la Atención Primaria.

Entre los requisitos indispensables para usar con éxito esta metodología, pueden mencionarse los siguientes: a) que las actividades a evaluar estén perfectamente normatizadas; b) que todo el equipo de atención del servicio, haya acordado su utilización y c) que se registren adecuadamente los datos. Debe mencionarse que el poner en marcha estos procesos, ya supone una mejoría de la calidad de atención.

Selección de casos y datos a evaluar en cada una de las actividades seleccionadas

Vigilancia del crecimiento y desarrollo:

Se seleccionarán la totalidad o una muestra de los casos correspondientes a niños que fueron controlados en el Centro y que hayan cumplido un año de edad, en el año anterior a la evaluación.

En estas Historias Clínicas se evaluarán, en las consultas consignadas como de "control del crecimiento y desarrollo del niño", los siguientes datos:

1. Número de consultas consignadas en la Historia Clínica en el primer año de vida.
 1. a. En el primer semestre.
 1. b. En el segundo semestre.
2. Registro de peso, talla y estado nutricional del niño, en Historia Clínica o Gráfica de Crecimiento y Desarrollo.
3. Registro de la *evolución del desarrollo* (psicomotriz, del lenguaje y social)
4. Registro de *inmunizaciones* según normas y su adecuación para la edad.
5. Registro del tiempo en meses de mantenimiento de *lactancia materna exclusiva*.

Control del niño desnutrido:

Se seleccionarán la totalidad o una muestra de Historias Clínicas correspondientes a niños menores de seis años, que estén registrados como desnutridos y concurrendo al servicio. En estas Historias se evaluarán los siguientes datos, registrados en las consultas consignadas como de “control del niño desnutrido” :

1. Número de consultas anuales a partir de la fecha en que se diagnostica al niño como desnutrido,
2. Registro de la *talla, peso y estado nutricional* de acuerdo a gráficas vigentes (peso/edad y peso/talla) en cada una de las consultas.
3. Registro de la *evolución del desarrollo* (psicomotriz, del lenguaje y social).
4. Registro de las *inmunizaciones* según normas y de su adecuación a la edad del niño.
5. Registro de las *indicaciones alimentarias* a la madre o responsable del niño.
6. Registro de los siguientes *factores condicionantes de la desnutrición*:
 - 6.a. Peso al nacer.
 - 6.b. Ocupación del jefe de familia.
 - 6.c. Alfabetización de la madre.
 - 6.d. Investigación de enfermedades crónicas.
 - 6.e. Tipo de alimentación.

Control de la embarazada

Se seleccionarán las Historias Clínicas de la totalidad o una muestra de Historias Clínicas de casos correspondientes a mujeres que concurren para el control de su embarazo y que tuvieron su parto en el año o dos años inmediatamente anteriores al de la evaluación y se verificará el registro de los siguientes datos:

1. *Trimestre de captación.*
2. Número de *controles prenatales.*
3. *Actividades* que se registran en cada control:
 - 3.a. Edad gestacional
 - 3.b. Peso
 - 3.c. Presión arterial
 - 3.d. Altura uterina
 - 3.e. Vitalidad fetal.
 - 3.f. Laboratorio de rutina.

4- *Inmunizaciones.*

5- Indicaciones de *lactancia materna*

6-Referencia al *parto institucional.*

Control de la puérpera

Las Historias Clínicas que se seleccionarán podrán ser las mismas que las del control de embarazadas, verificándose los siguientes datos, en los primeros 45 días después del parto:

1. Realización de la consulta puerperal
2. Características del parto
3. Actividades registradas en la consulta de control:
 - 3.a. Altura uterina
 - 3.b. Características de los loquios
 - 3.c. Características de las mamas.
 - 3.d. Estímulo de la lactancia materna

Control de la diabetes

Se seleccionarán la totalidad o una muestra de las Historias Clínicas de pacientes diabéticos que concurren al Servicio de Salud, en los últimos dos años. Se evaluarán los siguientes datos :

1. Actividades registradas en la Historia Clínica de pacientes diagnosticados como diabéticos :
 - 1.a. Registro de la antigüedad de la diabetes en el momento de la primera consulta.
 - 1.b. Glucemia mensual (en ayunas y vespertina)
 - 1.c. Hemoglobina glicosilada. (Trimestral).
 - 1.d. Fondo de ojo anual.
 - 1.e. Lipidograma (trimestral).
 - 1.f. Estudio de la funcionalidad renal (semestral).
 - 1.g. Semiología de la circulación periférica con control de pulsos pedios en cada visita.
 - 1.h. Control de la Presión Arterial, Peso y Factores de Riesgo (tabaquismo, alcoholismo , stress) en cada consulta.

2. Educación para la salud efectuada y registrada en la historia clínica en los aspectos de:
 - 2.a. Cuidados del pie.
 - 2.b. Dieta adecuada
 - 2.c. Monitoreo y autocontrol del paciente.
3. Derivación del paciente de alto riesgo al segundo nivel de atención.

Control de la hipertensión arterial

Se seleccionarán la totalidad o una muestra de las Historias Clínicas de pacientes hipertensos que concurren al Servicio de Salud en los últimos dos años. Se evaluarán los siguientes datos:

1. Registro de las siguientes actividades al paciente detectado como hipertenso:
 - 1.a. Registro de la antigüedad de la hipertensión en el momento de la primera consulta.
 - 1.b. Presión arterial (en posición sentado, acostado y parado).
 - 1.c. Electrocardiograma semestral, al paciente de riesgo.
 - 1.d. Fondo de ojo anual.
 - 1.e. Radiografía de tórax anual, al paciente de riesgo.
 - 1.f. Estudios bioquímicos de rutina semestral (colesterol, ácido úrico, lipidograma, urea, creatinina, ionograma).
2. Educación para la salud efectuada y registrada en la historia clínica sobre los factores de riesgo asociados a la hipertensión (obesidad, stress, dieta inadecuada etc.)
3. Derivación del paciente de alto riesgo al segundo nivel de atención.

Nota : Si se trata de un paciente diabético la consulta de control deberá ser : trimestral. Si padece hipertensión moderada la consulta debe hacerse bimestralmente y mensualmente si es severa.

Los datos seleccionados para evaluar las actividades propuestas, se comparan con datos normatizados a los cuales se les ha asignado un valor, obtenido por consenso del grupo de investigación.

La guía ofrece para cada una de las actividades seleccionadas más de una opción, pudiéndose registrar solo una de ellas, cuyo resultado se vuelca a la columna "Puntaje obtenido".

Análisis de la información

Con la información recogida en el análisis de las Historias Clínicas y volcada en la guía se confecciona la Tabla y Gráfico de análisis por Actividad adjunta. Con la sumatoria de los puntos de cada ítem, se obtienen los puntajes de las distintas actividades.

Los puntajes para cada una de las actividades se obtienen:

- Sumando el total de puntos obtenidos en cada una de las historias clínicas analizadas y
- Dividiendo el total de puntos obtenidos, por el número de historias clínicas analizadas.

