

# TRADUCCIONES

49

DEFINICION, MEDICION y EVALUACION  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

Markay Kerr  
Don J. Trantow



DEFINICION, MEDICION Y EVALUACION DE LA CALIDAD  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD

---

Markay Kerr, Don J. Trantow

*Traducido de: Kerr, Markay; Trantow, Don J. Defining Measuring, and Assessing the Quality of Health Services. (En: Public Health Reports, v. 84, n° 5, 415-424, May 1969)*

DEFINICIÓN, MEDICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD  
DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*Markay Kerr and Don J. Trantow*

Los investigadores que intentan medir la calidad de los servicios de salud han identificado crecientes complejidades relacionadas con la provisión de los mismos, y algunos sostienen que ellas impiden establecer una medida eficaz para evaluar la calidad. Entre estas complejidades figuran, por ejemplo, las diferentes organizaciones a través de las cuales se proveen los servicios, los distintos esquemas de financiación de éstos, el amplio espectro de enfermedades y afecciones que requieren una serie de servicios adecuados para su atención y la multiplicidad de actividades gubernamentales y no gubernamentales complementarias, competitivas, superpuestas o, en algunos casos redundantes, relacionadas con el planeamiento de la organización y prestación de los servicios de salud.

Esta complejidad misma de los servicios de salud obliga a desarrollar nuevos métodos para evaluar su calidad. La clave de la evaluación consiste en identificar la repercusión de los servicios en la salud de la población a la cual sirven y comparar los resultados reales con los deseados, de acuerdo con metas establecidas. A fin de examinar este enfoque en detalle es preciso definir tanto los servicios de salud como la salud misma. Los servi-

2.

cios de salud son todos aquellos que prestan personalmente los médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios, clínicas, que realiza visitas a domicilio o en cualquier otro lugar a los efectos de conservar o restablecer la salud. Estos servicios se dividen en dos categorías: (a) los preventivos, destinados a mantener la salud del individuo, y (b) los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados.

En el examen que haremos se definirá a la salud como la ausencia de enfermedad, malestar o lesión. Aunque dentro de los términos de esta definición simplificada, la salud positiva y el bienestar no son mensurables, sostenemos que es posible medir el impacto de los servicios de salud, en función de la ausencia de enfermedad o lesión. El propósito de los aludidos servicios es prevenir la enfermedad o lesión, o al menos influir sobre ellas.

Si consideramos la evaluación desde la perspectiva del impacto, queda de manifiesto que el individuo es un foco apropiado para la medición. Los servicios existen solamente para afectar la salud del individuo, suprema variable en todo el proceso y denominador común en los cálculos últimos de la calidad de los servicios de salud.

La singularidad del individuo es especialmente notable cuando se examinan los múltiples y variables factores que inter-

vienen en el proceso. Por ejemplo, los servicios de salud se proveen a través de diversos acuerdos administrativos y organizacionales, y con recursos que varían desde complejos centros médicos, modernos y costosos hasta anticuadas clínicas dotadas de equipos mínimos. Los equipos oscilan desde instrumentos básicos de poco costo hasta complicados dispositivos que son producto del avance tecnológico alcanzado a través de la investigación. Los servicios son provistos por diferentes tipos de profesionales de salud y trabajadores semiespecializados. Son muchos los mecanismos de financiación y pago que se utilizan para comprar y abonar los servicios de salud que tienen diversa naturaleza, y con alcances muy disímiles. Sin embargo, con todas las variables que hay que tener en cuenta en la ecuación a fin de estimar la calidad de los servicios, la única constante es la salud del individuo como objetivo final de todos ellos.

El impacto de los servicios curativos y de rehabilitación puede ser medido considerando que el individuo mejore o empeore, o que su salud no cambie. El resultado de los servicios preventivos puede demostrarse según que el individuo esté afectado por más o menos enfermedad, o incapacitado por más o menos lesiones que las que se consideran justificadas de acuerdo con la evaluación de los antecedentes de enfermedad, que muestran, a través del tiempo, el grado en el cual su grupo de población está expues

4.

to a las modificaciones de su estado de salud.

### Necesidad de Medición

Aunque la necesidad de estar en condiciones de medir la calidad de los servicios de salud quizás sea evidente para los planificadores de la organización y prestación, de los servicios nos parece apropiado describir el centro principal de esa necesidad. Las actuales restricciones presupuestarias y la demanda creciente de una óptima atención de salud para toda la población requieren nuevos métodos que permitan medir y evaluar el impacto de los servicios sobre la salud de nuestro pueblo.

Los planificadores y formuladores de políticas responsables del establecimiento de metas de salud nacionales pueden fijar objetivos realistas y apropiados solamente si tienen la información que les permita asignar prioridades a los programas sobre la base de su repercusión en la salud de la población. Las evaluaciones de programas, que se caracterizaron durante mucho tiempo por determinaciones cuantitativas que se basaban en recopilaciones estadísticas de distintos insumos (cantidad de dólares, programas de adiestramiento, camas de hospitales, subvenciones para investigación, etc.) pueden medir en forma más realista los progresos hacia las metas establecidas si los evaluadores utilizan medidas de resultado que muestren la calidad y el impacto de los ser-

vicios de salud.

Establecer metas, evaluar logros, y modificar y redefinir objetivos son actividades que requieren el conocimiento de las necesidades de la población, el grado en que los programas corresponden a esas necesidades e información sobre los efectos de los servicios de salud. No sólo los planificadores de salud requieren esos datos, si han de fijar metas apropiadas y medir el adelanto logrado, sino que también son deseables para disponer óptimos servicios de salud que respondan a las necesidades individuales objetivo que concierne íntimamente al individuo, pero que, como ciudadano individual, es incapaz de controlar.

Los costos actuales y los previstos para los servicios de salud constituye la razón monetaria para identificar las formas más económicas de invertir fondos en la atención de la salud, y el sentido común exige que a cambio del dinero invertido se aseguren los servicios más efectivos. En el año fiscal 1967, se gastó en Estados Unidos un total de u\$s 47,9 mil millones en atención médica y de la salud; o sea u\$s 4,6 mil millones más que en 1966. En el año fiscal 1968, los gastos se elevaron a u\$s 53,1 mil millones. La base de costo de los servicios de salud continúa aumentando espectacularmente, sin ninguna señal de disminución o al menos de nivelación.

