



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Roldán, Piedad; Vargas, Clara Ruth; Giraldo, Clara Patricia; Valencia, Gloria Esperanza; García, Claudia Liliana; Salamanca Fisiot, Luisa Matilde

Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso

Colombia Médica, vol. 32, núm. 1, 2001, pp. 14-18

Universidad del Valle

Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28332104>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Evaluación de la calidad en la atención en salud. Un estudio de caso¹

Piedad Roldán, Nutr.², Clara Ruth Vargas, Nutr.³, Clara Patricia Giraldo, Fonoaud.⁴, Gloria Esperanza Valencia, Ter. Resp.⁵, Claudia Liliana García, Fisiot.⁵, Luisa Matilde Salamanca, Fisiot.⁶

RESUMEN

La Ley de Seguridad Social en Salud en Colombia enfrenta a las instituciones de salud al reto de la competitividad en el que la calidad de la atención es un factor determinante para la sobrevivencia en el mercado. Basados en el concepto de calidad desde el triple enfoque de Donabedian y el modelo DOPRI propuesto por Galán Morera, se realizó un estudio descriptivo exploratorio en seis hospitales públicos de un departamento de la zona suroccidental de Colombia, para evaluar los servicios de nutrición y dietética, fisioterapia, terapia respiratoria y fonoaudiología, al ser considerados fundamentales en la prestación de un servicio de salud integral y con calidad, y que pocas veces se han evaluado en el contexto nacional. Los resultados muestran una situación preocupante al encontrar valoraciones de la calidad de la atención entre insatisfactorias y precarias (sólo fisioterapia obtuvo algunas valoraciones satisfactorias) y una tendencia marcada a subsanar la ausencia de los servicios evaluados a través de los convenios docente asistenciales, abocando el servicio a riesgos éticos y obviamente sobre el deterioro de la calidad. Además, fue posible la confrontación y el enriquecimiento de una metodología que puede continuar siendo implementada no sólo en los hospitales evaluados, sino también en los demás del departamento como parte de las estrategias de mejoramiento continuo de las organizaciones sanitarias.

Palabras claves: Evaluación. Calidad. Atención. Servicios de salud.

La seguridad social integral en Colombia se define como “el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, en especial las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”¹. Para lograrlo, se ha incluido dentro de los principios de la seguridad social la eficiencia, tomada ésta como la “me-

jor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social, sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente”².

Dentro de estos beneficios está el servicio público de salud, regido bajo nueve fundamentos, entre los cuales está la calidad en la atención, que debe ser garantizada por las instituciones de salud a los usuarios, con el establecimiento de mecanismos que haga de ésta un servicio oportuno, personalizado, humanizado, integral y continuo “y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácti-

tica profesional”³.

Con lo anterior, las instituciones de salud del país tienen hoy más que nunca la responsabilidad de establecer las herramientas que propicien la evaluación de la atención de los servicios de salud, respondiendo efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad; sin embargo, son escasos los logros en este campo, por la ausencia de metodologías prácticas y sencillas que puedan aplicarse a todas las instituciones, y mejor aún, que puedan ser utilizadas de manera específica a los diferentes servicios o unidades funcionales que conforman la atención en salud.

Bajo estos postulados y considerando las disposiciones legislativas nacionales, contempladas en el artículo 227 de la Ley 100 y en el Decreto 2174 de 1996, se realizó un proceso de investigación interdisciplinario que permitiera a las instituciones de salud tener la posibilidad de conocer la si-

1. Proyecto de Investigación cofinanciado por COLCIENCIAS mediante contrato 487/97 suscrito con la Universidad de Caldas. Programa de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud, Manizales.
2. Vicerrectora de Investigaciones, Universidad Católica de Manizales.
3. Directora, Nutrición y Dietética, Universidad Católica de Manizales.
4. Docente, Facultad de Publicidad, Universidad Católica de Manizales.
5. Docente, Terapia Respiratoria, Universidad Católica de Manizales.
6. Docente, Facultad de Fisioterapia, Universidad Autónoma de Manizales.

tuación en la prestación de los servicios de salud en él considerados, para poder así implementar procesos de mejoramiento continuo y de garantía de la calidad. De igual forma se pudo proporcionar un insumo para el direccionamiento de los planes de estudio y de los currículos en las Universidades responsables de la formación del talento humano en las áreas evaluadas.