Al comparar el resultado obtenido con el óptimo propuesto, se calcula un porcentaje que expresa el grado de aproximación de los hallazgos, al valor normatizado. Con estos datos se confecciona el gráfico de barras para facilitar el análisis.

Para tener una visión integral de la evaluación del proceso, se confeccionará “la Tabla y Gráfico”, con los totales obtenidos en cada una de las cinco actividades propuestas.

Como las actividades seleccionadas en la presente encuesta se consideran “significativas” para la buena prestación a nivel de atención primaria, se propone la siguiente calificación de los porcentajes logrados:

Bueno.....	80% y más
Regular.....	60% a 79%
Malo.....	menos del 60%

Estas calificaciones permiten evaluar que tipos de actividades se están desarrollando y en cada una de ellas en que medida el proceso de atención se acerca a los parámetros de calidad fijados por la norma.

MODULO 2: Guía de evaluación del proceso

	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido
1. Vigilancia del crecimiento y desarrollo		
• <i>Número de consultas consignadas en el 1er. año de vida:</i>		
- Número de consultas consignadas en el 1er. Semestre de vida:		
4 o más consultas	20	
1 a 3 consultas	10	
0 a 1 consulta	0	
- Número de consultas consignadas en el 2 do. Semestre de vida:		
3 o más consultas	10	
1 a 2 consultas	5	
0 a 1 consulta	0	
Óptimo	30	
• <i>Registro de peso, talla y estado nutricional:</i>		
- Registro del peso del niño:		
Registra peso en todas las consultas de control:	40	
Registra peso solo en algunas de las consultas:	15	
No registra peso del niño en control:	0	
- Registro de la talla del niño:		
Registra la talla en todas las consultas:	20	
Registra talla solo en algunas de las consultas:	5	
No registra la talla del niño en control	0	
- Registro del estado nutricional en la Historia Clínica o en la gráfica correspondiente:		
Se registra el estado nutricional del niño en cada una de las consultas de control:	20	
Se registra el estado nutricional sólo en algunas de las consultas	10	
No se registra el estado nutricional	0	
Optimo	80	
• <i>Registro de la evolución del desarrollo</i>		
- Se registra la evolución del desarrollo al menos 4 veces al año	20	
- Se registra la evolución del desarrollo 3 o menos veces	10	
- No se registra la evolución del desarrollo	0	
Optimo	20	
• <i>Registro de las inmunizaciones y su adecuación de acuerdo a la edad del niño:</i>		
- Registro de las inmunizaciones en las consultas que corresponden vacunas según normas:	50	
- Registro incompleto de las inmunizaciones en las consultas que corresponden a vacunas según normas	30	
- No se registran las inmunizaciones cuando corresponde.	0	
Optimo	50	

	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido
• <i>Registro de la lactancia materna exclusiva:</i>		
- Se registra en cada uno de los controles del 1º cuatrimestre indicación o referencia a la lactancia materna exclusiva	20	
- Se registra en forma incompleta la indicación de la lactancia materna en el 1º cuatrimestre	10	
- No se registra el dato de la lactancia materna o se registra en forma inadecuada	0	
Optimo	20	
TOTAL	200	
2. Control del niño desnutrido		
• <i>Número de consultas anuales a partir de la fecha en que se diagnostica al niño como desnutrido:</i>		
- A partir de la fecha en que se diagnostica al desnutrido, se controla al menor de un año cada 15 días y al de 1 a 6 años cada mes:	40	
- A partir de la fecha de diagnóstico de la desnutrición se hacen el 50 % de los controles normalizados al menor de un año, al menos una vez al mes, y al de 1 a 6 años bimestral.	10	
- No se efectúan los controles como niños desnutridos una vez diagnosticados:	0	
Optimo	40	
• <i>Registro de peso, talla y estado nutricional:</i>		
- Registro de peso:		
Se registra el peso en cada uno de los controles del desnutrido:	15	
Se registra el peso en algunas de las consultas de control:	5	
No se registra el peso en las consultas de control	0	
- Registro de la talla		
Registro de la talla en todas las consultas de control:	10	
Se registra la talla en algunas de las consultas:	5	
No se registra la talla en las consultas:	0	
- Registro del estado nutricional:		
Se registra el estado nutricional en la Historia Clínica o en las gráficas vigentes en todas las consultas de control:	15	
Se registran los datos del estado nutricional en algunas consultas de control:	5	
Optimo	40	

	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido
• <i>Registro de la evolución del desarrollo:</i>		
- Se registra la evolución del desarrollo al menos en 6 consultas de control en el año de vida:	20	
- Se registra la evolución del desarrollo en 3 o 5 consultas en un año de control:	10	
- Se registra la evolución del desarrollo en menos de 3 consultas de control:	0	
Optimo	20	
• <i>Registro de las inmunizaciones y su adecuación de acuerdo a la edad:</i>		
- Se registran las vacunas del niño en las consultas de control que le corresponden de acuerdo a la edad:	40	
- Se registran las vacunas del niño pero en forma incompleta o inadecuada:	10	
- No se registran las vacunas del niño:	0	
Optimo	40	
• <i>Registro de las indicaciones alimentarias a la madre o responsable del niño:</i>		
- Se registran en todas las consultas de control las indicaciones alimentarias del niño:	20	
- Se registran indicaciones alimentarias al menos en el 50 % de las consultas:	10	
- No se registran indicaciones alimentarias en las consultas de control:	0	
Optimo	20	
• <i>Registro de factores condicionantes de la desnutrición</i>		
- Se registra peso al nacer:	5	
- Se registra ocupación del jefe de familia:	5	
- Se registra alfabetización de la madre:	5	
- Se investiga enfermedades crónicas:		
Tuberculosis:	5	
Infecciones urinarias:	5	
Otitis crónica:	5	
Otras:	5	
Se investiga tipo de alimentación que recibe el niño:	5	
Optimo	40	
TOTAL	200	

	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido
3. Control de la embarazada		
• <i>Trimestre de captación</i>		
- Se registra captación de la paciente en el primer trimestre:	20	
- Se registra captación de la paciente en el 2º trimestre:	10	
- Se registra captación de la paciente en el 3º trimestre:	0	
Optimo	20	
• <i>Número de controles prenatales:</i>		
- Se cumplen seis o más controles:	20	
- Se cumplen 3 a 5 controles:	10	
- Se cumplen menos de tres controles:	0	
Optimo	20	
• <i>Actividades que se registran en cada control:</i>		
- Se registra edad gestacional en cada consulta:	8	
- Se registra peso de la embarazada en cada consulta de control:	8	
- Se registra presión arterial en cada consulta:	8	
- Se registra altura uterina en cada consulta:	8	
- Se registra vitalidad fetal en cada consulta:	8	
Optimo	40	
• <i>Inmunizaciones:</i>		
- Se registra el cumplimiento de la norma de inmunización de la embarazada:	10	
- No se registra la inmunización de la embarazada:	0	
Optimo	10	
• <i>Indicación de lactancia materna:</i>		
- Se registran indicaciones por lo menos en dos consultas	20	
- No se registran indicaciones	0	
Optimo	20	
• <i>Referencia al parto institucional:</i>		
- Se registra referencia de la paciente al parto institucional:	20	
- No se registra referencia al parto institucional:	0	
Optimo	20	