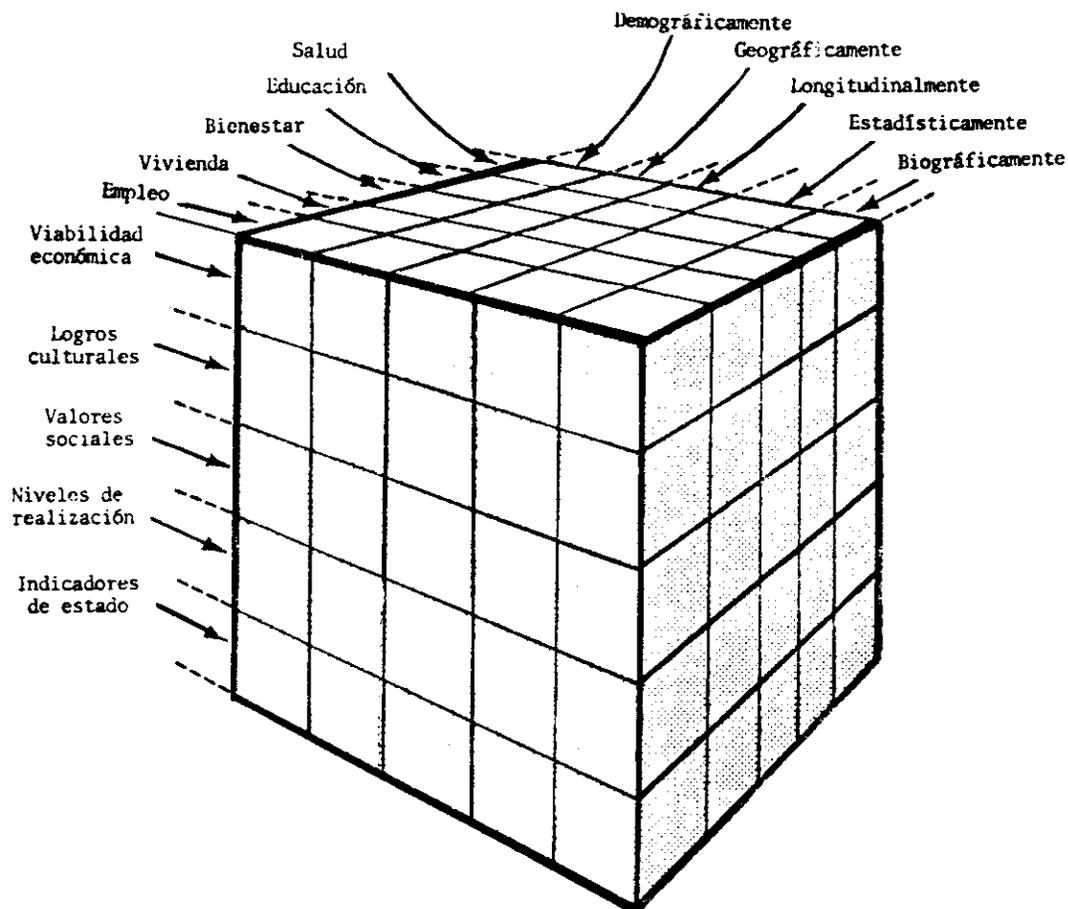
6.

### ¿Calidad de Vida de Salud o de Servicios?

Las características multidimensionales del estado de salud (de los individuos), el nivel de salud (de la nación), y los servicios de salud que se discuten actualmente en el plano superior de planeamiento de este país nos lleva a distinguir entre los atributos que, a juicio de muchos, encierran la "calidad de vida", y los atributos de "nivel o estado de salud". Además, los comparamos con los factores que forman los "servicios de salud".

Paralela al énfasis cada vez mayor que pone nuestra sociedad en los derechos del individuo es la intensa preocupación de los planificadores y formuladores de políticas de salud en lo que respecta a todo el estilo de vida del individuo. Las personas dedicadas a la tarea de la salud deben preocuparse no sólo por el número sino también por la calidad de los años de vida del individuo. Se ha intentado derivar indicadores sociales que, aparte de la salud, incluyan características del estilo individual de vida tales, como los logros educacionales y culturales, el empleo, la vivienda, etc.

La figura 1 ilustra distintas dimensiones y factores relevantes, si se intenta medir o aún definir la calidad de vida. Elijiendo un sólo segmento, el de la salud, entre aquellos que en la figura contribuyen a la calidad total de vida, se limita a un nivel manejable el motivo de interés.



*Figura 1. Dimensiones y Estratos de Algunos Factores Relevantes en lo que hace a la Calidad de Vida*

Sin embargo, hay un número de factores que inciden directamente sobre el estado individual de salud y el nivel de salud de la nación. Durante algún tiempo el nivel nacional se midió según las tasas totales de morbilidad y mortalidad. Muchos investigadores buscan medidas más positivas. Afirman que las medidas negativas usuales, -enfermedad, incapacidad, malestar, insatisfacción y muerte - no per

8.

miten identificar y medir el bienestar. Para muchos la salud significa mucho más que supervivencia o ausencia de enfermedad. Desde el punto de vista de otros, lo que caracteriza a la salud es el vigor y la vitalidad, tanto como la ausencia de molestias, enfermedades y dolencias físicas y mentales. En la figura 2 se muestran las dimensiones y los estratos de los factores del estado de salud de los individuos. Si bien la identificación y medición de todos estos factores son importantes, y deben ser estudiados, examinaremos únicamente la calidad de los servicios de salud.

La Figura 3 muestra los aspectos multidimensionales de los servicios de salud. El diagrama de los componentes representativos reafirma que el individuo es el centro más apropiado y significativo para medir la calidad de esos servicios.