El estudio fue de tipo descriptivo exploratorio, utilizando las herramientas que propone el modelo DOPRI para la medición del contexto, la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y la satisfacción en 6 instituciones de salud públicas de niveles 1, 2 y 3 de complejidad en un departamento de la zona suroccidental de Colombia, buscando no sólo la identificación de una situación del sector, sino específicamente en cuatro servicios pocas veces valorados y tenidos en cuenta para las mediciones de calidad en general.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las teorías, los enfoques y los modelos cobran relevancia y significado siempre que puedan ser aplicados y utilizados, más que validados. Por ello, el proceso investigativo tuvo el objetivo de evaluar la calidad de la atención en los servicios de nutrición y dietética, fonoaudiología, terapia respiratoria y fisioterapia en seis instituciones de salud pública, por considerar que en ellas se pueden reproducir las características de los hospitales de la red pública de ese departamento, al encontrar representación de los tres niveles de complejidad. El estudio se llevó a cabo durante 8 meses comprendidos entre los años 1999 y 2000.

Los objetivos intermedios que permitieron alcanzar este propósito general se cumplieron de la siguiente

forma:

- Se realizó una descripción de las características de la atención en los cuatro servicios antes mencionados con relación al contexto, la demanda, la oferta, los procesos, los resultados y la satisfacción.
- Se evaluó el perfil de capacidad interno y externo para cada servicio a partir de la utilización de la matriz DOFA para proponer lineamientos de mejoramiento de la situación encontrada a partir de las conclusiones sobre la evaluación generada del modelo DOPRI y las recomendaciones obtenidas de la matriz DOFA para los servicios de salud incluidos en el estudio.
- Se trascendió la simple aplicación del modelo de evaluación, y se establecieron las conclusiones generales frente a la practicidad de la utilización del modelo DOPRI en la evaluación de la calidad de la atención en estos servicios.
- Las siguientes son las categorías que se utilizaron para evaluar la calidad de la atención en el estudio:
 - **Evaluación del contexto.** Normas y políticas que regulan y orientan la prestación del servicio de salud y específicamente el servicio evaluado, las relaciones que tiene el servicio con otros servicios y otras profesiones dentro de la institución y las relaciones que establece con la comunidad.
 - **Evaluación de la demanda.** Relación entre el nivel de complejidad de la institución y la morbilidad atendida en cada uno de los servicios y una aproximación a la demanda efectiva, establecida a partir del porcentaje de pacientes atendidos en relación con el total de demandantes.
 - **Evaluación de la oferta.** La estructura orgánica, que corresponde a la inclusión del servicio dentro del organigrama (según su nivel de complejidad), dentro de la normatividad y dentro de la planeación de la institución y la correspondencia de estos aspectos con el funcionamiento del servicio; la estructura funcional que analizó la existencia de manuales de funciones y procedimientos, su evaluación y cumplimiento y los procesos de inducción de personal dentro de cada servicio; la evaluación de los recursos que incluye el talento humano, los recursos físicos y materiales y los recursos económicos con los que se cuenta para la adecuada atención de los pacientes, y los sistemas de información que se evaluaron a partir de los registros utilizados para recolectar la información y el uso que le dan a la misma (procesamiento y análisis).
- **Evaluación de los procesos.** Información sobre fluogramas de atención, tiempos de espera, sistemas de referencia de pacientes, diligenciamiento de historias y existencia de protocolos de manejo.
- **Evaluación de los resultados.** Datos sobre oportunidad, utilización, gastos de atención y productividad, al ser considerados estos como las variables que permiten evaluar cuantitativamente los resultados del servicio.
- **Evaluación de satisfacción.** El modelo DOPRI plantea la evaluación del impacto que debe incluir la utilización de perfiles epidemiológicos de morbilidad y mortalidad, con los que lamentablemente no sólo no se cuenta, sino que además no tienen relación directa con los servicios evaluados. Por tal razón, se tuvo en cuenta para este estudio básicamente lo que tiene que ver con la satisfacción de usuarios y la satisfacción de los proveedores internos del

servicio. Para ambos casos se utilizó una encuesta de satisfacción. Bajo estos lineamientos, se elaboró para cada una de las profesiones evaluadas sus propias plantillas de valoración con el fin de reunir en ellas los factores determinantes de cada indicador, de acuerdo con la realidad de su quehacer, y teniendo en cuenta las particularidades de cada servicio con la diferenciación requerida para cada nivel de complejidad.