	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido
4. Control de la puérpera		
• <i>Consulta puerperal y características del parto:</i>		
- La consulta puerperal antes de los 45 días y registro de las características principales del parto:	40	
- Se registran estos datos en forma incompleta:	20	
- No se registran estos datos:	0	
Optimo	40	
• <i>Actividades registradas en cada control:</i>		
- En el control puerperal se registra altura uterina:	7	
- Características de los loquios	7	
- Características de las mamas:	7	
- Se indica lactancia materna exclusiva:	9	
Optimo	30	

TOTAL

200

TABLAS DE ANÁLISIS POR ACTIVIDAD

- **VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Items a evaluar	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido	Porcentaje logrado
1- Número de consultas consignadas en el primer año de vida.	30		
2- Registro de peso talla y estado nutricional	80		
3- Registro de la evolución del desarrollo:	20		
4- Registro de las inmunizaciones y su adecuación de acuerdo a la edad del niño	50		
5- Registro de la lactancia materna exclusiva.	20		
TOTAL	200		

Matriz del Gráfico

CONTROL DEL NIÑO DESNUTRIDO

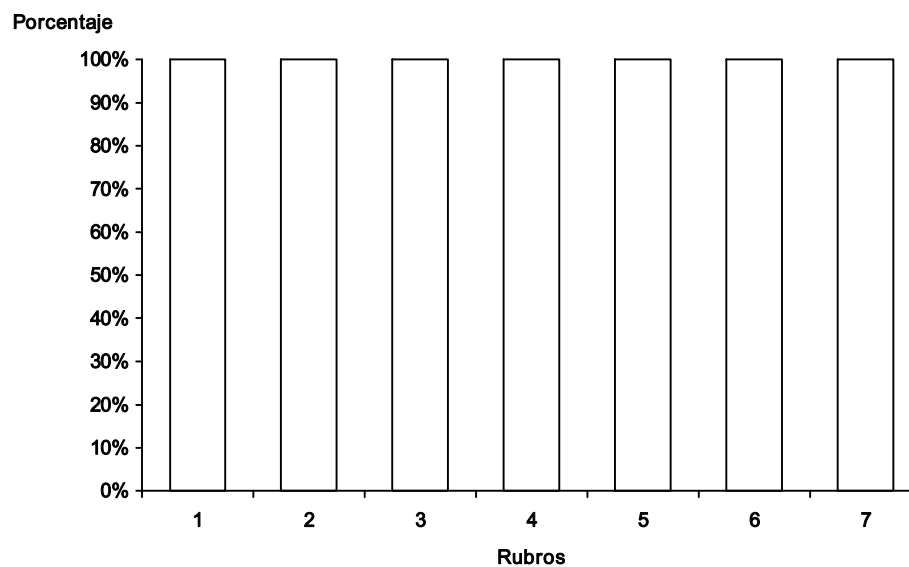
Items a evaluar	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido	Porcentaje Logrado
1- Número de consulta anuales a partir de la fecha en que se diagnostica al niño como desnutrido:	40		
2- Registro de peso, talla y estado nutricional.	40		
3- Registro de la evolución del desarrollo	20		
4- Registro de las inmunizaciones y su adecuación de acuerdo a la edad.	40		
5- Registro de las indicaciones alimentarias a la madre o responsable del niño.	20		
6- Registro de los factores condicionantes de la desnutrición.	40		
TOTAL	200		

Matriz del Gráfico

- CONTROL DE LA EMBARAZADA Y LA PUERPERA

Items a evaluar	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido	Porcentaje logrado
1- Trimestre de captación.	20		
2- Número de controles prenatales.	20		
3- Actividades que se registran en cada control.	40		
4- Inmunizaciones.	10		
5- Indicación de lactancia materna	20		
6- Referencia al parto institucional.	20		
7- Consulta puerperal y características del parto.	40		
8- Actividades registradas en cada control.	30		
TOTAL	200		

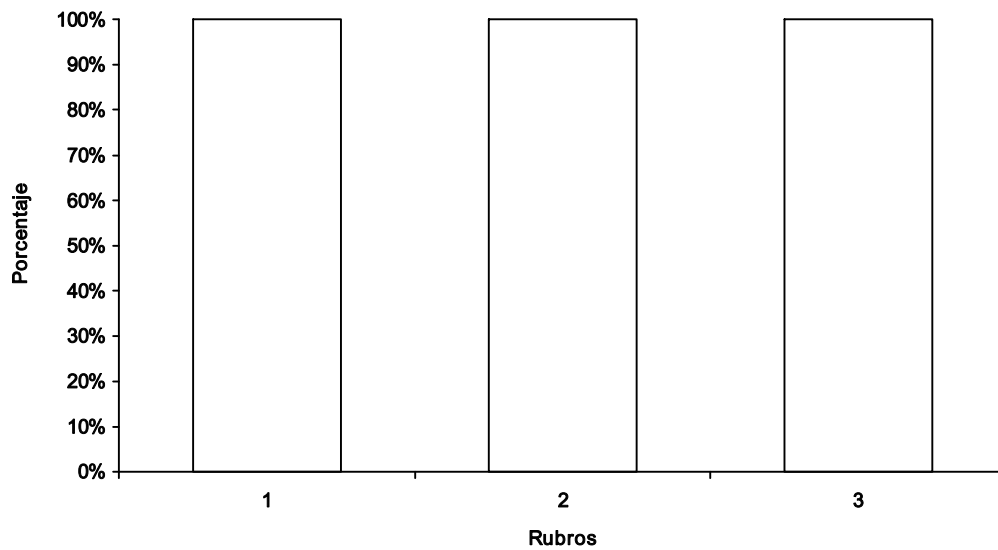
GRAFICA



CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO

Items a evaluar	Puntaje óptimo	Puntaje obtenido	Porcentaje logrado
1- Actividades registradas en el control del paciente diabético.	100		
2- Educación para la salud.	70		
3- Derivación del paciente de alto riesgo al segundo nivel de atención.	30		
TOTAL	200		