Dentro de este contexto, se considera a la "calidad" una combinación de la cantidad de servicios, tipos de recursos utilizados, oportunidad de provisión y arreglos organizacionales de prestación de aquéllos, etc. Puesto que a cada componente se le puede atribuir un cierto nivel de calidad, y dado que se puede esperar que cada uno de ellos contribuya en algo al impacto final que los servicios tienen sobre la salud del individuo, es apropiado englobar a todos en una medida de calidad. Esta visión global no niega la importancia de evaluar cada componente de los servicios; sólo a través de esta ac-

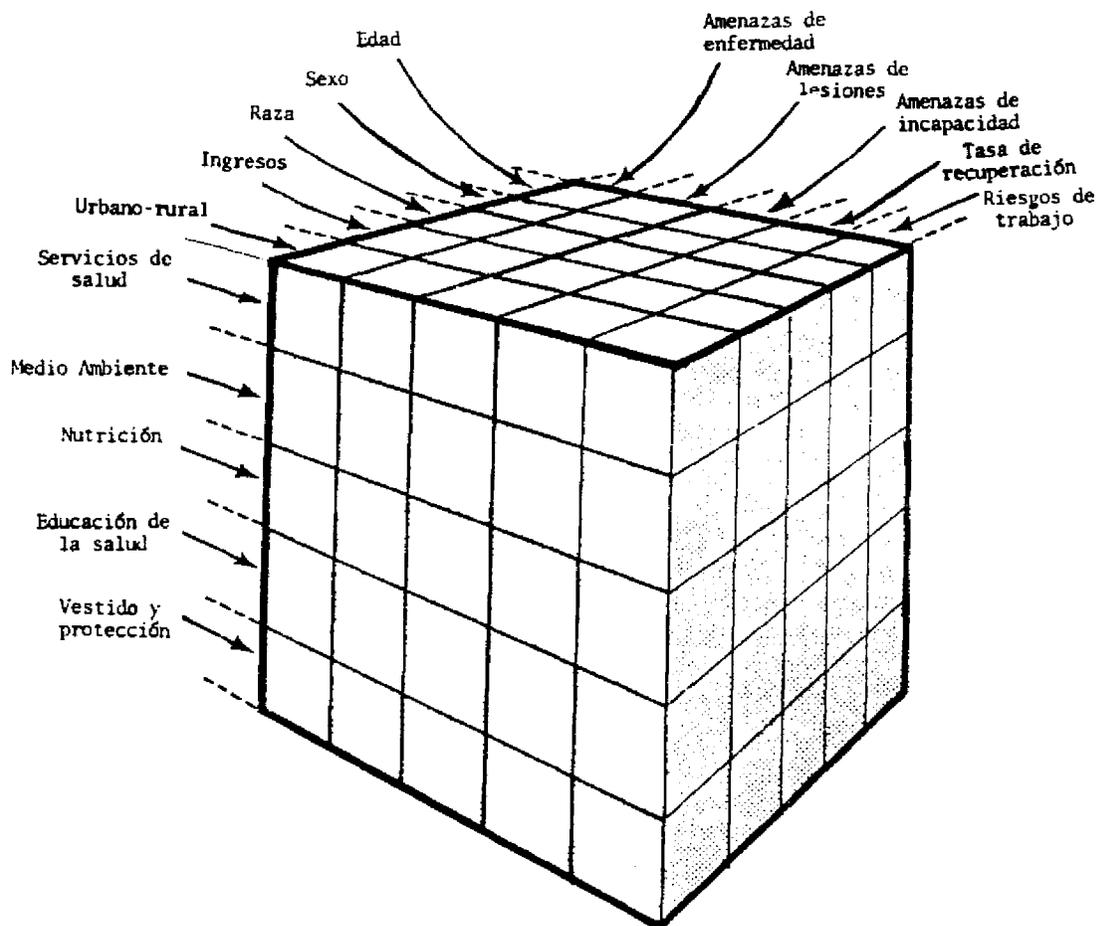
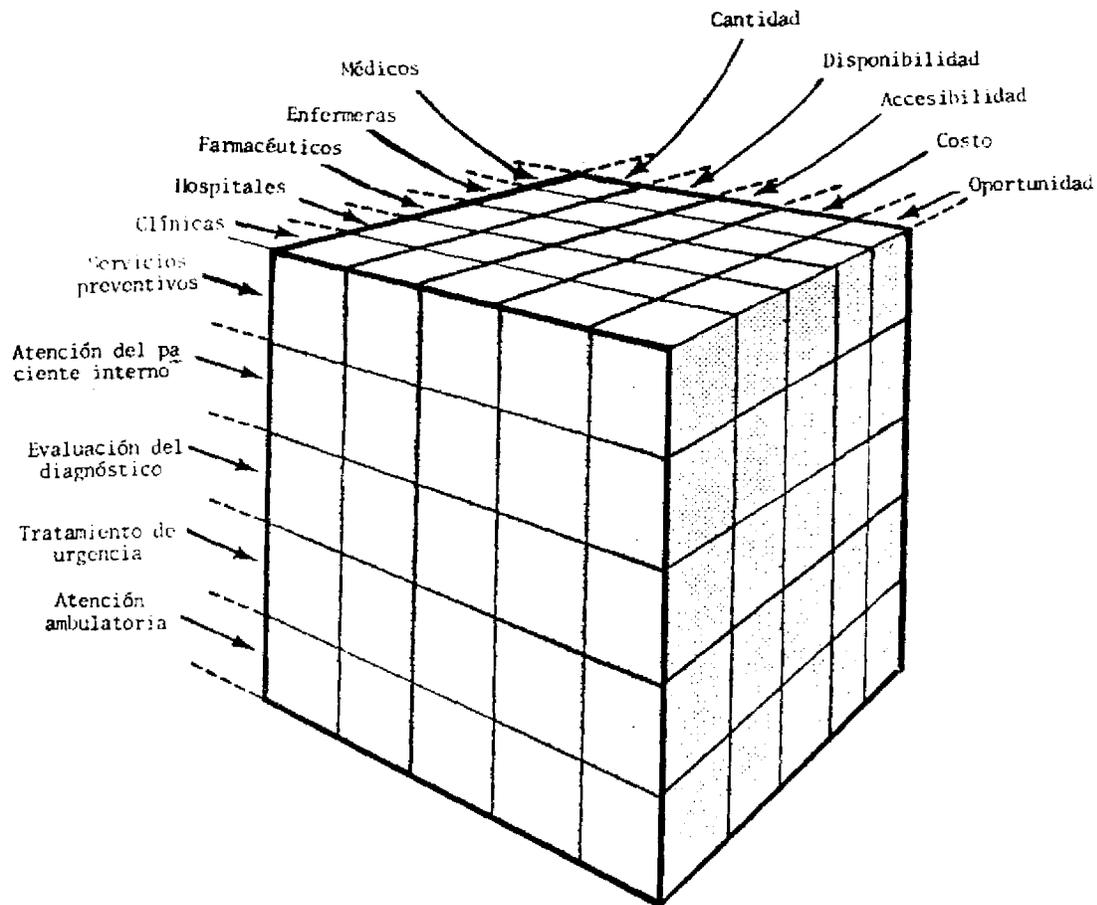


