

Evaluación de la calidad en la atención de la salud

Mauricio Vargas Fuentes*

ESTE DOCUMENTO PRETENDE SISTEMATIZAR LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS FUNDAMENTALES QUE ORIENTAN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE SALUD QUE SE BRINDA EN LOS PAÍSES CENTROAMERICANOS POR MEDIO DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS.

1. Introducción

Desde 1955 y gracias al esfuerzo del Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, del personal de salud del Hospital Carlos Luis Valverde Vega con sede en San Ramón de Alajuela, Costa Rica y de la comunidad organizada, se ha desarrollado una forma novedosa de abordar los problemas de salud que presenta la población adscrita a dicho hospital.

La concepción que ha privado es la que interpreta al proceso salud-enfermedad como condicionado por factores múltiples entre los que se cuentan los de índole biológico, de comportamiento, socio cultural y ambiental. Es por esto que el propósito de la atención de salud que se ha ofrecido a dicha población es el de brindar una medicina integral que no solamente entregue atención curativa dentro del Hospital, sino que tiende a cubrir toda la situación vital que incide en el bienestar del individuo.

Todo este esfuerzo se lleva a la práctica gracias a lo que desde 1971 se conoce como Programa de Salud Comunitaria "Hospital sin Paredes" y que atiende en la actualidad cinco cantones de la provincia de Alajuela con una extensión territorial de 1430 Km² y una población de 106.272 habitantes.

El presente documento contiene los lineamientos generales de la labor que las

personas encargadas de la evaluación del Programa de Salud Comunitaria a que se hace referencia van a desarrollar.

Se pretende tomarlo como punto de partida y establecer una evaluación permanente de los diferentes programas y acciones que se ejecutan en el programa, adaptando el enfoque sistémico a este propósito.

Se hace un desglose de los aspectos que consideramos deben tomarse en cuenta en los esquemas metodológicos que se desarrollen con posterioridad a este primer intento formal de evaluar la calidad.

Finalmente, los lineamientos que aquí se presentan son muy generales y se ha tratado de presentar las ideas con la mayor claridad posible pero en forma concisa.

Los resultados serán motivo de publicación posterior y se hará con un tratamiento particular de los detalles.

2. Marco de trabajo

El marco de trabajo de la evaluación de la calidad en el Programa de Salud Comunitaria, es la atención de salud que este debe brindar a sus beneficiarios por medio del cumplimiento de los objetivos propuestos para cada uno de los subprogramas que lo constituyen.

Cabe anotar, que dadas las características de este programa, los propósitos y objetivos sobre los cuales se cimentó en

* Médico-Cirujano. Coordinador PROASA-ICAP.

su origen, no han sido motivo de revisión periódica, por lo cual no se encuentran redefinidos en documentos recientes.

Esto no invalida el enorme esfuerzo realizado en pro de la solución de los problemas de salud del área, realizado por un equipo de salud altamente calificado y una importante organización comunitaria.

Propósito de la atención a la salud

Brindar una medicina integral que no solamente entregue atención curativa dentro del hospital, sino que tienda a cubrir toda la situación vital que incide en el bienestar del individuo.*

Objetivos de la atención a la salud

Los objetivos generales que aquí se presentan, son los que en forma particular se definieron para cada uno de los programas y subprogramas componentes del programa global.

Su desglose en objetivos específicos y componentes, se encuentra contenido en uno de los primeros documentos escritos por los gestores del programa.**

- a) Reducir los riesgos de enfermedad y muerte de madres y niños y extender la cobertura de los servicios de salud materno infantil.
- b) Crear conciencia sobre la necesidad de procreación responsable.
- c) Disminución de la morbilidad en la población con base en la atención de la demanda, previniendo la invalidez.

- d) Disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades susceptibles de control por inmunización.
- e) Disminuir la incidencia de la tuberculosis.
- f) Reducir la morbilidad y mortalidad por enteroparasitosis.
- g) Disminución de la morbilidad y la mortalidad causadas por enfermedades relacionadas con el medio ambiente insalubre, mejoramiento de las condiciones ambientales y otros factores negativos para la salud.
- h) Organizar la educación para la salud como parte del proceso de participación activa e informada de las comunidades en todas las acciones de prevención y curación de enfermedades.
- i) Incorporación de las comunidades rurales en los programas de desarrollo que deberán incluir la salud como componente destacado.
- j) Promoción, protección y recuperación de una adecuada nutrición en grupos más vulnerables y socialmente necesitados.
- k) Formación y capacitación de personal para el cumplimiento de las actividades programadas.

Los objetivos aquí enumerados, fueron condicionados por una situación dada en los inicios del programa por lo que probablemente y de acuerdo a la situación actual, requieran de una redefinición.

Características de la atención

La atención que presta el programa a los beneficiarios, debe reunir las siguientes características, enmarcadas en el contexto de un proceso administrativo moderno, eficiente y eficaz.