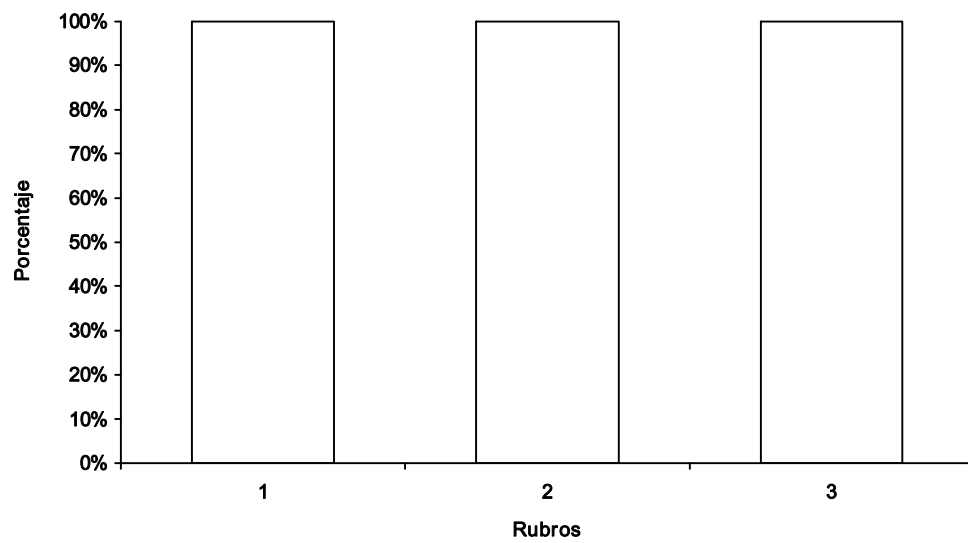
GRAFICA



CONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO

Actividades a evaluar	Puntaje Optimo	Puntaje Obtenido	Porcentaje Logrado
1- Actividades registradas en el control del paciente hipertenso.	100		
2- Educación para la salud.	70		
3- Derivación del paciente de alto riesgo al segundo nivel de atención.	30		
TOTAL	200		

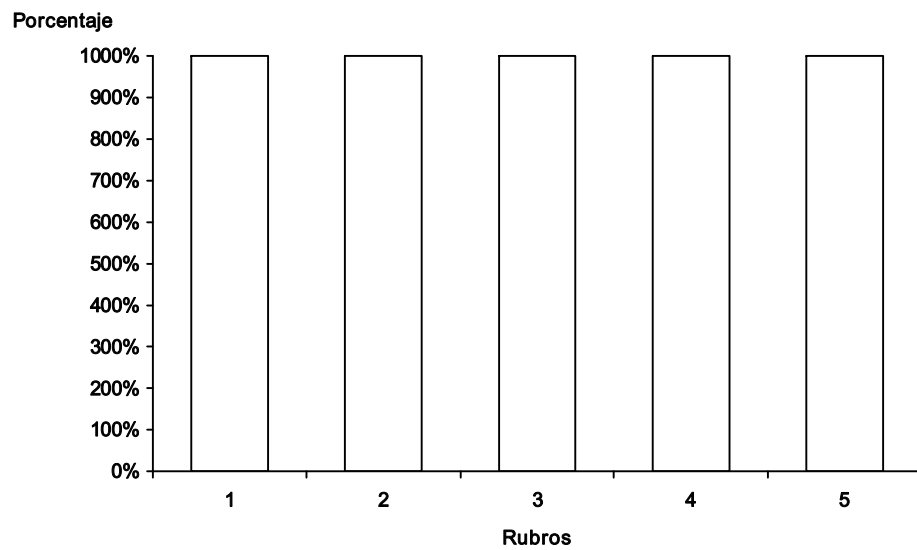
GRAFICA



TABLAS DE ANÁLISIS GENERAL DEL PROCESO

Actividades	Puntaje Óptimo	Puntaje Obtenido	Porcentaje Logrado
1- Vigilancia de crecimiento y desarrollo.	200		
2-Control del niño desnutrido	200		
3- Control de la embarazada y la puérpera.	200		
4- Control del paciente diabético.	200		
5- Control del paciente hipertenso.	200		
TOTAL	1.000		

GRAFICO



*Yo tengo tantos hermanos que no los puedo contar
en el valle, en la montaña, en la pampa y en el mar,
cada cual con sus trabajos, con sus sueños cada cual
con la esperanza delante, con los recuerdos detrás.*

*Yo tengo tantos hermanos que no los puedo contar
y una hermana tan hermosa que se llama libertad.*

Atahualpa Yupanqui

- **MODULO 3: Evaluación del grado de satisfacción de los usuarios**

Introducción

El análisis del grado de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos es actualmente un componente fundamental de las evaluaciones de los servicios, pues constituye la base para determinar las medidas que la institución debe adoptar para ofrecer un servicio acorde con las expectativas de los usuarios.

Aún cuando las prestaciones sean correctas desde el punto de vista del prestador, existe la posibilidad de que los usuarios expresen su insatisfacción con respecto a algún aspecto del servicio. En todos los casos estas muestras de insatisfacción deben ser detectadas, analizadas y tratadas, pues ofrecen la oportunidad de mejorar el servicio.

El punto de vista de la gente con respecto a los servicios (modernos y tradicionales) se centra principalmente en los resultados, el proceso y la relación con el equipo de salud; se mide por el grado de satisfacción de sus expectativas y requerimientos.

En general las evaluaciones del grado de satisfacción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos, realizadas en forma ocasional o muy esporádica, no reflejan exactamente la opinión generalizada de los usuarios. Por ello debe estimularse que en los servicios se organicen sistemas de evaluación periódica, de manera que la asociación usuarios-prestadores genere un verdadero conocimiento de las dificultades individuales y generales que pueda tener la gente y la implementación de medidas correctoras adecuadas. Este es el enfoque sustentado en un sistema de gestión de calidad.

Metodologías

En el presente Modelo se propone, para evaluar la satisfacción por los servicios recibidos, la utilización de las *Entrevistas Cualitativas Pautadas* a informantes clave y en algunos casos, en forma complementaria, *sesiones de grupos focales*. Estas metodologías, sobre las que hay experiencia y suficiente bibliografía ofrecen la ventaja de que si son bien conducidas, permiten saber que pasa realmente por la mente del entrevistado.

La clave de la entrevista cualitativa está en requerir la información en un clima de amplia libertad y honestidad, a través del lenguaje del entrevistado y no del entrevistador, por lo que se distingue de la encuesta cerrada a través de un cuestionario. De las tres variedades de entrevistas cualitativas, la entrevista informal, con un formato abierto y espontáneo, la entrevista pautaada y la entrevista estandarizada abierta, se estima que la segunda es la más adecuada a los fines de generar un diálogo abierto y asegurar el abordaje de todos los tópicos seleccionados como relevantes para la investigación de satisfacción²⁶.

²⁶ La información acerca de las entrevistas cualitativas y su utilización en la evaluación de servicios se han basado en Patton, M.Q. *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills, Ca., Sage 1980 y Pedersen, D. *Guía para la evaluación de la participación de la comunidad en los servicios de salud. Evaluación de servicios de Salud Maternoinfantil. Programa de Salud Maternoinfantil*. OPS/OMS, 1987

Las entrevistas pautadas tienen un formato relativamente flexible, si bien están estructurados los temas a tratar, deberán ser acordados con anterioridad a la entrevista. En el marco de un proceso de gestión de calidad, los temas pueden variar en forma periódica de acuerdo a los intereses del personal de los servicios.

