

TEMA 2 DIMENSIONES DE LA CALIDAD Y TENDENCIAS ACTUALES

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN

DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD

- Calidad científico-técnica
- Eficacia
- Efectividad
- Eficiencia
- Accesibilidad
- Satisfacción
- Aceptabilidad
- Adecuación
- Continuidad
- Privacidad

¿SE PUEDE SIMPLIFICAR EL ESQUEMA DE DIMENSIONES?

PUNTOS DE CONTROVERSA

- Conflicto entre calidad científico-técnica y satisfacción
- Calidad aparente/calidad real; Calidad global/calidad específica
- Calidad como algo subjetivo

¿CÓMO MEDIMOS LA CALIDAD?

- Criterios
- Estándares
- Indicadores

FUENTES DE DATOS

TIPO DE DATOS

ALCANCE ÉTICO DE LA CALIDAD

- Beneficencia
- No maleficencia
- Autonomía
- Justicia

BIBLIOGRAFÍA

INTRODUCCIÓN:

Una vez analizado los diferentes conceptos que sobre calidad existen en la literatura científica, el lector deducirá que la calidad no es un concepto único, sino que tiene diferentes dimensiones según el aspecto que se aborde en relación a la calidad de un servicio concreto.

Las principales perspectivas existentes sobre las dimensiones de la calidad pueden resumirse en la Tabla I.

Palmer	Programa Ibérico	Vuori	JCAHO
Competencia Profesional	Calidad científico-técnica. Accesibilidad Satisfacción	Calidad científico técnica	Accesibilidad
Accesibilidad		Distribución de la Asistencia/integral	Participación
Aceptabilidad/ Satisfacción		Efectividad/ Eficiencia	Efectividad
Efectividad		Continuidad/ Coordinación	Eficiencia
Eficiencia			Adecuación
			Continuidad
			Eficacia
			Oportunidad
			Privacidad
			Confidencialidad
			Seguridad
			Apoyo estructural

Tabla I Dimensiones de la calidad según diversos autores.

La clasificación más sencilla dependiendo del aspecto de la calidad que se quiera medir responde al [programa Ibérico](#) de abordaje de la calidad y abarca las siguientes dimensiones:

- Accesibilidad.
- Calidad científico-técnica.
- Satisfacción.

Es aconsejable que aquellos profesionales de la salud que vayan a comenzar en el mundo de la calidad, lo hagan teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Medir cosas concretas.
- Que afecten a una sola dimensión.
- Comenzar por la calidad científico-técnica.
- Medir cosas importantes, de mucha repercusión.
- Tener presente que se está midiendo una parte de la calidad.

DEFINICIÓN DE DIMENSIONES DE LA CALIDAD:

- **Calidad científico-técnica o competencia profesional:**
 - Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud.
 - Es la dimensión que mejor se entiende y más frecuentemente se mide, significa atender de forma científica las necesidades sanitarias.
- **Eficacia:**
 - La probabilidad de beneficio que pueda proporcionar a los individuos la aplicación de determinada tecnología en condiciones ideales de uso.
- **Efectividad:**
 - La probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales, es decir, la medida en la que una determinada práctica sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe.
- **Eficiencia:**
 - Es el máximo de efectividad al mínimo coste. Se asume que a mayor eficiencia mayor calidad.
- **Accesibilidad:**
 - La facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (**barreras**) organizacionales, económicos y culturales. En todo caso es importante saber si llega a quién la necesita y cuando la necesita. Un indicador importante en relación a la accesibilidad es la cobertura; crónicos, vacunación, número de llamadas realizadas para poder pedir cita, tiempos en ser citados para una determinada consulta, para una intervención quirúrgica, etc.
- **Satisfacción:**
 - Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario.
 - Se trata de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello.

Entre los subcomponentes que tiene la satisfacción debemos referirnos como mínimo a tres cuestiones:

- Aspectos organizativos: tiempo de espera, ambiente físico, etc.
- Efecto de la atención sobre el estado de salud.
- Trato recibido: empatía, información veraz, en términos comprensibles, etc.

Es un hecho probado que un mejor trato personal produce mayor satisfacción. Por eso la satisfacción se relaciona de forma directa con lo que se denomina el arte de la atención, es decir con conseguir establecer una comunicación efectiva con los pacientes.