* Organización Panamericana de la Salud. Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá. *Hospital sin paredes, Programa de Medicina Comunitaria*. (San Ramón, Alajuela: PASCAP, 1981).

** J. Ortiz y otros. *Salud rural, Área Programática Piloto de Salud*. (San Ramón, Alajuela: (s.n.), 1974).

a) Racionalidad lógico-científica

Esta característica indica que los procedimientos aplicados a un beneficiario del programa, forman parte de la tecnología eficaz existente, los beneficios esperados superan a los riesgos y que debe existir un costo-beneficio racional.*

El estudio de la racionalidad lógico-científica se facilita con la existencia de *criterios explícitos*** que regulan el uso de una tecnología y que válidamente reflejan la eficacia, riesgo, valores predictivos, sensibilidad, especificidad y otras evidencias científicas que respalden el uso apropiado.

Para los programas y subprogramas, con una normatización perfectamente definidas (por ejemplo, actividades a cumplir por la Auxiliar de Enfermería en la visita domiciliaria), los criterios explícitos son fácilmente definibles en función de esas normas. Esto no se cumple para la atención médica, donde esta definición se dificulta sustancialmente.

Dado lo complejo de la misma, y de las muchas facetas que encierra, se han definido *criterios implícitos**** para su evaluación.

b) Oportunidad

La atención a la salud que brinde el programa, debe ser oportuna, cualidad entendida como la satisfacción de las necesidades de salud en el momento indicado, con los recursos adecuados y de acuerdo

con la naturaleza y la severidad de cada caso.

c) Suficiencia e integridad

La atención que da el Programa debe comprender acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación y asistencia social.

d) Continuidad

Esta cualidad se entiende, como la secuencia lógica, bajo la responsabilidad ininterrumpida de un profesional y/o personal auxiliar, de las acciones que conforman cada una de las fases del proceso de atención de un problema o situación determinada de salud.

e) Humana

El aspecto de la interrelación con el individuo. El respeto de sus valores es el aspecto más importante para los consumidores de los servicios de salud. Esto puede estar explicado en parte, en el hecho de que consideran que la racionalidad científica está presente en el proceso de la atención médica.

Programas y acciones

Los programas y sub-programas de salud del Programa de Salud Comunitaria del área, han incorporado las siguientes actividades y acciones de carácter universal, tendientes al cuidado de la salud de todos los beneficiarios.

a) Programa Materno Infantil y Bienestar Familiar

En relación con este programa, se contemplan las siguientes acciones: control prenatal y post-natal, detección oportuna de embarazadas de alto riesgo obstétrico, fomento del parto institucional, control de parteras empíricas, control de crecimiento y desarrollo del niño de cero a seis años, fomento de lactancia materna, atención de la morbilidad del niño con énfasis en el pre-escolar, extensión de la cobertura de los servicios de Planificación Familiar.

En este plano, se consideran acciones

* Costo Beneficio: costo-monetario de un programa que normalmente (hay excepciones) es comparado con sus beneficios esperados y estos beneficios son normalmente expresados en dólares.

** Criterios explícitos: criterios predeterminados de buen cuidado de la salud según entidad, caso o evento que le dio origen a una consulta médica u hospitalización. Puede referirse a otro tipo de actividades programadas en el campo de la salud.

*** Criterios implícitos: criterios particulares de buen cuidado de la salud según entidad, caso o evento que dio origen a una consulta médica u hospitalización. Puede referirse a otro tipo de actividades programadas en el campo de la salud.

de carácter integral, acorde con las características enumeradas en el punto 2. Esto implica que necesariamente, se involucre la atención médica ambulatoria (consulta programada y urgencias) a nivel intra y extrahospitalario y la consulta odontológica en el proceso evaluativo.

b) Subprograma de Planificación y Bienestar Familiar

Este subprograma involucra como acciones o componente la consulta y orientación en planificación familiar y educación sexual a maestros y alumnos.

c) Programa atención médica y referencia de pacientes

Sus acciones específicas son la consulta médica general y especializada en función de la demanda, el sistema de referencia de pacientes y la consulta odontológica a grupos de riesgo.

d) Programa de Epidemiología

Contempla tres subprogramas específicos:

- Subprograma de control de enfermedades prevenibles por vacunación que contiene como acciones la vacunación contra sarampión, tosferina, difteria y tétano, poliomielitis y tuberculosis y la estricta vigilancia epidemiológica de éstas enfermedades.
- Subprograma de control de tuberculosis. Contempla vacunación con B.C.G., referencia de pacientes sospechosos, consulta médica, exámenes diagnósticos complementarios y tratamiento de casos conocidos.
- Subprograma de control de enteroparasitosis. Contiene como acciones específicas la consulta médica, exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento de casos conocidos.

e) Programa de Saneamiento Ambiental

Para este Programa se consideran las siguientes acciones: provisión de sistemas individuales de eliminación de excretas, establecimiento de sistemas de eliminación de desechos sólidos, control adecuado de expendios de alimentos y mejoramiento de vivienda y escuelas rurales.

f) Programa de Educación para la Salud

Se contemplan las siguientes acciones: educación para la salud en escuelas y colegios, educación para la salud a otros miembros de la comunidad y formación de responsables de salud.