Para cada categoría se obtuvo una plantilla general, que resultó del diligenciamiento de los instructivos con sus respectivas guías de aplicación, que cuentan con la descripción clara y específica de cada uno de los criterios y requisitos para asignar la calificación: 4 corresponde a óptimo, 3 a satisfactorio, 2 insatisfactorio, 1 precario y 0 ausencia. Estas valoraciones se traducen en la plantilla global de evaluación general y en los mapas de calidad para cada servicio. Así, la estructura de las plantillas se divide en 4 columnas, tal como aparece en el Cuadro 1.

Cuadro 1
Plantilla para la evaluación global de la calidad de la atención en salud desde el modelo DOPRI

Categorías	Calificación (1 a 4)	Ponderación	Calificación ponderada
Contexto	0.10		
Demanda	0.15		
Oferta	0.20		
Procesos	0.20		
Resultados	0.20		
Satisfacción	0.15		
Calificación global de la calidad en la atención	1.00		

La adecuación de cada uno de los puntos y criterios de evaluación se basó en la metodología de grupos de expertos a partir de las características propias de cada profesión objeto de evaluación y utilizando referentes de experiencias similares. El valor de la ponderación se definió teniendo en

cuenta la relevancia de cada aspecto dentro del concepto de la calidad en la atención, y a partir de las ponderaciones que propone el modelo DOPRI.

La interpretación de los resultados se llevó a cabo desde la siguiente escala:

Calidad óptima	3.01-4.00	Franja Azul
Calidad satisfactoria	2.01-3.00	Franja verde
Calidad insuficiente	1.01-2.00	Franja naranja
Calidad precaria	0.01-1.00	Franja roja
Ausencia del servicio	0.00	

Los resultados hasta aquí obtenidos se trasladaron a mapas de calidad que permiten visualizar mejor la situación y proponer sobre ellos el seguimiento posterior de los avances o retrocesos en el tiempo a partir de la implementación de las acciones correctivas o de los planes de acción para el mejoramiento continuo. Este procedimiento se hizo para cada uno de los seis aspectos evaluados (contexto, demanda, oferta, procesos, resultados y satisfacción) así como para los resultados globales.

Matriz DOFA. Con el análisis de los resultados globales, se generaron conclusiones sobre la situación de la calidad de la atención de cada uno de los servicios objeto de evaluación, que fueron el sustrato para la realización de la matriz DOFA. Las calificaciones satisfactoria y óptima se interpretaron como oportunidad o fortaleza y calificaciones insuficiente y precaria se interpretaron como debilidad o amenaza.

Con el equipo interdisciplinario, se retomaron las conclusiones generadas del análisis DOPRI, para realizar la matriz DOFA, utilizando las siguientes herramientas:

Hoja de trabajo. Enumeración de las oportunidades y amenazas, al igual que de las debilidades y fortalezas encontradas en el servicio, según la estructura, los procesos y los resultados.

Matriz de influencia. Análisis la

influencia de cada uno de los factores internos y externos estudiados.

Matriz DOFA. Definición de estrategias. Definición de estrategias FO, FA, DA, DO para con ello, formular las recomendaciones respectivas para cada servicio.