- **Aceptabilidad:**
 - Es el grado de colaboración del paciente. La medida en que el paciente acepta y cumple el plan de tratamiento y los cuidados prescritos.
- **Adecuación:**
 - Es sinónimo de correcto, conveniente o necesario para el paciente. Hopking dice que atención adecuada es toda aquella que merece la pena dar, es decir, el beneficio esperado de salud es mayor que las posibles consecuencias negativas.
- **Continuidad:**
 - Que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre proveedores e instituciones. Por ejemplo que no existan vacíos, dilataciones entre los cuidados que se le dan a un paciente en Atención Especializada (hospital) y los cuidados que se deben dispensar en Atención Primaria (centros de salud).
- **Privacidad:**
 - Respeto a los derechos del paciente, controlar la distribución y difusión de los datos de su enfermedad. (**Confidencialidad**).
 - En la actualidad esta dimensión está regulada en España por la Ley General de Sanidad y por la [Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica](#).

¿SE PUEDE SIMPLIFICAR EL ESQUEMA DE DIMENSIONES?

Como hemos visto anteriormente el esquema más sencillo es el adoptado por el Programa Ibérico, el cual utiliza las mismas dimensiones que los empleados por la Dr. Palmer en su definición:

- Calidad científico-técnica o competencia profesional
- Satisfacción
- Accesibilidad

¿Qué es lo que ocurre con las dimensiones de efectividad y eficiencia, no son importantes y por eso se obvian?. La efectividad y eficiencia son atributos de

las acciones diagnósticas y terapéuticas, que los profesionales han decidido utilizar para resolver un determinado problema de salud. Depende de la competencia de profesional del proveedor haber seleccionado y ejecutado las acciones más efectivas y eficientes que convenían al problema de salud afrontado, con las limitaciones de los recursos disponibles, por tanto lo que estamos midiendo es la calidad científico-técnica.

En cuanto al resto de dimensiones debemos de decir que la dimensión adecuación es muy difícil separarla de la calidad científico-técnica. En relación con la continuidad, a la hora de medirla para mejorar la calidad hay que dividirla en los distintos componentes que la conforman. Componentes identificables en su mayoría con cuestiones que miden en realidad accesibilidad, satisfacción o competencia profesional.

Adoptar una definición de calidad de los servicios de salud, de la que podemos deducir unas dimensiones que interpretan lo que pensamos que da satisfacción a las necesidades y expectativas de la población atendida, nos confiere un marco de referencia, pero no es una herramienta de medida directa de la calidad. Son muchos los servicios diferentes que ofrece cualquier institución sanitaria y es necesario traducir estas dimensiones generales a requisitos concretos para cada servicio, problema de salud o tipo de paciente, de forma que podamos evaluar si la atención recibida es o no de calidad. Es en este nivel donde podemos cuantificar la calidad.

PUNTOS DE CONTROVERSA

La calidad es un concepto multidimensional sujeto a equívocos y controversias, las más frecuentes son:

Conflicto entre calidad científico-técnica y satisfacción del usuario:

En el proceso asistencial el paciente puede estar muy satisfecho aunque la atención recibida no sea del todo adecuada desde el punto de vista científico; también ocurre que pueden quedar descontentos aún recibiendo cuidados científicamente correcto, porque a veces ellos quieren o esperan algo que incluso puede ser perjudicial o como mínimo irrelevante o innecesario. ¿Qué es lo más importante?, en cuál de estas dos situaciones existe mayor calidad. Si llegamos a esta pregunta es que no hemos entendido en absoluto la definición de calidad. Hemos dicho que calidad es el sumatorio de sus componentes, por tanto no hay que considerar estas dimensiones como contrapuestas sino de forma conjunta, si falta alguna de ellas, la conclusión es que la calidad es mejorable.

Calidad aparente/real; Calidad global/específica:

Es una equivocación valorar la calidad por las apariencias en vez de utilizando datos objetivos. Un ejemplo de calidad aparente es la impresión que nos puede causar una mayor o menor sofisticación o cantidad de equipamiento con que cuente los centros, cuando lo importante es saber si en la provisión de

servicios concretos este equipamiento se utiliza convenientemente, es decir, la calidad real y objetiva.