Para el subprograma Organización y Desarrollo Comunal, no se pueden definir acciones específicas susceptibles de evaluación. Esta requiere de una metodología particular, inmersa en el contexto de la participación popular impulsada por el programa.

g) Programa de Nutrición

Este programa involucra acciones específicas de educación nutricional, atención a los desnutridos, detección de niños con riesgo nutricional y complementación alimentaria a grupos vulnerables.

h) Programa de Capacitación de Personal

Se contemplan aquí acciones específicas de educación en servicio y cursos de capacitación y adiestramiento para el equipo de salud.

3. Marco conceptual

Consideraciones preliminares

La evaluación de calidad de la atención de salud viene siendo desde hace varios

años, tema de discusión y preocupación por parte de los encargados de planificar y prestar los servicios de éstos.

Su necesidad es incuestionable, pero la deficiencia existente en este campo del conocimiento ha llevado, en unos casos, a no tomar la decisión de implementarla y en otros, a hacerlo sobre una sustentación teórica y conceptual totalmente errada.

Las experiencias de algunos países han sido importantes y clarificadoras, especialmente las vividas en los Estados Unidos de Norteamérica a partir del informe Flexner de 1913, que fija las bases conceptuales sobre el tema.

Además de los E.E.U.U., la mayoría de los países industrializados occidentales han realizado esfuerzos por hacer operativos dichos conceptos, pero en Latinoamérica, ningún país posee una política o programa específico que se relacione con la evaluación de calidad y tecnologías en salud, aspectos que van de la mano en la prestación de servicios.

Las motivaciones que han tenido las autoridades rectoras del sector salud en los diferentes países donde se ha intentado desarrollar metodologías de evaluación, han ido acordes con sus intereses particulares.

Básicamente, son tres las motivaciones que impulsan a evaluar la calidad de la atención de salud: motivos éticos, motivos de seguridad y motivos de eficiencia. Los tres son de vital importancia. La eficiencia se entiende como la relación entre impacto y costo. Se pretende el logro del mayor impacto posible a un costo razonable, acorde con la realidad económica que se viva y aprovechando al máximo los recursos existentes. En cuanto a seguridad lo fundamental que debe recordarse es que, administrar servicios de salud implica administrar vidas de seres humanos, por lo que se debe garantizar la calidad óptima en cuanto al acceso a los servicios, capacidad del personal que los brinda y tecnología apropiada para atención de los problemas de salud de la región.

Ambos aspectos son vitales, pero en un país como Costa Rica, donde hoy nos ufamamos de los logros alcanzados en el campo de la salud, medidos únicamente en forma cuantitativa, el factor de primordial importancia es el motivo ético.

El consumo de servicios de salud es considerado un valor social, por lo que el brindar la mejor calidad en esos servicios es una obligación ética. Además, en Costa Rica, el Estado ejerce un control monopolizador en el campo. Los consumidores no pueden escoger entre diferentes proveedores (solamente 1.8% de la población tiene acceso a servicios médicos privados) y son, muchas veces, (la mayoría tal vez) ignorantes de la calidad de servicios que reciben.

En este contexto, es imperativo definir el objetivo fundamental de la evaluación de calidad de la atención de salud. Hablar de motivación es diferente a hablar de objetivo. El objetivo debe ser el bienestar del usuario de los servicios. Paralelamente, se obtienen otros resultados importantes como lo son costos razonables en la atención, mejoría del proceso administrativo y estímulo a un mejor desempeño profesional de los proveedores directos de la atención. Estos son resultados de una buena calidad por lo que se hace obvio, que la investigación evaluativa es un método adecuado de diagnóstico de la situación para la toma de decisiones.

Esto es lo que se pretende desarrollar en el Programa de Salud Comunitaria del Área de San Ramón, Palmares, Naranjo, Alfaro Ruiz y Valverde Vega.

Por último, la metodología que aquí se propone, pretende ser un modelo metodológico útil, aplicable a otras entidades en el país, sean éstas Hospitales, Clínicas, Centros o Puestos de Salud, etc., así como otros programas específicos de los muchos que desarrolla nuestro Sistema de Salud.

No se desglosa cada una de las metodologías, que son particulares así sea el rubro a evaluar, pero debe quedar claro que el esquema metodológico debe servir a los propósitos que se definan en un momento dado.