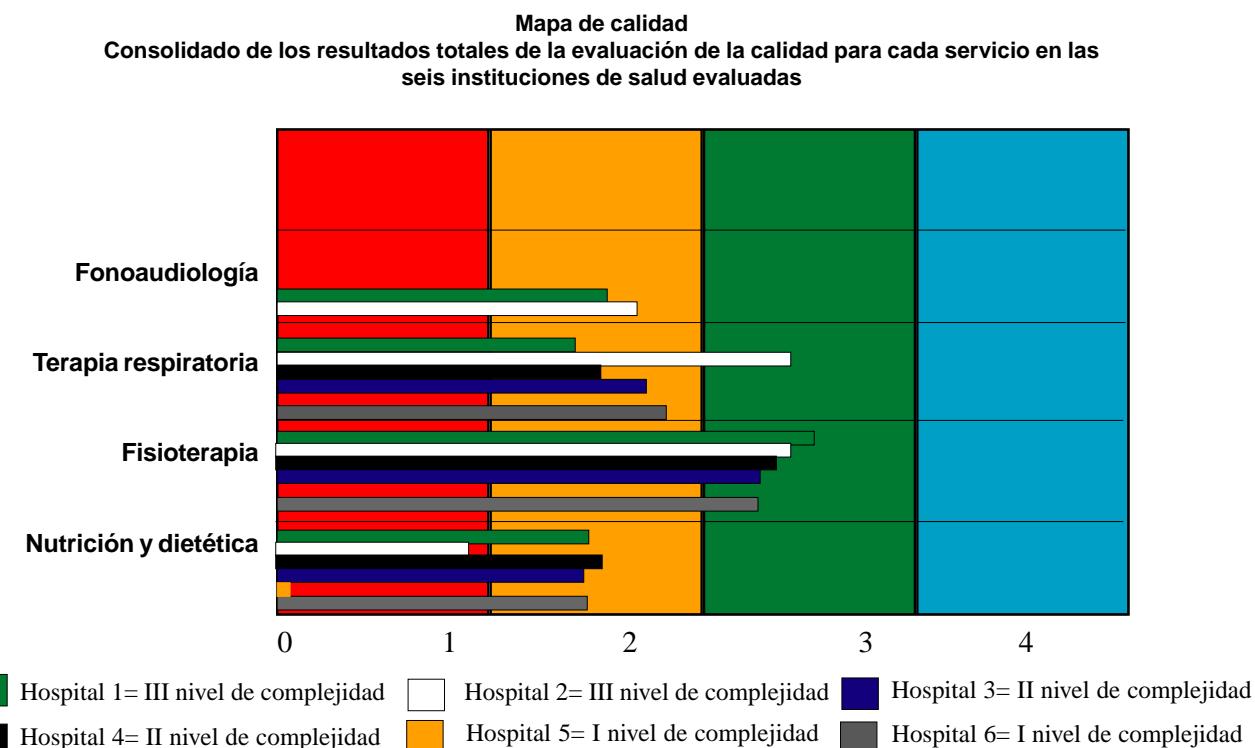
RESULTADOS

Los resultados obtenidos reflejan una situación preocupante en cuanto a la organización y funcionamiento de los servicios evaluados, y más aún de la situación de las profesiones comprometidas, que atraviesan hoy más que en cualquier otro momento, un desconocimiento de la importancia de su quehacer, que supone en los hospitales una priorización de los servicios de intervención directa por encima de los de apoyo terapéutico.

Para los servicios de nutrición y dietética la valoración general obtenida es insatisfactoria y obedece a fallas en las seis categorías del análisis, pero sobre todo en la estructura y en los procesos. Solo uno de los hospitales evaluados cuenta con un servicio establecido, otro funciona con un profesional vinculado medio tiempo, tres con actividades desarrolladas exclusivamente por practicantes y en una institución no existe el servicio y no hay vínculo de tipo docente asistencial que permita desarrollar las actividades que le competen.

Las seis instituciones evaluadas cuentan con servicio de fisioterapia, con una valoración general de la calidad de la atención satisfactoria, encontrando como principales fortalezas la satisfacción de los usuarios y profesionales frente al servicio, y serias dificultades y fallas en la organización de los procesos, con incidencia directa sobre los resultados del servicio.

Todas las instituciones de salud



incluidas en el estudio muestran deficiencias con respecto al servicio de terapia respiratoria, específicamente en las categorías de contexto, oferta y procesos, con una valoración general de calidad insatisfactoria. Sólo una de ellas cuenta con el profesional terapeuta respiratorio; en las cinco restantes, la prestación del servicio se da a través de los convenios docente asistenciales.

Cuatro de los seis hospitales carecen de servicio de fonoaudiología; los dos restantes prestan el servicio a través de practicantes de la carrera de fonoaudiología, y en uno de ellos con el apoyo de un profesional de medio tiempo. La valoración general para este servicio fue precaria, con serias fallas en las seis categorías evaluadas.

Los dos hospitales del primer nivel de complejidad incluidos en el estudio mostraron las valoraciones más bajas pues sólo en uno de ellos

fue posible encontrar un profesional vinculado a la institución, responsable de uno de los cuatro servicios evaluados; las pocas actividades desarrolladas alrededor de los demás son cubiertas por practicantes en diferentes momentos y sin continuidad.

DISCUSIÓN

La evaluación del contexto debe ser entendida no sólo como una manera de conocer el hoy, sino más bien de poder establecer la forma cómo el entorno puede afectar al servicio. Bajo este referente, se observó desarticulación en el contexto institucional, no sólo por el desconocimiento que los hospitales hacen de los servicios evaluados, sino también el que los mismos servicios tienen de lo que a nivel de legislación, políticas, planes y programas tiene la organización y el sector. Esto definitivamente los limita en su capacidad de adaptación para res-

ponder a las demandas del medio (entendido éste no sólo como el medio externo sino como el entorno institucional). Esto se ve reflejado en las valoraciones poco satisfactorias obtenidas en este criterio por la mayoría de los servicios en los seis hospitales estudiados.