De igual forma, el mito de la calidad global es a veces difícil de superar, por lo atractivo que resulta; sin embargo, es un hecho que cualquier centro ofrece una gran variedad de servicios y no hay ningún indicador que pueda resumir la calidad de todos; en cambio, lo correcto sería llevar la discusión al nivel de calidad específica de cada uno de los servicios concretos que se ofrecen. (Por ejemplo cuando hacéis las prácticas veis como en un hospital puede funcionar muy bien el servicio de maternidad, pero esto no ocurre igual con el de traumatología que tendría mucho que mejorar)

Calidad como algo subjetivo:

Una discusión clásica al definir calidad de la atención es la formulación sesgada que puede producirse según cual sea el punto de vista- usuarios, gestores, proveedores directos- que predomine en la misma. En general si se lleva estas diferencias a sus rasgos más gruesos, los profesionales aprecian en primer lugar, una atención científicamente correcta, dentro de las limitaciones de la tecnología existente, y casi siempre sesgada a la mejora de la salud de cada paciente individualizado, en cuyo interés actúan; encuentran difícil incorporar las dimensiones sociales y poblacionales, y los criterios de eficiencia en las decisiones clínicas frente al paciente individual; por el contrario, estas últimas dimensiones serían las que habrían de valorar los gestores, la administración en general, como primordiales. Los usuarios, en cambio, tienden a coincidir con los profesionales en el rechazo a considerar las limitaciones de recursos en la atención al paciente individual, y aprecian como determinantes de la calidad el trato interpersonal, la accesibilidad y los resultados concretos de mejora en su salud y bienestar a corto plazo, más que consideraciones de índole científico-técnica en sentido estricto, sobre las cuales es obvio que no tiene, en general, elementos de juicio suficientes para valorarlos. (Aunque cada vez hay más paciente que por ejemplo buscan en Internet información y ttº posibles para su problema de salud e incluso llevan esta información al personal sanitario)

Todos estos hechos, llevan a veces a concluir que la calidad es subjetiva y por lo tanto su medición va estar siempre sesgada y su conceptualización es cuestionable. Pero una vez que definimos la calidad sus dimensiones y requisitos que son los que se van a decir si está o no presente, la calidad deja de ser algo subjetivo pasa a ser algo objetivable. La calidad permanecerá como algo subjetivo e inmanejable en tanto no sea definida.

¿CÓMO MEDIMOS LA CALIDAD?

Como hemos visto hasta ahora, la calidad asistencial la vamos a medir en un servicio concreto, para un grupo de pacientes, con una patología, para un determinado grupo de población (edad, sexo etc), especificando los requisitos o características que debe poseer ese servicio, haciendo referencia o sin perder de vista las dimensiones que están incluidas en la definición de calidad, es decir, calidad científico-técnica, accesibilidad, eficiencia y satisfacción.

Herramientas para la medición:

Criterios

Este concepto hace referencia a aquellos aspectos concretos y relevantes que representan si el servicio cumple su cometido, es decir si es "apto para el uso", satisfaciendo las necesidades y expectativas de los usuarios para quienes está pensado. La ausencia o presencia de estos aspectos (criterios) la haremos equivalente a presencia o ausencia de calidad.

Para cada servicio que vayamos a evaluar podemos identificar un número más o menos extenso de criterios de calidad agrupables en cada una de las dimensiones vistas.

Estándar:

Una vez medido el nivel de presencia o ausencia de los criterios de calidad, tendremos que valorar si el nivel de cumplimiento encontrado es satisfactorio o no. Idealmente, todos los criterios de calidad deberían de estar presentes en el 100% de los casos evaluados, pero la realidad es que lo normal es establecer unos determinados niveles de cumplimientos de los criterios, que utilizaremos como referentes para separar calidad aceptable o buena, de calidad inaceptable o mala. A este determinado nivel de cumplimiento se le llama **estándar**.

Indicador:

Es un criterio especial que actúa como señal de alarma que nos ayuda a detectar posibles problemas de calidad en la atención cuando monitorizamos. El nivel de cumplimiento del indicador que separa la existencia o no de un problema de calidad suele conocerse como Umbral del indicador, se trata de un concepto paralelo al de estándar en relación con los criterios.