Definiciones

- a) Calidad de la atención: Es el conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención de salud que el Programa de Salud Comunitaria provee a sus beneficiarios para alcanzar los efectos deseados, tanto por los usuarios, como por los proveedores de la atención.
- b) Evaluación: "Es el proceso por el cual se describe, mide, compara, analiza y explica una situación que se desea modificar o mantener según objetivos predeterminados".¹
- c) Evaluación de calidad: "Es la medición, análisis comparativo y valoración de las características de la atención de salud que presta el Programa de Salud Comunitaria a sus beneficiarios, así como de los efectos alcanzados por esta atención, en términos de resultados en el estado de salud y en la satisfacción del usuario y del proveedor".²

Propósito de la evaluación de calidad

El propósito de la evaluación de calidad en el programa es el de mejorar permanentemente la atención de salud que se provee a los beneficiarios.

Debe quedar claro "que, la evaluación de calidad, no se constituirá en un instrumento de carácter punitivo y que debe entenderse como un procedimiento continuo, moderno, de desarrollo personal, orientado hacia la superación profesional".³

1. Colombia. Instituto de Seguros Sociales. Oficina Nacional de Evaluación de Calidad. *La Evaluación de la calidad en la atención de salud*. (Bogotá: El Instituto, 1984), p. 7.

2. *Ibid.*

3. *Ibid.*

Componentes de la evaluación de calidad

Los componentes de la evaluación de calidad que se aceptan para el Programa de Salud Comunitaria, son los que se han descrito tradicionalmente: estructura, proceso y resultado.

a) Estructura

La evaluación de este componente están dirigidas a las características de las instalaciones, equipos, administración, organización y recurso humano, profesional y auxiliar, disponibles y utilizados en la prestación de la atención.

b) Proceso

Su evaluación se dirige al logro de la información sobre la forma en que funciona el sistema de prestación de la atención, por medio de la actividad clínica que desarrollan los profesionales de la salud y las actividades complementarias que son desarrolladas por el personal auxiliar de salud del programa y su interacción con las actividades de soporte administrativo.

c) Resultados

Las evaluaciones de este componente reflejan cambios en el estado fisiopatológico (enfermedad, muerte) o en el estado psicosocial (insatisfacción y malestar), tanto de parte del usuario como del proveedor.

Criterios de Calidad

Los criterios de calidad, adoptados para el desarrollo de la evaluación del programa se refieren a:

- a) Las características de racionalidad lógica-científica, oportunidad, suficiencia e integridad, continuidad y humanas, que debe tener la prestación de

la atención de salud en el programa, tanto en el manejo clínico del paciente, como en la organización y el funcionamiento de los servicios. Las definiciones de estas características ya han sido dadas en el apartado 2.3 del presente documento.

- b) Los cambios que se presentan en el estado de salud (enfermedad, incapacidad, muerte, mejoría, recuperación).
- c) El nivel de satisfacción del proveedor y del usuario de la atención.

Características de la evaluación de calidad en el programa

El proceso evaluativo en el programa deberá tener las siguientes características. Debe ser:

a) Confidencial

"Los casos que se analizan y las instituciones que están involucradas en la evaluación, no aparecerán señalados con su nombre; se pretende además que durante la presentación que se haga de los casos, la identificación de beneficiario y proveedor no sea posible".⁴

b) Impersonal

"La evaluación de calidad no debe confundirse con evaluación del desempeño del personal, es por esto, que el análisis se hace sobre la atención que se presta y no sobre las personas proveedoras de dicha atención".⁵

c) Permanente

Como parte integrante del proceso cotidiano de prestación de servicios de sa-

lud, la evaluación debe ser continua en el tiempo y no hacerse por excepción.

d) Participativo

Tomarán parte los niveles directivo, administrativo, asistencial y los usuarios del servicio como un todo, a lo largo de todo el proceso evaluativo, desde el diseño hasta el informe de resultados.

e) Flexible

En sentido estricto, no requiere de normas técnicas preestablecidas, por lo cual pueden definirse durante el proceso evaluativo.

4. Funciones de evaluación de calidad en el Programa de Salud Comunitaria

La evaluación de la calidad comprende tres aspectos generales: establecimiento de normas, su aplicación y soporte de información. En este plano y en el contexto del Programa, el establecimiento de normas estará a cargo del nivel directivo del programa y el hospital, que serán definidas en su debido momento y durante el proceso de evaluación. Los dos aspectos siguientes, serán responsabilidad de los centros asistenciales: clínicas de la C.C.S.S., Centros de Salud, Puestos de Salud y Servicios Hospitalarios.

5. Marco metodológico

La Dirección de la Evaluación de Calidad necesita la definición de una metodología para llevar a cabo, de manera organizada y coherente, el trabajo que debe realizar en el desarrollo de sus funciones. Esta metodología se ajusta al contexto descrito anteriormente.