Existe una simetría básica que liga el proceso al resultado, no sólo desde las propiedades de ambos sino desde los atributos menos básicos de la manera cómo se emplean en la evaluación de la calidad. Así, resulta llamativo encontrar las grandes deficiencias en la organización de los procesos más que en la oferta, con valores no tan precarios o insuficientes. Esto puede estar dado por la delegación que hacen los hospitales a las universidades para que a través de sus estudiantes practicantes asuman la responsabilidad de la prestación del servicio; así, la organización misma de los procesos responde a dinámicas

académicas propuestas por los docentes asesores y dentro de los programas de formación, más que a políticas institucionales y dinámicas organizativas propias.

Partiendo de que “...el resultado real de los servicios sanitarios es su efecto sobre la cantidad y calidad de vida: el estar y el bienestar... sumado a la satisfacción del paciente...”⁴, difícilmente es posible afirmar que se cuenta con información exacta sobre los resultados de atención en los servicios evaluados. Sin embargo, los puntajes muestran, para el caso de los indicadores de resultados (oportunidad, utilización, productividad y gastos de atención), niveles que sin ser satisfactorios ni óptimos, muestran valores por encima de los esperados si se consideran las insuficientes condiciones identificadas en la oferta y los procesos en los servicios. Para el caso de la satisfacción, igual resultan llamativas las valoraciones dadas (obtenidas a través de las encuestas de satisfacción) cuando la limitante fundamental está dada en la ausencia de profesionales encargados de la prestación de los servicios.

Con todo lo anterior, es posible suponer que los convenios docente asistenciales cobran cada vez mayor importancia para las instituciones de salud, porque se han convertido en una alternativa económica para ofrecer los servicios de salud como los valorados en el estudio. Es a través de ellos que los hospitales, principalmente en el nivel I de complejidad, pueden ofrecerlos a la comu-

nidad. Esto tiene una connotación bastante delicada frente al compromiso con la *calidad y la ética*, pues si bien no se debe partir del supuesto de la baja competencia de los estudiantes, si es posible concluir que en salud, la responsabilidad frente a las decisiones terapéuticas en el manejo de un paciente pueden causar mayores perjuicios que en cualquier otra área.

Frente a la metodología utilizada, se reconoce como su principal beneficio la amplitud en la mirada de la evaluación, pues involucra de manera organizada diversas variables de análisis que permiten ampliar la visión de la situación de la calidad en la atención en un servicio específico. En ella, se proponen diferentes enfoques y herramientas para alcanzar los objetivos, pero hay limitantes alrededor de su validez, innovación, costo, oportunidad, factibilidad y valores éticos⁵ que aún no hacen posible hablar del modelo “ideal” que garantice la obtención *objetiva* de los resultados y aporte todos los elementos para su fácil implementación y adopción por parte de las instituciones de salud.

Como parte de estas limitantes se encuentran, entre otros, los sistemas de información inadecuados, inopportunos y desactualizados de los cuales no es posible extraer datos reales que se puedan considerar como indicadores confiables del estado de salud, y más aún cuando se habla de servicios de salud de apoyo terapéutico en los que además, difícilmente se cuenta con la documentación acerca de los

aspectos técnicos para el manejo de la atención.

Por último, es importante hacer énfasis en que para cumplir con los objetivos de cada uno de los servicios de salud, se requiere que las instituciones permitan y faciliten su desarrollo, pero igualmente, que quienes los lideran, hagan ver la importancia del crecimiento en todas sus áreas, estén atentos a las oportunidades, se informen de los cambios externos e impulsen la transformación interna; además, se debe trazar la filosofía de trabajo, los objetivos y las políticas que vayan respondiendo a las necesidades de cambio, y determinar las funciones y procedimientos que se deben realizar para lograrlo. Todo lo anterior, exige la acción decidida no sólo de quienes dirigen y orientan la prestación de los servicios de salud, sino además de quienes lideran la formación del talento humano responsable de la misma.

REFERENCIAS

1. República de Colombia. Ministerio de Salud. *Reforma al sistema de seguridad social integral*. Ley 100 de 1993. Preámbulo.
2. Galán M, Malagón L, Pontón I. *Auditoría en salud*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1997.
3. Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 1993.
4. Arredondo LG. *Planeación estratégica en hospitales*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1996.
5. Donabedian A. *La calidad en la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.