FUENTES DE DATOS:

Para saber en qué medida están presentes o no los criterios de calidad se necesitan datos. Estos pueden extraerse de fuentes muy diversas. Las fuentes de datos principales son:

- Observación directa
- Registros de la actividad asistencial (historia clínica, ficheros etc.)
- Encuestas y entrevistas

TIPOS DE DATOS:

En relación a los tipos de datos seguiremos el esquema propuesto por Avedis Donabedian. Este autor clasifica los tipos de datos en:

- **Estructura:** hace referencia a los datos existentes en relación a equipamientos, personal, recursos, etc.

- **Proceso:** hace referencia a las actividades que realizan los profesionales.
- **Resultados:** hace referencia a la consecuencia de lo anterior.

En relación a la validez, facilidad de obtención y sugerencias para intervenir se presentan en la tabla II.

	Validez	Facilidad de obtención	Sugerencia para intervenir
Estructura	<p>Los datos de estructura no son válidos en si mismos. Es decir, tener los materiales no garantiza que el resultado.</p> <p>Si la estructura es buena es más probable que el resultado sea de calidad.</p>	Son fáciles de obtener.	Es fácil
Procesos	Los datos de procesos son válidos siempre que estén bien elegidos. Es decir que su presencia o ausencia esté relacionado con un buen o mal resultado.	Fácil	Fácil
Resultados	Son válidos asegurando que estos datos estén en relación con que las cosas se hagan bien o mal (mortalidad, inmunidad de la población, satisfacción, etc.	Es difícil	Es difícil

TablaII. Tipo de datos y validez

EL ALCANCE ÉTICO DE LA CALIDAD:

La Calidad de los servicios de salud no sólo es un concepto complejo sino que tiene una repercusión importante en la sociedad, ya que aborda cuestiones que importan a toda la sociedad, por ello es necesario tener en cuenta o incorporar el máximo número de puntos de vista posibles.

Para que el esquema de dimensiones que hemos utilizado, tenga sentido para el máximo de personas de la sociedad, éstas dimensiones deben de incorporar valores que ya estén aceptados y que tengan un gran respaldo social.

Hay cuatro principios en el campo de la atención para la salud, que son respetados por todos y que por tanto una atención sanitaria que no los respete o cumpla no será una atención de buena calidad, del mismo modo una atención de calidad implica que estos cuatro principios sean tenidos en cuenta. Los principios a los que hacemos referencia son los de la bioética:

- Beneficencia
- la no maleficencia
- la autonomía y
- la justicia

Beneficencia:

No es la cara opuesta de la no maleficencia, es un principio ético que obliga no sólo a no hacer el mal sino hacer el bien. Se acepta en general que el principio de no hacer mal es más primario que el hacer el bien, y que no puede hacerse el mal a otra persona aunque ella nos lo solicite, pero que no se puede hacer el bien en contra de su voluntad.

No maleficencia:

Este principio obliga a no hacer nada que no pueda ser más que perjudicial para el paciente o en el que la razón riesgo/beneficio no sea adecuada. Sus contenidos vienen definidos por los criterios de indicación, de no indicación, de contraindicaciones. Esto pone de manifiesto que es un principio temporal, no absoluto sino que hay que definirlo en cada momento, de acuerdo, entre otras cosas, con el desarrollo de la ciencia. En resumen la no maleficencia hace referencia evitar riesgos en la atención sanitaria.

Autonomía:

“yo tengo derecho a elegir”

La Autonomía hace referencia a la capacidad de tomar decisiones y de gestionar el propio cuerpo, y por tanto la vida y la muerte, por parte de los seres humanos.

Valoración de la capacidad del individuo tanto si decide una opción que consideramos razonable como si no. Por tanto una atención de calidad será

aquella que respeta en la medida de lo posible las preferencias del paciente haciéndolo partícipe de las decisiones que le atañen.

Justicia:

Se trata de saber cuáles son las prestaciones de asistencia sanitaria que deben estar cubiertas por igual para todos los ciudadanos, y por tanto tuteladas por el Estado. Para algunos la justicia social debe de cubrir todas las prestaciones sanitarias, y por consiguiente, satisfacer todas las necesidades de salud de la población. En el extremo opuesto se hallan quienes consideran que no hay obligaciones de justicia con quienes consideran que puedan financiarse privadamente el cuidado de salud y que por tanto la asistencia sanitaria pública tener sólo carácter subsidiario.