El entrevistador debe ajustarse a los temas acordados pero puede abordarlos formulando preguntas con sus propias palabras, pudiendo alterar el orden de los mismos. Si bien en algunos casos los entrevistadores pueden elaborar anticipadamente preguntas para cada tema, conviene que indaguen, repregunten, y soliciten aclaraciones de manera que queden los temas suficientemente claros.

La entrevista puede ser grabada si el entrevistado lo acepta, o pueden tomarse notas de las opiniones. El uso de un temario único para todos los entrevistados facilita el análisis y las conclusiones.

Como ya se explicitara, en algunos casos como alternativa puede utilizarse las *Sesiones de Grupos Focales*, también llamadas sesiones exploratorias de grupo. Estas son otras formas de investigaciones cualitativas que también permiten obtener información acerca de las percepciones, las creencias y el lenguaje de un grupo social, en este caso los usuarios de la Atención Primaria de Salud, son conducidos por un moderador quien aborda los temas acordados por el equipo evaluador.

Los integrantes de los grupos, en número no mayor de diez como máximo, deben ser seleccionados entre usuarios del servicio, de preferencia asiduos o habituales y considerados como "representativos" de los mismos.

El moderador debe ser asistido por un secretario del equipo quien será el encargado de tomar notas o manejar el grabador. La duración de las tareas de los grupos depende de la habilidad del moderador y del temario, oscilando en alrededor de dos horas.

Temario de las entrevistas

El grupo de investigadores deberá acordar los temas a tratar, discutiendo previamente la conveniencia de incluir parte o la totalidad de ellos. Si el servicio viene desarrollando la tarea de evaluación dentro de un programa de gestión de calidad, pueden incluirse o excluirse temas de acuerdo a las circunstancias del programa de actividades del Centro, o bien para evaluar medidas correctoras implementadas con anterioridad.

A manera de guía se listan a continuación los temas más relevantes a considerar:

Facilidad de acceso:

- Distancia
- Horarios de atención
- Tiempos de espera
- Rechazos

Relación con los miembros del equipo de atención:

Médico
 Enfermeras
 Auxiliares
 Recepción
 Información

Grado de satisfacción acerca del proceso de atención:

Interrogatorio (escucha)
 Exámen físico
 Comprensión de los aspectos clínicos del proceso por el cual fue atendido
 Comprensión de indicaciones médicas
 Solución alcanzada con respecto a su motivo de consulta
 Posibilidad de hacer preguntas
 Mecanismo de referencia

Participación comunitaria:

En la toma de decisiones
 En la ejecución de los programas
 En la evaluación

Entrevistadores

El Modelo sustenta una evaluación participativa cuyo objetivo es lograr un mayor compromiso del personal de salud con la gente, a través de un trato justo y humano, evitando que la rutina de los servicios se transforme en una burocracia insensible ante las necesidades y expectativas de la comunidad. Por ello se propicia que las entrevistas sean realizadas por cualquiera de los miembros del equipo de salud de la atención primaria, si bien debe reconocerse que algunos de ellos pueden asumir mejor la tarea por tener una mayor disposición o experiencia para llevarlas a cabo.

En algunos casos convendrá que se realice un entrenamiento previo con personal de ciencias sociales, que asegure la comprensión de la metodología y algunos ajustes relacionados con la formulación de las preguntas y la conducción de la misma.

La realización de las entrevistas por el personal del equipo de atención supone por parte de los profesionales del equipo, reconocer las opiniones de otros respecto a su trabajo y eventualmente tomar decisiones respecto a cambios de comportamiento más acordes con las expectativas de los usuarios. Por parte de estos últimos supone aprender de las opiniones de los otros, analizando sus propias responsabilidades en el proceso de atención

Cualquiera que fuera la decisión respecto a qué miembros del equipo realizarán entrevistas, es requerimiento indispensable que se hayan acordado en forma participativa, los temas a incluir en la entrevista, el análisis de la información, la elaboración de conclusiones y las propuestas de medidas correctoras. Para estas últimas tareas resulta indispensable disponer de las notas y/o grabación de las entrevistas.

Selección de informantes

Debe reservarse la denominación de ***Informante*** para aquellos sujetos, miembros de la comunidad local, de preferencia nativos de la localidad o que tienen un período largo de residencia en la misma para considerarlos como parte de la misma, que se expresan en su mismo “argot” o lenguaje, que utilizan las expresiones de la gente común, que tienen algo que decir o enseñar, para constituirse en fuente de información para el investigador. El ***Informante Clave*** es aquel sujeto que por su situación actual y su experiencia vivida sobre el tema a investigar se transforma en un informante privilegiado para analizar, interpretar y verificar información sobre algún tema en particular (Pedersen, 1987).

Si se analizan cuidadosamente estas definiciones puede inferirse que cualquier persona no es un informante clave, por lo que se aconseja una selección cuidadosa, descartando aquellos individuos que no reúnan las condiciones o que no estén dispuestos a colaborar.

En cuanto al número de informantes a seleccionar se aconseja, en el presente Modelo, seleccionar por lo menos un total de cuatro informantes clave, seleccionados de cada uno de los siguientes grupos:

Madres que han controlado su embarazo y puerperio en el servicio o embarazadas bajo control algunos de cuyos hijos están recibiendo o han recibido actividades de vigilancia del crecimiento y desarrollo.

Madres de niños que han concluido la vigilancia del crecimiento y desarrollo en su primer año de vida.

Madres de niños desnutridos bajo control en el momento de la evaluación.

Adultos hipertensos o diabéticos bajo control en el momento de la evaluación.

Para los Grupos Focales deberán seguirse las mismas pautas de selección que para los informantes clave que en número de ocho o diez pueden representar usuarios que han recibido algunas de las actividades seleccionadas.

Análisis de la Información

Esta tarea debe ser responsabilidad de todo el equipo, comenzando por un análisis preliminar de los entrevistadores y moderadores de manera que sea analizada por más de un miembro del equipo y luego por el conjunto.

Para el análisis se aconseja primero buscar las diferentes respuestas para los mismos temas agrupando las respuestas coincidentes y señalando luego las disparidades. Como los datos son cualitativos y no son sometidos a procesamiento estadístico, es preciso que los evaluadores hagan un esfuerzo por ser cuidadosos en seleccionar las opiniones significativas de aquellas que no lo son o que pueden haber estado condicionadas por las características del contexto.

Cuando se encuentran respuestas muy dispares de los diferentes informantes clave, es preciso analizar el acierto en la selección de los mismos y si es posible aumentar el número de entrevistas. Cada uno de los temas elegidos suponen una hipótesis del grupo de evaluadores de manera que una reflexión acerca de las mismas puede ayudar a la interpretación.

Se destaca que los resultados del análisis deben ser claros y explícitos para facilitar la implementación de medidas correctoras.