Figura 2. Dimensiones y estratos de algunos factores relevantes respecto de la calidad o el nivel de salud del individuo.

tividad se pueden identificar los componentes dignos de emulación, o que necesitan modificarse.

Aunque consideramos que la repercusión en la salud del individuo es



*Figura 3. Dimensiones y Estratos de Algunos Factores Relevantes para la Calidad de los Servicios de Salud*

la clave para la medición, el hecho de evaluar la calidad de los servicios va más allá y abarca el estado de salud total del individuo. Cuando colocamos el estado de salud por encima de los servicios, vemos bajo una luz un tanto distinta los problemas de evaluación de la calidad. Considerados desde la perspectiva de diferentes niveles de prioridad, el mantenimiento y el restableci-

miento de la salud pueden estudiarse dentro de un marco de factores más amplios y significativos que los meros acontecimientos que tienen lugar en el momento de prestar los servicios de salud. Este punto de vista exige que examinemos aspectos que no son los atributos de calidad combinados a los que nos referimos previamente (cantidad, tipos de recursos utilizados, arreglos organizacionales a través de los cuales se proveen los servicios, etc.). Entre estos aspectos figuran - aunque no de modo excluyente - la adecuación, disponibilidad, accesibilidad, y aceptabilidad de los recursos de servicios de salud; el costo de éstos; la capacidad de respuesta del sistema en su totalidad para proveer esos servicios y otros, tal como está organizado.

A fin de facilitar el estudio de la calidad de los servicios de salud desde esta perspectiva, el evaluador debe primero admitir que una meta alcanzable, cuando se planea la organización y prestación de los mismos, es un sistema que dentro de ciertos límites, sea capaz de proveer todos los servicios de salud requeridos para toda la población en todo momento. Actualmente, se sostiene que el sistema de los servicios de salud es capaz de proveer casi todos los servicios requeridos a parte de la población en casi todo momento, y a casi toda la población en algún momento.

Nosotros sugerimos que la calidad de los servicios de salud puede ser medida según el grado en el cual el sistema se apro

12.

xima a la capacidad de proveer todos los servicios requeridos a toda la gente en todos los momentos, dentro de ciertos límites dictados por el cumplimiento de reglas de excelencia para prever la mala distribución y mala asignación de recursos.

Estas reglas de excelencia parten de la noción de que es deseable asegurar suficiente capacidad de recursos para proveer casi todos los servicios requeridos a la mayoría de la población con un mínimo derroche de recursos. Es menos deseable asegurar la provisión de todos los servicios requeridos a toda la población (si ello fuera posible) si se derrocha una excesiva cantidad de recursos; es decir, si los recursos humanos y los medios están ociosos mientras esperan el uso total generado sólo por catástrofes o epidemias. La excelencia del sistema también debe considerar la asignación de los recursos disponibles para que puedan responder más eficazmente a las necesidades, según el orden de prioridad de las metas de salud.

#### Cuantificación de la Calidad

Buen número de variables significativas en el sistema de los servicios de salud tienen atributos pasibles de cuantificación y medición. Pueden identificarse ciertas relaciones entre estas variables, y en la medida en que ellas puedan cuantificarse, será factible derivar una medición de la calidad de los servicios

de salud. Esta medición se basa en la hipótesis de que la calidad de los servicios de salud puede evaluarse averiguando las relaciones entre el potencial de una población dada para utilizar servicios, la capacidad del sistema para responder, y el impacto producido en la salud de la población por los servicios que prestan dicha atención.

Si bien el plan general trata de asegurar la calidad del estilo de vida del individuo dentro de su medio ambiente total, y se preocupa - por los logros educacionales y culturales, la viabilidad económica, y otras finalidades sociales y materiales, nos concentraremos solamente en esa porción del plan referida a los servicios de salud actuales. No intentaremos tampoco en el otro extremo de la escala, el estudio en profundidad de la provisión de los servicios de salud de persona a persona, en lo que se ha dado en llamar nivel de control de calidad. La auditoría médica y las actividades de revisión de la utilización, entre otras, se emplean en este nivel.

La figura 4 indica las diferentes perspectivas desde las cuales se pueden considerar el planeamiento de la salud y la evaluación de la calidad. Nuestra perspectiva es la planifi

14.

cación de los servicios de salud, evaluando su calidad, con el propósito de contribuir a la planificación, mediante la medición de su capacidad para responder a las necesidades de la población.

La primera área posible de cuantificación de las variables que pueden usarse para evaluar la calidad de los servicios de salud (en ausencia de información inmediatamente utilizable sobre su impacto en la salud de la población) es definida por las características de las personas que reciben las prestaciones.