4. *Ibid.*, p.8.

5. *Ibid.*

Metodología y Líneas de Acción

La evaluación de calidad en el programa se realizará en la población beneficiaria a partir de los resultados de la atención de salud.

Luego, se analiza, retrospectivamente y en forma integral, la estructura, el proceso y las decisiones clínicas tomadas durante el proceso de atención.

"Este proceso comprende el inicio de la enfermedad o del evento, el primer contacto con el servicio, la atención recibida, el resultado de esta atención y la satisfacción de ésta".⁶

Dada la multiplicidad de programas y subprogramas, así como de actividades por desarrollar por cada uno de ellos, se dan, para una primera fase de la evaluación, los lineamientos de acción en cuanto a atención médica, con lo cual se incluyen consulta médica ambulatoria intra y extra hospitalaria, análisis de casos de urgencias, análisis de casos de atención médica en las áreas específicas de crecimiento y desarrollo, consulta pre y post-natal, planificación familiar, medicina general, dermatología, pediatría, otorrinolaringología, ginecología.

Instrumentos para el desarrollo de la metodología propuesta

a) Definición de prioridades

En el contexto del programa que nos ocupa, la definición de prioridades para evaluar la calidad de la atención parte del análisis del daño más severo que se produce en la salud de los individuos, la muerte, para plantear posteriormente esquemas metodológicos que permitan el análisis de egresos hospitalarios, urgencias y atención médica ambulatoria.

b) Metodología para el desarrollo de un proyecto

Se siguen los lineamientos generales de formulación de proyectos que tradicionalmente se han empleado y que a continuación se esquematizan:

- Identificación del problema: Se describe la situación que se va a estudiar en forma general. (Contiene introducción y justificación del proyecto).
- Marco Teórico: Revisión sistemática del conocimiento actual sobre el problema identificado.
- Identificación de alternativas de estudio: Se analizan la factibilidad técnica, operativa y financiera de las diferentes alternativas para estudiar el problema planteado.
- Desarrollo de la alternativa escogida: Incluye propósito, objetivos, metodología detallada y limitaciones.
- Consulte y ajuste: Se garantiza la aplicabilidad de la alternativa escogida, al presentarse a expertos, técnicos y personal operativo.
- Experimentación y ajuste: Se confirma la operatividad de la alternativa aplicándola a pequeña escala.
- Implantación: Se extiende la alternativa escogida y probada a todo el país.
- Seguimiento, control y evaluación: Vigilancia continua y estricta sobre el desarrollo de la alternativa escogida.
- Cronograma de actividades.

c) Metodología para la programación de actividades

Comprende como contenidos generales:

enero-junio/1988

6. *Ibid.*, p.12.

- Desglose del proyecto en etapas y actividades.
- Se calcula tiempo requerido en cada actividad.
- Determinación de la interrelación entre las diferentes actividades.
- Se elabora un modelo gráfico y se describen los recursos humanos asociados a cada actividad.

6. Desarrollo de las líneas de acción

Los esquemas metodológicos que se proponen para el análisis de las prioridades propuestas son las siguientes:

Análisis de los casos de defunción hospitalaria

Para analizar las defunciones que se presentan en el hospital de referencia de la población que atiende el Programa, se requiere desarrollar dos factores que se complementan entre sí:

- El estudio de las características generales de la mortalidad.
- El estudio individual de los casos de defunción para conocer la calidad de la atención brindada.

La primera fase depende del análisis sistemático de la información sobre mortalidad que ofrece el Departamento de Estadísticas del Hospital. Supone la revisión de las causas básicas de muerte que se registran y que poseen un alto grado de confiabilidad, requisito indispensable para el trabajo que aquí se propone desarrollar.

En la segunda fase del estudio, se utilizará una metodología retrospectiva que permite establecer la oportunidad, contenero-junio/1988

nidad, suficiencia e integralidad de las decisiones y acciones tomadas y ejecutadas del proceso de atención.

Las etapas del proceso de atención que contempla el análisis son:

- Desde la percepción de la enfermedad y de la necesidad de atención, hasta el primer contacto institucional.
- Desde el primer contacto institucional, hasta la primera hospitalización.
- Desde la hospitalización, hasta la muerte.

El campo de estudio lo constituye la totalidad de las muertes ocurridas en el hospital Carlos Luis Valverde Vega.

Los informes han de ser confidenciales e impersonales, y servirán para plantear acciones correctivas y, si es necesario, mejorar la calidad de la atención.

Análisis de egresos hospitalarios

Dado el volumen de egresos que se produce anualmente en el hospital Carlos Luis Valverde Vega, sólo es factible analizar una muestra del total de casos. Para esto se requiere de criterios para su definición, los cuales se enuncian a continuación:

- Primeras causas de egreso
- Primeras causas de egreso por servicio
- Enfermedades trazadoras
- Muestra aleatoria

El enfoque metodológico sigue los mismos lineamientos del caso anterior, ya que se analiza el caso retrospectivamente a partir del alta, hasta llegar al comienzo de la enfermedad. Las diferencias con la metodología anterior son las siguientes:

- En la entrevista familiar se detectan también, si fuera del caso, las medidas preventivas tomadas.