El análisis y la interpretación del rubro participación de la comunidad puede ser interpretada con ayuda de la siguiente matriz, propuesta por OPS, en *Participación Social en los Sistemas Locales de Salud. Serie Desarrollo de Servicios de Salud N° 18, pag 37. Washington D.C. 1987 y modificada por Pedersen D.*

Perfil de participación de la Comunidad ©
en la toma de decisiones, ejecución, y evaluación
de los servicios de salud a nivel local

Perfil de participación	Toma de decisiones	Ejecución	Evaluación
Nula	La © está desinformada, aislada y sin acceso a decisiones sobre los servicios o programas.	La © nunca participa en las acciones de salud, ni en la organización o mejoramiento de los servicios.	La © no tiene oportunidad de expresar sus puntos de vista sobre los servicios que recibe.
Potencial	La © recibe información general y se solicita su opinión sobre servicios sin que ésta influya en las decisiones	La © participa con dinero, especies o mano de obra en los servicios (por ej. en construcción de un puesto sanitario o tareas de limpieza, etc.)	Se consulta a la © sobre su satisfacción con los servicios o programas que recibe, pero sus opiniones no cuentan.
Escasa	La © recibe información general sobre las decisiones tomadas y se escuchan sus puntos de vista sobre las mismas.	La © colabora ocasionalmente con voluntarios en alguna actividad del servicio (vacunación, toma de muestras, encuesta, censo).	Se invita a la © a participar en la evaluación de algunas actividades, y se escuchan sus opiniones.
Moderada	La © recibe información antes de adoptarse decisiones. Participa en el diagnóstico y programación de algunas actividades.	Hay participación de la © en ejecución de programas regulares (por ej. promotores, parteras) pero no en la administración de los servicios.	La © participa continuamente en reuniones de evaluación de las acciones acordadas y se aplican sus recomendaciones.
Significativa	Existe alguna forma establecida de consulta periódica para el diagnóstico, y programación de actividades.	La © participa en las actividades de coordinación y administración, excepto el manejo y control de los recursos.	La © realiza la evaluación de las actividades y de los resultados e impacto, conjuntamente con el servicio.
Extensiva	Existe un mecanismo de deliberación/concertación permanente para tomar decisiones, que incluye la asignación de recursos.	La © tiene roles y funciones bien definidos para la cogestión administrativa, incluso en la movilización y control de los recursos.	La © a través de la evaluación puede introducir cambios en el servicio y decidir conjuntamente la continuación / suspensión de actividades.

- **Etapa operacional**

Introducción

La evaluación en todos los casos tiene el fin de mejorar la prestación de servicios para lograr la satisfacción de las necesidades y expectativas de la gente. Cualquiera sea la metodología de evaluación que se seleccione, debe ser cuidadosamente planeada y aplicada para lograr que la información recogida sea idónea para tomar adecuadas decisiones en la etapa de formulación y puesta en práctica de las medidas de correctoras.

El Modelo que se propone no escapa a esta premisa por cuanto su objetivo no es solamente detectar problemas en lo que hace al proceso de atención y formular medidas correctoras por única vez, sino también desencadenar en los servicios un proceso de gestión de calidad. Uno de los requisitos básicos para asegurar el alcance de estos objetivos es lograr desde el comienzo, la amplia participación de todo el equipo del servicio. En aquellos lugares donde la comunidad esté representada en Comités que participen en la gestión del Centro, será importante requerir su amplia y activa participación.

Si bien la calidad es responsabilidad de la alta dirección quien debe ejercer el liderazgo que asegure una atmósfera de actitudes favorables, la calidad se gestiona a todos los niveles, a través del autocontrol, autoevaluación y la automejora.

A continuación se ha propuesto una sistemática de la Etapa Operacional estructurada para una evaluación compartida entre el personal del Centro y evaluadores externos con experiencia en actividades de evaluación de servicios y conocimiento de la metodología del Modelo. En la experiencia de aplicación y validación del Modelo de Evaluación de la Atención Primaria, se trabajó con esta sistemática.

Además de la reconocida ventaja de objetividad de la evaluación compartida, en este caso, la presencia de evaluadores externos, con experiencia en la aplicación del Modelo facilita su adecuación a las realidades locales. Recordemos que en esta adecuación deberá tenerse en cuenta no sólo la complejidad y estructura organizacional del Centro de Salud sino también la propia cultura institucional y las características de la demanda.

Actividades a realizar

Se ha estructurado la etapa operacional en tres núcleos de actividades, teniendo en cuenta que cada uno de ellos tiene sus objetivos para llevar a la práctica el Modelo.

El primero de ellos tiene dos objetivos: generar la toma de decisión para llevar a cabo el proceso de gestión de calidad por parte del personal de conducción e informar y motivar al equipo de salud y la comunidad.

El segundo tiene como objetivos la capacitación del personal responsable del proceso de gestión en el uso de los instrumentos y la aplicación del modelo, adecuado a la realidad local.

El tercer núcleo tiene por objetivo el análisis de la información, la propuesta de medidas correctoras y la formulación de un plan de gestión de calidad.

A continuación se transcribe las secuencias de actividades a realizar:

Entrevistas con responsables del Área y del Servicio

La entrevista con las autoridades tiene como objetivo, crear un compromiso formal para lograr iniciar un proceso de gestión de calidad, contar con su aval y disponibilidad de recursos.

Caracterización del servicio a evaluar

Los objetivos fundamentales de este ítem son conocer la complejidad, la producción, la inserción y el rol del servicio dentro del sistema de salud. Este paso es necesario y debe cumplirse previo al análisis, adecuación y aplicación de las guías, ya que las mismas han sido elaboradas en forma flexible y modular para adecuarse a las diferentes características del mismo.

Se adjunta una Planilla destinada a recoger los datos que se consideran más significativos para esta actividad.

Reunión con el equipo de salud del servicio

Esta reunión se realizará con el equipo de salud (profesionales, técnicos, auxiliares) y como ya se mencionó, es deseable la participación de miembros de la comunidad organizada, que esté participando en la gestión del Centro.

Si bien este encuentro tiene carácter informativo, espera también lograr un compromiso con la gestión de calidad y participación en el proceso. En la oportunidad se analizarán en forma general, los objetivos perseguidos y la metodología a seguir, ofreciendo material bibliográfico y evacuando los interrogantes y aclaraciones que se planteen.

En la experiencia de los autores al validar el modelo, se ha percibido la importancia de clarificar que esta actividad no lleva implícito ninguna consecuencia de tipo punitivo ni de denuncia, elementos que generalmente causan preocupación en el equipo de salud y si no son explicitados será un elemento subyacente que perturbe la aplicación posterior del modelo.

Al terminar esta reunión deberá haberse fijado el calendario de las actividades subsiguientes y seleccionados los directamente responsables de la actividad. En el Centro donde se disponga de un número amplio de profesionales, se podrán realizar actividades de motivación y estímulo a la participación a todo el equipo, pero se podrá encargar sólo a algunos de ellos las tareas de las tres etapas del proceso de gestión de calidad: planificación, control y mejora.

Realización de un taller inicial

De preferencia en este taller participará todo el equipo profesional, pero en aquellos Centros de gran número de personal podrán seleccionarse sólo aquellos más comprometidos con la actividad y que hayan sido designados responsables de llevar adelante el proceso, a fin de capacitarse en el uso de los instrumentos.