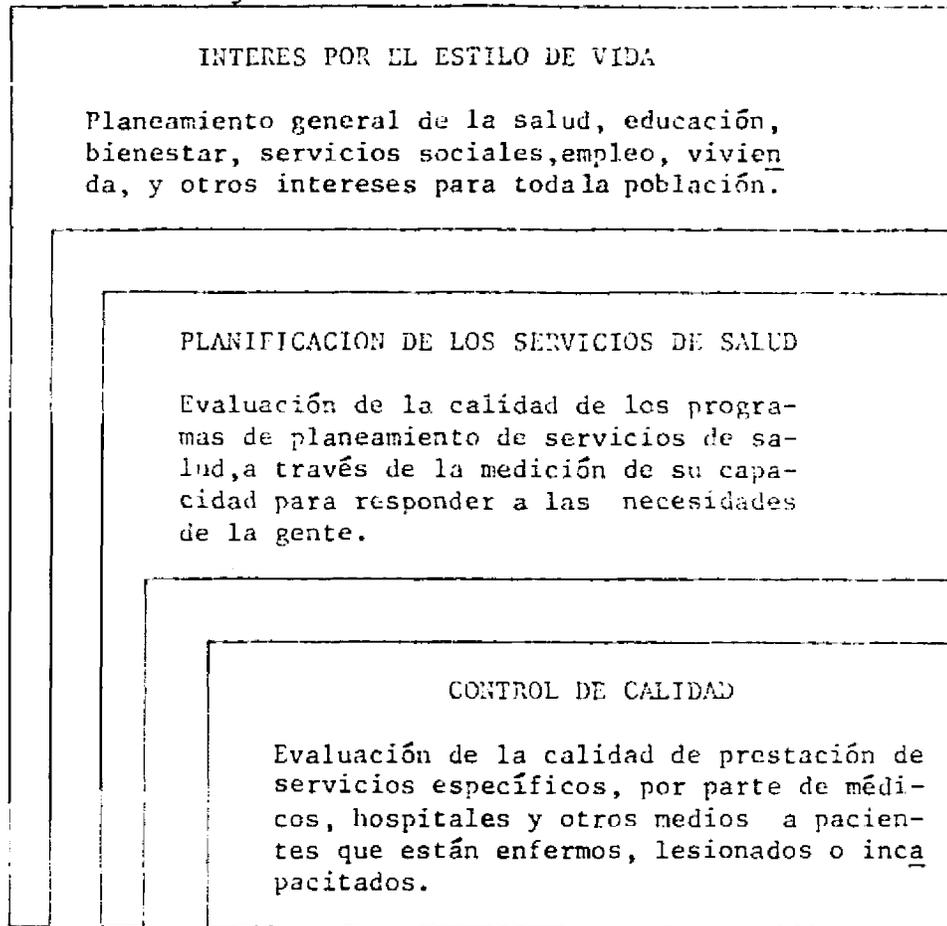
El proceso comienza mediante la agrupación de la población por regiones o áreas geográficas, y mediante la división ulterior en categorías urbanas y rurales. Otras categorías demográficas adicionales son la edad, sexo, raza, educación, ocupación, ingresos, y todos aquellos factores significativos. Analizando esta información conjuntamente con las tasas de natalidad actuales y esperadas, con las tendencias de empleo, y según el movimiento urbano-rural, puede proyectarse la caracterización demográfica de los grupos de población en años futuros.

Tales agrupamientos permitirían resolver cuál será la historia y la expectativa de enfermedad en cada categoría demográfica, sobre la base de estadísticas epidemiológicas disponibles

en la actualidad o que se planean recolectar. Un ejemplo básico de los resultados de tal correlación sería una estimación de los requerimientos de servicios de salud obstétricos basados en la información de las tasas de natalidad y el número de mujeres en edad de concebir, dentro de un grupo de población dado. La información sobre la incidencia y prevalencia de enfermedades relacionadas con la edad, sexo y otros factores puede facilitar el delimitamiento por grupos demográficos del uso potencial de los servicios de salud, permitiendo por lo tanto la estimación del volumen de los requerimientos de los servicios de salud y la predicción respecto de períodos futuros. Desde luego que tales estimaciones pueden hacerse sólo si hay suficientes datos disponibles que permitan correlacionar los datos epidemiológicos con los recursos requeridos para responder a ellos, es decir, el número y tipos de días/cama hospitalarios, las horas de médicos y enfermeras, etc., por categoría de enfermedades específicas. Una combinación de características demográficas y epidemiológicas produce el indicador primario del uso potencial.

Entre otros factores en la determinación del uso potencial se encuentra la capacidad o voluntad del individuo, o ambas cosas, para pagar los servicios de salud, y el conocimiento suficiente que le permita extraer venta

Figura 4. Tres perspectivas en la planificación de la salud y la evaluación de la calidad



ja de los programas cuyos costos tiene que afrontar. Otro factor es la percepción del individuo, o la percepción de los padres de un niño, de que éste requiere un servicio. La falta de percepción puede conducir a una falta de utilización de los servicios, seguida de complicaciones que pueden redundar en un aumento desproporcionado de uso, en fecha posterior.

Aunque las palabras se utilizan muy a menudo con un sentido intercambiable, es muy importante asignar significados precisos a "necesidad", "de

seo", "demanda" y "utilización". Necesidad es la condición (física o mental) del individuo, percibida o no, que indica la imprescindible conveniencia de usar servicios de salud para mantener o restablecer su salud. Deseo es el anhelo del individuo de usar los servicios de salud, ya sea la necesidad real o imaginaria. La demanda ocurre cuando tanto la necesidad (real o no) como el deseo están asociadas a la voluntad y capacidad de buscar y pagar los servicios, o de encontrarlos a través de programas que los proveerán sin un costo directo. La utilización surge de la combinación de necesidad, deseo, y demanda del individuo con la decisión por parte del personal del sistema de los servicios de salud sobre cuáles son los servicios que conviene al individuo debido a su estado de salud en el contacto inicial.

Al recolectar los datos relacionados con el uso potencial de los servicios de salud (demográficos, epidemiológicos, capacidad y voluntad para pagar el costo, percepción de la necesidad, etc.) se proveerá información para construir un modelo básico. Utilizando este modelo, un estudio posterior de las relaciones entre estas características suministrará los conocimientos necesarios para predecir el uso potencial de los servicios de salud, por categorías demográficas de la población.