- En la historia clínica se considerarán las incapacidades concedidas, con el propósito de medir su oportunidad y suficiencia.
- Se establecerán criterios para clasificar el estado de salud del paciente en el momento del alta.
- Se medirá la satisfacción, tanto del proveedor como del usuario, para lo cual se sugiere una entrevista.

Al igual que el caso anterior los informes deben ser confidenciales e impersonales y habrán de servir para introducir medidas correctivas y mejorar la calidad de la atención.

Metodología para el análisis de casos ambulatorios

El volumen de consultas médicas dadas por el programa en el 1983 (exceptuando psiquiatría) fue de 36.956.

Dado este volumen de casos, es necesario que se analice una muestra de casos atendidos.

Los criterios para definirla pueden ser:

- Primeras causas de consulta ✓
- Enfermedades prevenibles ✓
- Severidad de los casos ✓
- Definición de enfermedades trazadoras*
- Atención a grupos prioritarios ✓
- Muestra aleatoria ✓

Para el caso particular del programa se ha decidido seguir los siguientes pasos para su elección.

* Las Enfermedades Trazadoras son aquellas que cumplen con los siguientes criterios:

- tener impacto funcional.
- estar relativamente bien definida y ser de fácil diagnóstico.
- tener altas tasas de prevalencia.
- la historia natural de la entidad clínica debe tener modificaciones con la utilización y efectividad de la atención médica.
- el manejo médico de la entidad clínica debe estar bien definido.
- se deben entender los efectos de los factores no médicos sobre el trazador.

- a) Definición de las cuatro primeras causas de consulta que de acuerdo a registros son: medicina general, crecimiento y desarrollo, pre-natal, pediátrica.
- b) Se realiza un muestreo estratificado polietápico. Se adopta como criterio de estratificación el siguiente:

- Centro y Puesto de Salud: para los propósitos de la evaluación, se define como Centro de Salud aquel que tiene personal médico y auxiliar fijo para la prestación de servicios preventivos y curativos y que cuenta con la infraestructura en equipo y materiales mínima para la misma.

- Puesto de Salud: es aquel que cuenta únicamente con personal auxiliar y el cual es responsable de funciones específicas en el campo del área preventivo de la atención de salud. Además recibe visitas periódicas de profesionales médicos para atención de la demanda de salud. Cuenta con la infraestructura en equipo y materiales mínima para el cumplimiento de las actividades programadas.

- c) Definidos los criterios de estratificación se decide analizar los cinco Centros de Salud y cinco clínicas de la C.C.S.S., del área y se realiza un muestreo simple al azar de los Puestos de Salud, según cantón previa definición del tamaño de la muestra.
- d) Muestreo sistemático de expedientes clínicos según Centro y Puestos de Salud, previa definición del tamaño de la muestra.

Se pretende hacer un análisis retrospectivo de cada caso, desde su alta en la consulta externa hasta el inicio de la enfermedad.

Los informes serán confidenciales e impersonales y han de servir, si es necesario, para plantear acciones correctivas

con el propósito de mejorar la calidad de la atención.

Análisis de la atención de urgencias

Para este análisis se entiende por atención de urgencias, aquella mediante la cual se suministran los cuidados indispensables, que demande el paciente en estado crítico, riesgo inmediato de muerte o proceso rápido de agravamiento por efecto de enfermedad o accidente.

El volumen de casos de urgencias atendidos en 1983, por el Servicio respectivo del hospital Carlos Luis Valverde Vega, asciende a 7.627 (18.6% del total hospitalario).

Se hace imposible separar los casos que corresponden a verdadera urgencias, de los que no lo son. Se consideran sólo los casos de urgencia resueltos a nivel de este servicio (se excluyen hospitalizaciones y defunciones).

Determinado el volumen de casos por estudiar, se establece la muestra que se va a analizar. Esto puede hacerse de las siguientes formas:

- Primeras causas
- Enfermedades trazadoras
- Muestra aleatoria

Para el caso particular del programa se hará en base a las primeras causas de consulta, con el criterio de especialidad a la cual pertenece el caso atendido.

A partir de esta definición se realiza un análisis retrospectivo del caso, partiendo del alta del paciente, hasta llegar a la iniciación del episodio o evento que originó la urgencia.