El objetivo de esta actividad es el análisis de la metodología propuesta por el Modelo y su adecuación a la realidad local.

Los contenidos a tratarse en el mismo serán:

- Introducción al concepto de calidad y gestión de calidad.
- Análisis y discusión del Modelo.
- Intercambio de opiniones. Aportes para la adecuación local.
- Designación de evaluadores e informantes clave.
- Aclaración de dudas.
- Conclusiones (Plenario Final).

La selección de evaluadores externos y de los responsables del equipo de salud deberán ser elegidos en forma consensuada y constituirse en grupos de trabajo con tareas claramente asignadas.

En nuestra experiencia el aporte de evaluadores externos en las primeras evaluaciones facilita la dinámica del proceso y hace más eficiente los caminos para el logro del objetivo propuesto.

La selección de informantes clave debe ser muy cuidadosa, ya que la representatividad de la comunidad a la cual pertenecen es un elemento fundamental para la interpretación de los resultados. Opiniones que reflejen una óptica muy individual pueden llevar a sugerir medidas correctoras que no respondan a las expectativas de la comunidad. Un factor que debe ser muy tenido en cuenta es la frecuencia con la que el seleccionado concurre al Centro, ya que resulta conveniente que su opinión esté basada en un comportamiento regular del equipo de salud y no en situaciones esporádicas o coyunturales, en las que pudieran incidir factores ajenos al normal desenvolvimiento de la Institución. La elección debe ser consensuada con el equipo de salud.

Aplicación del modelo

Se evaluarán los servicios utilizando los instrumentos correspondientes, según cronograma fijado y de acuerdo a la metodología descrita en cada uno de ellos. Es conveniente que la implementación del modelo se realice en el menor tiempo posible.

Análisis de la información

Una vez obtenida la información, el equipo de evaluadores realizará el análisis de la misma haciendo una síntesis de los resultados obtenidos y elaborando un informe preliminar que refleje sus propios criterios y que servirá de documento de discusión para la actividad siguiente.

Taller final

El taller final ofrece un nuevo espacio de reflexión, enriquecido por la labor realizada, de preferencia deberá participar todo el equipo de salud y miembros de la comunidad. Sus contenidos serán:

- Presentación de la experiencia y discusión del Informe Preliminar.
- Propuesta de medidas correctoras, teniendo en cuenta las restricciones locales.
- Plan de gestión de calidad.
- Cronograma de actividades futuras.
- Elaboración del Informe Final.

Las medidas correctoras deberán tener en cuenta la posibilidad de concreción a corto plazo, ya que esto motivará al equipo de salud para dar continuidad al proceso de gestión de calidad. Deberán contemplar las expectativas de la comunidad, en el sentido de percepción de necesidades insatisfechas en salud.

La formulación de medidas correctoras de mediano y largo plazo deberán ser sometidas a un plan de seguimiento que asegure su concreción.

Caracterización del Servicio

- Nombre del servicio
- Domicilio
- Servicio Dependencia:
 - Municipal.....
 - Provincial.....
 - Universitaria.....
 - Privada.....
 - Nacional.....
 - Seguridad Social.....
- Tiene asignada área de responsabilidad:
 - Si.....
 - No.....
- Población Estimada.....

- Personal

Título	Funciones	Especialidad	Horarios Días y Horas de atención

- **Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento**

(marcar con una cruz lo que corresponda)

- Laboratorio
 - Disponible en servicio
 - Recolección y envío de muestras
 - Referencia
- Radiología
 - Disponible en servicio
 - Referencia

- **Actividades**
 - Asistenciales
 - Docentes
 - Comunitarias
 - Investigación

- **Producción:** (consignar datos correspondientes al último año disponible)
 - N° de consultas totales.....
 - N° de niños menores de 2 años bajo control C y D.....
 - N° de niños desnutridos de 0-6 años bajo control.....
 - N° de embarazadas bajo control.....
 - Cobertura de inmunizaciones en menores de 2 años.....
 - Total de dosis de vacunas aplicadas:
 - DPT.....
 - Polio.....
 - BCG.....
 - Antisarampionosa.....
 - Antitetánica.....
 - HIB.....
 - Cobertura de Inmunizaciones en embarazadas.....
 - N° de dosis de vacunas aplicadas a embarazadas:
 - Antitetánica.....
 - Número de consultas odontológicas:
 - Preventivas.....
 - Tratamiento.....
 - Extracciones.....

 - Programa prevención cáncer ginecológico SI NO

 - Programa control enfermedades prevalentes para adultos SI NO
Especifique cuáles:

- **Docencia**
 - Capacitación en servicio:
 - Para el personal propio
 - Para el personal de otros servicios
 - Universitaria

- **Investigación**
 - N° de trabajos realizados:
 - Temas:

- **Comunitarias**
 - Desarrollo de programas conjuntos con organizaciones comunitarias:
Enumere cuáles.

BIBLIOGRAFIA

Alleyne, J. Investigación de Servicios de Salud, conceptos y posibilidades. Evaluación de servicios de salud materno-infantil. Publicación del Programa de Salud Materno-infantil. OPS/OMS, 1989.

Institute of Medicine, National Academy of Sciences. A Strategy for Evaluating Health Services. Contrats in Health Status, Vol 2. Washington D.C. 1973.

Aranaz Andrés, J., Mira Solves, J.J., Rodriguez Marín, J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. Todo Hospital N° 47. España, 1988.

Baranchuk N. Condiciones de eficiencia de los Servicios de Atención Materno Infantil. Librería científica Dos Santos. Buenos Aires, 1987.

Barrenechea, J., Castellanos P., Matus C., Medici A., Esquema tentativo para el análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de APS y SPT/2000. OPS/OMS, 1987.

Barreneches, J.J., Trujillo Uribe, E. Salud para todos en el año 2000. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. Editorial de la Universidad de Antioquía. Colombia, 1987.

Batista, R.N., Tremblay, J. Métodos de evaluación en el área de atención de la salud. Evaluación de servicios de salud materno-infantil. Publicación del Programa de Salud Materno-infantil. OPS/OMS 1987.

Bloch, C. y colab. Evaluación del Programa de Atención Primaria de la salud en la ciudad de Rosario. Representación OPS/OMS en Argentina. N°34, 1992.

Bootman J.L., Harrison D.L. Pharmacoeconomics and therapeutic drug monitoring. College of Pharmacy, University of Arizona, Tucson 85721-0207, USA. Pharm World Sci. 1997 Aug, 19 (4): 178-81.

Carlsen T., Claudi T., Cooper J., Telje J., Waaler HM. Quality development in family practice development and use of health indicators. Tidsskr, Nor, Laegeforen. 1996. 116 (23): 2787-90.

Castillo, E. Subsistema de Información y monitoreo gerencial SIMOG. OPS/OMS. 1987.