La segunda área para cuantificar las variables que han de aplicarse en la evaluación de la calidad de los servicios de salud es la de los recursos disponibles para proveer los servicios. La cuantificación requiere no solamente un inventario completo de todos los medios y el personal de salud, sino también una evaluación de la capacidad de los recursos dentro de un área

18.

geográfica dada para responder a las necesidades de salud de sus residentes. El número y los tipos de medios, es decir, hospitales, clínicas, centros de atención, consultorios, laboratorios, casas de convalecencia, son contados y clasificados, pero debe verificarse también su capacidad de respuesta. Hay que obtener el número de camas, salas de operación, sillones dentales, aparatos de rayos X, etc.

Forman parte del inventario el número y los tipos de personal de los servicios de salud. Se necesita el número de horas que cada clase de profesional insume en la provisión de los servicios de salud, porque algunos miembros se dedican exclusivamente a la investigación antes que a los servicios de salud. Médicos, odontólogos, enfermeras, farmacéuticos, dietistas, nutricionistas, terapeutas físicos, técnicos en rayos X, y otros, deben entrar en el inventario, por área geográfica y capacidad de respuesta.

Si se establece una relación entre los recursos y el personal con la clasificación de sus actividades ello proveerá una información muy importante, especialmente cuando se la analiza a la luz de los servicios provistos, o sea, de la atención de los internados, la atención ambulatoria, los servicios preventivos, la evaluación del diagnóstico, la educación para la salud, educación familiar, tratamiento de casos agudos y de urgencia, atención en el hogar, atención extensiva de rehabilitación y del enfermo crónico, etc.

El costo para el usuario de los diversos servicios, y la capacidad y voluntad de pago del individuo revisten suma importancia cuando se trata de determinar el uso potencial y la capacidad de respuesta. Otros factores de la capacidad de respuesta incluyen la distribución geográfica y la ubicación física de los recursos, y, en algunos casos, la residencia del personal que trabaja en ellos. Otros son la cantidad y tipo de utilización, insumos que cambian constantemente y disminuyen la capacidad de respuesta en un uso adicional. Se debe establecer en forma continua esta disminución, a fin de determinar los recursos restantes disponibles.

La combinación de toda la información sobre la aptitud de los recursos de servicios de salud para responder a las demandas debería proveer los datos básicos imprescindibles para construir un modelo que será capaz de mostrar la capacidad de respuesta, en cualquier momento, que tiene un sistema de servicios de salud de un área geográfica dada.

La tercera área de cuantificación es el uso real que hace una población de los servicios de salud, clasificado por grupos demográficos, categorías epidemiológicas y tipos y cantidades de servicios empleados. A fin de determinar el uso real es menester que exista la posibilidad de manipular la información de los dos primeros modelos, junto con la que se refiere a las respuestas reales, combinándolas luego en un tercer modelo. Esta combinación proveerá los medios para llegar un poco más allá de una determinación del uso po

20.

tencial preciso de los servicios, según una categoría demográfica dada, y la capacidad de respuesta exacta de un sistema de servicios de salud dado. Usando este tercer modelo se pueden establecer comparaciones del uso real de los servicios de salud con el uso potencial, y de la respuesta real con la capacidad de respuesta. Las diferencias que surjan de dichas comparaciones pueden utilizarse para identificar los problemas que requieren atención.

#### Tareas Preliminares de Recolección de Datos

Se necesitan realizar diversas tareas preliminares de recolección de datos para obtener información de insumo para construir los modelos que han de utilizarse en el planeamiento de la organización y la prestación de los servicios de salud, y especialmente en la medición y evaluación de la calidad de esos servicios. Se han recogido ciertos datos durante períodos de tiempo variables de una u otra forma, pero falta establecer la compatibilización y la confiabilidad de estos datos, que constituyen una base necesaria para la medición y la evaluación.

*Características demográficas.* Hay que perfeccionar la clasificación de los individuos en categorías demográficas según características relacionadas con el uso potencial de los servicios de salud. Estas características incluyen edad, sexo, raza, educación, ocupación, ingresos y otras.

*Historia natural de la enfermedad y expectativas de la población.* La identificación de los tipos y la naturaleza de las enfermedades, lesiones e incapacidades deben relacionarse con la incidencia y la prevalencia de las mismas, incluyendo correlaciones por enfermedades y combinaciones de enfermedades. La relación de esta información de incidencia y prevalencia con las categorías demográficas podría permitir la estimación de riesgo futuro, coincidentemente con la predicción de la formación de tales grupos.

*Requerimientos de servicios de salud.* Se debe recolectar la información sobre los tipos y cantidades de medios y tiempo de recursos humanos requeridos para responder a las necesidades de la población cuando se enferma, se lesiona o se incapacita. Los requerimientos pueden variar de un lugar a otro, y deben referirse al área geográfica del sistema de servicio de salud bajo estudio, tanto como a las características demográficas de la población.

*Otras variables que afectan al resultado.* Hay muchas variables que no son los servicios de salud, las características demográficas o las clasificaciones epidemiológicas y que producen un impacto en la salud o en la recuperación del individuo. Las variables que afectan la salud antes o después que ocurra la enfermedad son: la nutrición, la vivienda, higiene, ocupación y o -

22.

tras. Cuando comienza la enfermedad y antes de que se reciban los servicios, son importantes las siguientes variables: capacidad de comunicación, transporte, conocimiento de la ubicación de los recursos, educación sanitaria individual y otras. Los factores que afectan la salud después que se inician los servicios y antes del restablecimiento del individuo son: su comportamiento frente a la enfermedad, el acatamiento al tratamiento indicado, la adecuación de atención en el hogar, y otras. Es importante el estudio del impacto de estas variables que afectan al resultado si esta repercusión ha de distinguirse alguna vez de la que es propia de los servicios de salud.

Además de obtener información para construir modelos, estas tareas preliminares deberían también proveer un conocimiento directo de la actividad final, la identificación precisa y la medición del impacto de los servicios de salud.