El principio de justicia, pues, es el que se utiliza para establecer los criterios de distribución de recursos escasos. En definitiva se trata de dar atención de forma equitativa dando más al que más necesita y sin que exista discriminación por las características personales, de enfermedad, creencia, raza, etc.

Estos cuatro principios se pueden medir y por tanto mejorar ¿cómo?:

El principio de la beneficencia se puede medir a través de la efectividad de la atención, y el de la no maleficencia con la medición de los riesgos de cualquier intervención. Si lo llevamos a nuestro esquema de dimensiones se trataría de garantizar que se cumpla en la atención la **calidad científico-técnica**.

La autonomía del paciente viene en gran parte porque se hayan respetado sus preferencias. Dado que la autonomía está muy relacionada con la información que recibe el paciente y con la relación que ha tenido con el personal sanitario, podremos medirla, midiendo la **satisfacción** de los pacientes con estas cuestiones.

Por último la justicia se mide por la **accesibilidad**. Otra forma de medirla es a partir del coste, a igualdad de efectividad lo más justo es siempre lo más barato, en este caso estamos haciendo referencia a la **eficiencia**.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Balderas Pedrero, ML. Administración de los servicios de enfermería. México: McGraw Hill, 2005.
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Méjico: La Prensa Mexicana, 1984.
3. Donabedian A. Responsabilidades institucionales en la garantía de calidad. Centro de documentación sanitaria. Informativo de control de calidad. 1990; 6: 15-26.
4. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfacion: Important general considerations. BMJ 1992; 302: 887-8.

5. Gracia D, Júdez J et al. Bioética para clínicos: una necesidad, una iniciativa, una propuesta. En *Med Clin (Barc)* 2001; 117:16-17.
6. Hugh, K. Gestión total de la calidad en la sanidad. Barcelona: S.G. Fundación Avedis Donabedian, 1994; 17-29.
7. Humet, C. Calidad, ética y coste. *Calidad asistencial* 1994; 1: 6-7.
8. Ignacio E, Córdoba JA, Serrano A, Figueroa E, Moreno J, Arriaga E, Ignacio JM, Gallego C, Mompó E, Rodríguez-Cornejo MJ. La Calidad aplicada al campo de la Enfermería. Cádiz: Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería, 1997.
9. Irwin, P, Fordham, J. Evaluating the Quality of care. USA: Churchill Livingstone, 1995; 9-19.
10. Juran, JM. Juran y la planificación para la calidad. Madrid: Díaz de Santos, Madrid. 1990; 1-13.
11. Kahn, J. Gestión de calidad de los centros sanitarios. Barcelona: Editorial S.G. 1990; 42-45.
12. Ley general de sanidad. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo. Secretaría general técnica, 1991.
13. Lorenzo Martínez S, Mira Solves J, Ignacio García E. Gestión de la Calidad. En: Ayuso Murillo D, Grande Sellera R. et al. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones. Madrid: Díaz de Santos, 2006; 527-553.
14. Millares, JL, Ruiz, J. La paradoja de "cliente" en los servicios sanitarios. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 418-419.
15. Palmer, RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989; 17-20.
16. Rosander, AC. La búsqueda de la calidad en los servicios. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
17. Saturno PJ, Quintana O, Varo J et al. Tratado de Calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma, 1997.
18. Saturno, PJ. La definición de la calidad de la atención. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 7-31.
19. Temes, JL. Los profesionales sanitarios, presente y futuro. *Todo hospital* 1989; 56: 18-21.
20. Udaondo, M. Gestión de calidad. Madrid: Díaz de Santos, 1992; 1-63.
21. Varo, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos, 1993; 3-29.
22. Vuori H. Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología. Barcelona: Masson SG, 1989; 37-61.
23. Vuori, H. Introducción a la calidad. En: Marquet, R. Garantía de calidad en atención primaria de salud. Monografías clínicas en Atención Primaria. Barcelona: Doyma, 1993; 1-6.