Al entrevistar al usuario o a los familiares, han de analizarse los síntomas o circunstancias que le llevaron a la solicitud del servicio, el conocimiento sobre como utilizar éste, y los mecanismos de acceso, la oportunidad de la atención, así como la satisfacción por la atención recibida. Esta ha de estudiarse en la Hoja de Atención de Urgencias y la Historia Clínica General, enero-junio/1988

en caso de que exista relación del episodio con enfermedad tratada con anterioridad por los proveedores vinculados al Programa. Esta parte busca establecer la racionalidad lógica científica, la oportunidad y suficiencia de la atención y el estado de salud del paciente al alta.

La información se complementa con la consulta a los proveedores de los servicios. El propósito es, al igual que en el caso anterior, plantear las acciones correctivas correspondientes para mejorar la calidad de la atención.

7. Mecanismos operativos en la evaluación de calidad

Para hacer operativa la evaluación de calidad se requiere una sólida organización que haga cumplir responsabilidades y actividades a los diferentes niveles.

En el caso del programa deberá existir, en su nivel directivo, una comisión central multidisciplinaria con las siguientes funciones:

- Establecer metodologías de investigación evaluativa.
- Validar y adecuar las metodologías establecidas.
- Coordinar los estudios a nivel local.
- Dar asistencia técnica al realizarse los estudios.
- Dar seguimiento y controlar los estudios.
- Analizar e interpretar la información que brinden los estudios.
- Hacer del conocimiento de los involucrados en el proceso evaluativo los resultados de éste.

En el nivel local operativo se deberán asignar responsabilidades, en el desarrollo de los proyectos, al director del Centro de Salud o clínica de la C.C.S.S., al jefe del Departamento de Urgencias del hospital Carlos Luis Valverde Vega, (en su debido momento de todos los servicios a evaluar), a los auxiliares de enfermería responsables de los Puestos de Salud, a las jefaturas de enfermería y otros departa-

mentos de los Centros de Salud y clínicas de la C.C.S.S.

Los anteriores serán responsables de la dirección, coordinación, supervisión y control de los comités organizados para realizar la evaluación y del cumplimiento y supervisión de los procedimientos administrativos para el registro, recolección y procesamiento de información requerida para llevar adelante el proyecto.

Los comités básicos y subcomités se conformarán de acuerdo a:

- metodología de cada proyecto,
- información según tipo y cantidad que sea necesaria recolectar y analizar y,
- nivel de complejidad de los centros de atención

Para la primera fase de este proyecto se requieren los siguientes comités:

- a) Comité de Atención Ambulatoria
- b) Comité de Urgencias
- c) Comité de Egresos
- d) Comité de Mortalidad

Los comités serán conformados por profesionales que participen directamente en el proceso de atención. Estos serán seleccionados con criterios de idoneidad, experiencia asistencial o docente, capacidad de liderazgo y trayectoria en el programa.

Estos, se nombrarán por resolución de la jefatura de la evaluación, por un período de un año.

Un modelo similar, se propone para el nivel nacional.

Literatura citada y consultada

Agudelo, Carlos: Cuartas O., Julio E. y Zambrano H., Lucila. *Indicadores hospitalarios: Conceptos de interpretación administrativa*. Bogotá: Centro de Educación en Administración de Salud, 1983.

Banta, David H. "Aplicaciones de la tecnología moderna. Problemas y perspectivas en los países industrializados y en vías de desarrollo". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 96 (6): 471-488, Jun., 1984.

Brook, Robert Henry; Williams, Kathleen Nies y Avery, Allyson Davies. "Quality Assurance Today and Tomorrow: Forecast for the future". *Annals of International Medicine*. 85 (2): 4-6, 1976.

Colombia. Instituto de Seguros Sociales. Oficina Nacional de Evaluación de Calidad. *La evaluación de la calidad en la atención de salud*. Bogotá: El Instituto, 1984.

Ministerio de Salud/UNICEF. *Modelo de Evaluación para el Sistema Nacional de Salud "Moses"*. Bogotá: El Ministerio, 1978.

Constanzo, G. y Vertinsky, Ilan. *Medición de la calidad de atención de la salud*. Una Clasificación para Traducciones, núm. 48.

Espinoza Vergara, Mario. *Evaluación de proyectos sociales*. San José: Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, 1980. Serie Quehacer Ministerial, núm. 1.

Estes, E. Harvey y Sullivan, Roberto. "Standards for practice: Effectiveness and Acceptance". *Annals of International Medicine*. 89 (5): 826-828, Nov., 1978.

González, J. "La calidad de la atención médica". *Acta Médica Colombiana*. 9 (2): 60-64, mar., 1984.

Gómez, L. C. "El uso de la estadística en la investigación de salud". En: *Primer Seminario Nacional de Investigaciones en Salud*. Bogotá: (ss.n.), 1976.