Otro importante esfuerzo preliminar es identificar y medir el impacto en la salud de los individuos ocasionado por la falta de los servicios correspondientes. En algunos casos, la ausencia de servicios puede significar solamente uno o dos días adicionales de cama en el hogar, para lograr la recuperación que, de haberse recibido servicios, hubiera sido más rápida. En otros, la carencia de servicios de salud redundaría en un impacto en la salud completamente diferente, tal como la muerte. La capacidad para categorizar las circunstancias bajo las cuales el impacto de la falta de servicios de sa-

lud es mínimo debería ayudar a asignar prioridades respecto de las necesidades de servicios de salud. Por desgracia, el diseño experimental para estudios que podrían producir esta información ha sido impedido por diversos factores; no es el menos importante la obligación moral de no negar servicios intencionalmente a los individuos, cuando se pueden proveer.

En lo que concierne a la recolección de datos y a la tarea final, es vital establecer una red de información coordinada que provea datos integrados en forma continua, con flexibilidad interna para disponer los cambios en el proceso de la provisión de servicios de salud. Debe asegurarse la compatibilización entre las redes de información nacionales, regionales, estatales y locales.

#### Comentario

Muchas agencias federales gastan miles de millones de dólares en actividades de salud. Se podrían obtener mejores beneficios si estas agencias mancomunaran los recursos a fin de evaluar la calidad de los servicios de salud, desde la perspectiva de la medición de la capacidad de respuesta para satisfacer las necesidades de la población. Asimismo, los planificadores regionales, estatales y locales extraerían beneficios mutuos en las actividades conjuntas.

Parece apropiado que los planificadores de salud federales y los formuladores de la política de salud trabajen en coordinación. No solamente la política federal afecta la organización de los convenios para proveer servicios de salud a toda la nación, sino que los servicios de salud directos dirigidos a beneficiarios federales podrían servir de excelente demostración piloto para estimular este enfoque en el sector no gubernamental.

Sin embargo, la necesidad misma de estudiar la calidad de los servicios de salud, dentro de un marco que depende del inventario de los recursos de los servicios de salud y de la identificación de los elementos demográficos, dentro de un área geográfica determinada, hace deseable que otros niveles gubernamentales que no sean los grupos federales y los no gubernamentales utilicen este enfoque. En realidad, una mejor determinación de los datos necesarios a nivel regional, estatal o local permitiría una manipulación más fácil de las variables en los modelos que describen el uso potencial y la capacidad de los recursos.

Hasta que se establezcan mecanismos adecuados de recolección de datos, no serán posibles mediciones precisas del impacto de estos servicios en la salud del individuo, sobre una base actualizada y continua. No obstante, una recolección preliminar destinada a proveer la información necesaria para medir el impacto, podría de por sí resultar una medición; es decir, la actividad mis

ma de reunir y analizar la información requerida para los modelos preliminares puede generar cambios y modificaciones. Por ejemplo, pueden identificarse aspectos del sistema que son especialmente efectivos o deficientes para una acción apropiada.

Reconocemos que la variación de los métodos y de la organización que provee los servicios de salud, las tendencias epidemiológicas, y los cambios en las características demográficas, requieren una actualización constante y una modificación del sistema que sugerimos. Así como estos cambios afectan el uso potencial de los servicios, la capacidad de respuesta del sistema y el tiempo de recursos necesarios destinados a la provisión de servicios, de la misma manera los modelos deben actualizarse a fin de reflejar nuevos insumos.

### Conclusión

Hemos analizado desde diversas perspectivas la necesidad de un nuevo enfoque de la definición, medición y evaluación de la calidad de los servicios de salud, con el propósito de una planificación de la salud y una formulación de políticas. La clave de nuestro enfoque es la determinación final del impacto de los servicios de salud en el individuo. El desarrollo preliminar de este enfoque depende de definir la calidad de los servicios de salud como una medida de la capacidad del sistema de servicios de salud para responder a las necesidades de los grupos de población

26.

Se usan como criterios las características de cantidad, disponibilidad, oportunidad, adecuación, costo, etc. Este enfoque considera que los proveedores individuales logran variables niveles de desempeño pero en nuestra hipótesis de trabajo consideramos estas variaciones equilibradas en cualquier área dada.

Se discuten tres modelos para aplicar como base de este enfoque; el primero con la finalidad de averiguar el uso potencial por grupos de población, el segundo para medir la capacidad de respuesta, y el tercero con vistas a particularizar el uso real de los servicios. En lo que concierne a este enfoque se necesita una serie de tareas preliminares de recolección de datos, paso previo a la posibilidad de medir la calidad de los servicios de salud mediante la evaluación de su impacto en la salud del individuo.

Sugerimos que, aunque parece factible aplicar este enfoque a nivel regional, estatal y local, los esfuerzos mayores deben ser emprendidos por las distintas agencias federales involucradas en el planeamiento de la salud de la nación. Tal vez surjan beneficios especiales si este enfoque es aplicado por aquellas agencias encargadas de proveer servicios de salud directos a los millones de personas beneficiarias de los programas de salud del Gobierno Federal.

## Resumen

La definición, medición, y evaluación de la calidad de los servicios de salud pueden ser estudiadas desde diferentes perspectivas. Desde la perspectiva de los planificadores de salud y de los formuladores de la política correspondiente, el enfoque de esta tarea consiste en definir la calidad de los servicios de salud como medida del grado en el cual este sistema es capaz de responder a las necesidades de los grupos de población de un área geográfica determinada. Estas necesidades se determinan averiguando el uso potencial, principalmente sobre la base de los datos demográficos y epidemiológicos que definen grupos de población.

Un supuesto de trabajo básico lo constituye el equilibrio entre las diferencias esperadas en los niveles de desempeño del proveedor individual, dentro de cualquier área geográfica dada. El reconocimiento de que entre los servicios de salud, existen variaciones en el desempeño del personal y en la capacidad de los recursos, cualquiera sea la medida utilizada, está atemperado por la previsión de que estas variaciones serán minimizadas a través del ejercicio de actividades de control de calidad tales como auditoría médica, revisión de la utilización, licenciatura, acreditación y otras. Por lo tanto, no se consideran los problemas del desempeño del proveedor individual ni la adhesión a recursos

28.

estandarizados.