Cohen, E. y Franco, R. Evaluación de Proyectos Sociales. Grupo Editor Latinoamericano. CIDES-OEA / ILPES - ONU. Buenos Aires, 1988.

Corella, J.M. La gestión de servicios de salud. Ediciones Díaz de Santos. España, 1996.

Cuesta Gómez, A., Moreno Ruiz, J.A. y Gutierrez Marti, R. La calidad de la Asistencia Hospitalaria. Editorial Doyma. España 1986.

De Campos F.E. Resolutividad. Una aproximación a la Evaluación cualitativa de los Servicios de Salud. Tesis de doctorado, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1988.

De Geyndt, W. Sinopsis de los planteamientos para evaluar la calidad de atención al paciente. Banco Mundial, 1986.

De Moraes Novaes,H.; Recursos humanos y sistemas locales de salud. OPS/OMS Cuaderno Técnico N°31. Washington D.C. 1990.

Donabedian,A. La calidad de la atención médica. Editorial Prensa Médica Mexicana. México 1984.

Fjermestad T., Paulsen B. Responsibility to the population in general practice. Three years experiences with a patient lista systems in Nirway. Tidsskr, Nor, Laegeforen. 1996 Sep 10, 116 (21): 2573-6.

Frenk,J. y Peña Mohr,J. Evaluación de tecnología y calidad de la atención. OPS/OMS Washington D.C. 1985.

Godber, E., Robinson R., Steiner A., Economic evaluation and the shifting balance towards primary care: definitions, evidence and methodological issues. Institute for Health Policy Studies, University of Southampton, UK. Health Econ. 1997 May-Jun, 6(3): 275-94.

Health Services Research. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. Washington D.C., 1979.

Katz,J. y Muñoz,A. Organización del sector Salud: puja distributiva. CEPAL, Buenos Aires, 1988.

Kessner, D. Kalk, C.E. y Surges, J. Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores. The new England Journal of Medicine 288 (4): 189-194, 1973.

Kleczkowski,B y colab. El Sistema Sanitario al servicio de la Atención Primaria de Salud. Cuadernos de Salud Pública N°80. Organización de la Salud, Ginebra, 1984.
Lemus,J.D.y colab. Epidemiología y Atención de la salud en la Argentina. Representación de OPS/OMS en Argentina. N°35, 1993

Kottke TE., Solberg LI., Brekke ML., Cabrera A., Marquez M. Will patient satisfaction set the preventive services implementation agenda?. Department of Health Sciences Research, Mayo Clinical and Foundation, Rochester, MN 55905, USA. 1997. 13(4):309-16.

Laski, L. Brindis C. Evaluación de programas de salud. MC Graw - Hill Interamericana. Méjico, D.F., 1996.

Mariño, H. Planeación estratégica de la calidad total. TM Editores. Colombia, 1993.

Marquet Palomer,R. Garantía de calidad en atención primaria. Monografías clínicas en Atención Primaria N°13. Ediciones Doyma S.A.Barcelona España, 1993.

Marraccino,C. Acreditación y categorización de servicios de salud. Los servicios de salud en la Argentina, Univ. Hernandarias Buenos Aires, 1994.

Marracino,C. La acreditación, la habilitación y la certificación de especialidades como instrumentos de regulación de la calidad de la atención médica. Medicina y Sociedad- Vol 11-N°3- Mayo/Junio 1988.

Miravet de Defago, M. Una propuesta integral para la evaluación de la calidad para la evaluación de la calidad de la atención perinatal en la provincia de Córdoba. Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de Córdoba, 1995.

Moreno,E. Estrategias de transformación de los Sistemas de Servicios de Salud. Evaluación de Servicios de Salud Maternoinfantil. Publicación del Programa de Salud Maternoinfantil. OPS/OMS, 1987.

Moreno,E. Diaz,G. Normatización del cuidado de la salud maternoinfantil. Boletín del CLAP/OPS. Salud Perinatal Vol.2 N°6. Montevideo, 1986.

Moreno,E. y colab. Condiciones de Eficiencia de los servicios de salud maternoinfantiles en países de América Latina. Publicación del Programa de Salud Maternoinfantil, OPS/OMS. 1989.

Moreno E., Perrone N., Niremberg O. Desarrollo de un modelo evaluativo para Sistemas Locales de Salud. International Development Research Centre, Ottawa, Canadá. Cuaderno del Centro para el Desarrollo Local N°20, 1993.

Morris N.M., Respect: its meaning and measurement as an element of patient care. J. Public Health Policy. 1997, 18 (2): 133-54.

Myers,B.A. A guide to medical care administration. Concepts and principles. American Public Health Association, Washington DC, 1969, vol .

Oldridge, NB. Cardiac rehabilitation and risk factor management after myocardial infarction. Clinical and Economic evaluation. Department of health Sciences, University of Wisconsin, Milwaukee, USA. Wien, Klin Wochenschr, Suppl. 1997. 2: 6-16.

Organización Panamericana de la Salud. Análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud. Una antología seleccionada. HSD/SILOS N°11. Washington D.C. 1990.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de los Sistemas Locales de Salud. Acreditación de hospitales urbanos en América Latina y el Caribe. Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud. Serie SILOS N°67, Washington D.C., 1989.

Organización Panamericana de la Salud. La administración estratégica. Programa de Desarrollo de Sistemas de Salud. Serie SILOS N°2, Washington D.C. 1992.

Organización Panamericana de la Salud. La garantía de calidad. Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe. HSD/SILOS N°13, Washington D.C. 1992.

Organización Panamericana de la Salud. Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos Métodos y Experiencias. Publicación Científica N°519. Washington D.C. 1990.

Organización Panamericana de la Salud. Participación social en los sistemas locales de salud. Serie Desarrollo de Servicios de Salud. SILOS N°35, Washington D.C., 1989.

Pan American Health Organization. Strengthening the implementation of local health systems. The English- Speaking Caribbean Countries. Assessment for change. HSD/16. Washington D.C. 1992.

Panerai, R. y Peña Mohr, J. Evaluación de tecnologías en salud. Metodologías para países en desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Washinton, 1990.

Porzecanski, T. (Compiladora). La investigación Social Cualitativa. Fichas de Capacitación del CLAEH, Serie A N° 67 y 68, Montevideo, 1988.

Robirosa, M. Cardarelli, G. Lapalma, A.J. y colab. Turbulencia y planificación social. Editorial siglo xxi. UNICEF, Argentina, 1990.

Simposio Internacional Calidad Total en Salud. Andes de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 58 N°1. Perú, 1997.

Sonis A., Investigación en Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires, Publicación N°20, 1989.

Starfield, B. Medición de los logros de la atención primaria. Journal of medical education. 54:361-369, 1979.

Taylor, C. Aplicaciones de la investigación sobre sistemas de salud. Cuadernos de Salud Pública N°78. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 1984.

Vouri H, V. El control de calidad en los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Masson S.A. y SG, Editores. Barcelona, 1991.

Vouri H. Introducción a Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías Clínicas de Atención Primaria, N°13, Ediciones Doyma, S.A. Barcelona 1993.