Lohr, K. N. y Brook, R. H. "Quality of Care in Episodes of Respiratory Illness

- among, Medical Patients in New Mexico". *Annals of International Medicine*. 92 (1): 1980.
- México. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. División de Ciencias Biológicas y de la Salud. *Integración de la investigación, docencia, servicio en el Programa de Salud en la Comunidad, "Hospital sin Paredes"*. San Ramón, Costa Rica. Oaxtepec, Morelos: la Universidad, 1984.
- _____. *Programa de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes"*. San Ramón, Costa Rica. Oaxtepec, Morelos La Universidad, 1984.
- Organización Mundial de la Salud. "Quality Assurance of Health Services". En: *Conceptual Framework of Quality Assurance*. (Washington, D. C.): 1982. p. 5.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá. *Hospital sin Paredes, Programa de Medicina Comunitaria*. San Ramón, Alajuela: PASCAP, 1981.
- Ortiz, J. y otros. *Salud Rural, Area Programática Piloto de Salud*. San Ramón, Alajuela: (s.n.), 1974.
- Programa de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes"*. San Ramón, Alajuela: (s.n.), 1982.
- "Quality measures". En: Griffith, John R. *Measuring hospital performance*. (s.n.): An Inquiry Book, 1978.
- Ross, Ana; Vargas, Mauricio E. y Marín, Fernando. "Algunas determinantes del consumo de medicamentos en Costa Rica y análisis de las políticas institucionales relacionadas". Tesis de Maestría en Administración de Salud, Facultad de Estudios Interdisciplinarios: Pontificia Universidad Javeriana, 1984.
- Sierra, Jaime y Brenes, Carlos. "Recuperación crítica de indicadores socioeconómicos: La experiencia del programa de salud comunitaria". En: Ramalinga Iyer, R. y otros. *Centroamérica: Indicadores socioeconómicos para el desarrollo*. San José: FLACSO, 1983. p. 271-313.
- Slee, Vergil N. "PSRO and the Hospital's Quality Control". *Annals of International Medicine*. 81 (1): 97-106, jul., 1974.
- Smith, Warren F. "Cost Effectiveness and Cost Benefit Analysis for Public Health Programs". *Health Reports*. 83 (1): 899-906, 1988.
- Welch, C. E.; Mc Donough, J.F. "Effectiveness of Medical Care". *The New England Journal of Medicine*. 289: 1-3, 1979.

**ESQUEMA GENERAL PARA LA EVALUACION
DE LA CALIDAD DE LA ATENCION
DE SALUD EN EL PROGRAMA**

ANALISIS RETROSPECTIVO

Iniciación del evento	Primero contacto	Atención recibida	Resultado
Entrevista familiar para analizar:	Revisión de Historia Clínica y entrevista a proveedores para analizar:		Análisis del caso y encuesta a usuarios y proveedores para analizar:
— Percepción de la necesidad	— Diagnóstico		— Estado del paciente (muerte, mejoría, complicaciones)
— Medidas tomadas	— Exámenes y pruebas diagnósticas		— Satisfacción
— Oportunidad en el acceso	— Prescripciones y aplicación de tratamientos		
	— Procedimientos quirúrgicos realizados		
	— Procedimientos complementarios		
	— Seguimiento y control		
	— Acciones de soporte		

MODELO DE EVALUACION SISTEMICO AREAS DE ESTUDIO

DEMANDA (Ambiental)	OFERTA (Estructural)	PROCESO	RESULTADO (Producto)	IMPACTO (Efecto)
DEMOGRAFIA	ORGANIZACION	PRESTACION DE SERVICIOS	SERVICIOS BASICOS DE ATENCION DIRECTA	DISMINUCION DEL RIESGO DE ENFERMEDAD Y MUERTE
Estructura	Complejidad	Naturaleza	Egresos	Morbilidad
Edad	Niveles de respons.	Contenido de la atención	Consultas	Mortalidad
Zona	Niveles de At. médica	Tecnología utilizada	Médicas	Incapacidad
Crecimiento	Reglamentación formal	Secuencia de los procedimientos	Urgentes	Expectativa de vida
Natalidad	Informal	Rendimiento ocupacional	Odontológicas	CAMBIOS DE ACTIVIDAD DE LOS USUARIOS
Mortalidad	Recursos humanos físicos	días estadía	Vacunaciones	Calidad de la atención
Factores condicionantes	económicos	Egresos cama por año	Visitas saneamiento	Costo beneficio
Condiciones de salud	Sistema de información	Coordinación	Fórmulas despachadas	Satisfacción
Morbilidad	Contenido	Recepción de servicios	Partos y abortos At.	Equipo de salud
Mortalidad	Frecuencia	Contenido	Estudios radiológicos	Comunidad
Incapacidad	Niveles de agregación	Cobertura	Cirujías	
Factores relacionados		Concentración	Exámenes de lab.	
Necesidad		Oportunidad	Concentración de servicios	
Biológica		Utilización	Utilización	
Social			Gastos de atención	
Demanda				
Efectiva				
No atendida				