Se analizan los esfuerzos previos y los actuales, a fin de examinar la calidad de los servicios de salud desde diferentes perspectivas. Se sugiere una definición de la calidad de éstos y se esbozan tres modelos para usar al comienzo de su medición y evaluación. Estos modelos se refieren a características del sistema que comprenden criterios apropiados para examinar la calidad de los servicios de salud, tales como cantidad, disponibilidad, accesibilidad, oportunidad, adecuación, costo, etc.

#### BIBLIOGRAFIA

Durante su búsqueda de literatura sobre la calidad de los servicios de salud, los autores prepararon una bibliografía comentada. Cincuenta y cinco ítems tratan de filosofía y antecedentes, cuarenta ítems tratan de actividades de desarrollo y aplicaciones de estudios. Se pueden obtener copias dirigiéndose a: Don J. Trantow, Institute for Interdisciplinary Studies of The American Rehabilitation Foundation, 1800 Chicago Avenue, Minneapolis, Minn. 55404.

PUBLICACIONES DEL CENTRO LATINOAMERICANO DE  
ADMINISTRACION MEDICA (CLAM)

BIBLIOGRAFIAS

- *Calidad de atención médica* (En: Boletín Bibliográfico, n°28, abr. 1972), 54 citas.
- *Infección hospitalaria* (En: Boletín Bibliográfico, n°37/38. en. - feb. 1973), 54 citas comentadas.
- *Investigación operativa, análisis de sistema y computación aplicados a problemas de salud.* (En: Boletín Bibliográfico, n° 40, abr. 1973), 96 citas.
- *Regionalización de los servicios de salud.* (En Boletín Bibliográfico, n° 32/33, ag.-set. 1972), 50 citas.
- *Bibliografías compiladas por el Departamento de Información y Documentación durante los años 1972-1973.* (En: Boletín Bibliográfico n° 47, nov. 1973), 254 citas. Reimpresión acumulada de las cuatro bibliografías citadas más arriba.

EXPERIENCIAS

- *El desarrollo de áreas programáticas como parte de la actividad del hospital: informe del seminario realizado en colaboración con el Hospital Municipal J. M. Ramos Mejía de la Ciudad de Buenos Aires.* Octubre 1972.

PUBLICACIONES PERIODICAS

- *Atención médica*, v. 1- , n° 1- , junio 1972-  
Trimestral
- *Boletín bibliográfico*, n° 1- , 1969-  
Mensual

- *Catálogo de publicaciones periódicas 1973.* Buenos Aires, 1973.
- *Lista de canje, n° 1-* , 1972- Irregular

TRADUCCIONES

1. Somers, A.R. Racionalización de los servicios de salud : una prioridad universal (The rationalization of health services: a universal priority). REIMPRESO
2. Stamford, R.L.; McCormick, R. C. Razones que impulsan a los médicos a abandonar la práctica primaria (Reasons physicians leave primary practice). REIMPRESO
3. Davali, W. L. Participación del consumidor en el planeamiento de la salud (Consumer participation in health planning). REIMPRESO
4. Herman, M.W. Servicios de salud para indigentes y centros vecinales de salud. (Health services for the poor and neighborhood centers).
5. Butter, T. Corriente migratoria de médicos hacia EE.UU., y desde este país hacia el exterior (The migratory flow of doctors to and from the U.S.A.), AGOTADO
6. Connely, P. B. El papel de las instituciones de atención de salud en una era de desafío comunitario (The role of health care institutions in an era of community challenge). REIMPRESO
7. Donabedian, A. Evaluación de la atención del paciente (Patient care evaluation). REIMPRESO
8. Sanzaro, P. J.; Slosberg, B. Evaluación de la atención del paciente (Patient care evaluation). REIMPRESO
9. Boulding, K.E. El concepto de necesidad de servicios de salud (The concept of need for health services). REIMPRESO
10. 11. La distribución de estos números se realizará próximamente.
12. Neuhauser, Duncan El hospital como organización matriz (The

- hospital as a matrix organization). REIMPRESO
13. La distribución de este número se realizará próximamente.
  14. *Detached Lloyd F.* Consecuencias de la intervención del gobierno en la atención de la salud (Un estudio de los efectos sociales y financieros de los programas de atención de la salud del Canadá) (The consequences of health care through government -A study of Social and Financial effects of Canada's health care programs) REIMPRESO
  15. *Flapole, Ch. P.* Análisis de sistemas e investigación administrativa de salud (Systems analysis and health administrative research). REIMPRESO
  16. *Actividades Nacionales, (Francia) la coordinación de los establecimientos de asistencia públicos y privados. (Activités Nationales: la coordination des établissements de soins publics et privés).* REIMPRESO
  17. *Samers, A. R.* Algunos elementos determinantes de la atención médica y la política de salud: un panorama de las tendencias y problemas que han de ser considerados. (Some basic determinants of medical care and health policy: an overview of trends and issues). REIMPRESO
  18. *Griffith, J. R.* Investigación sobre el cuidado progresivo del paciente: un nuevo concepto de organización hospitalaria. (Investigations into progressive patient care: a new concept of hospital organization). REIMPRESO
  19. *Stuss, F. F.* Desórdenes de la salud urbana, análisis espacial y aspectos económicos en la ubicación de centros de salud. (Urban health disorders, spatial analysis, and the economics of health facility location). REIMPRESO
  20. *Smith, W. F.* Análisis de costo-eficacia y costo-beneficio en los programas de salud pública. (Cost-effectiveness and cost-benefit analyses for public health programs). REIMPRESO
  21. *Geertsma, R. H. y Grinols, D. R.* Elección de la especialidad en medicina. (Specialty choice in medicine).
  22. *Rogers, David E.* Unidades de la salud: ¿búsqueda razonable o sueño imposible? (The unity of health: reasonable quest or impossible dream?).

49. Kerr, M.; Trantow Don J. Definición, medición y evaluación de los servicios de salud. (Defining, measuring and assessing the quality of health services).

#### EN PREPARACION

#### BIBLIOGRAFIAS

- *Unidades de cuidado intensivo.*

#### PUBLICACIONES PERIODICAS

- *Indice bibliográfico de atención médica y administración hospitalaria, N° 1, 1973.*