

ARTÍCULOS ORIGINALES

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Evaluation of Care Quality in Primary Health Care Centers

Fernanda Arrondo Costanzo¹, Santiago Barragán¹, Graciela Etchegoyen¹, José María Paganini²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La calidad de la atención como política sanitaria es considerada una estrategia para el logro de la equidad en salud. **OBJETIVOS:** Evaluar las características y la calidad de atención de los centros de atención primaria de la salud (CAPS). **MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal evaluativo, que involucró a 89 CAPS de las provincias de Buenos Aires y Entre Ríos, que se autoevaluaron bajo la supervisión de un equipo docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Se evaluaron 200 estándares, agrupados en las siguientes dimensiones: Conducción y gestión (CG), Recursos humanos (RH), Registros e información (RI), Actividades de organización (AO), Normas de atención (N), Actividades del equipo de salud sobre la comunidad (AC), Participación social (PS), Referencia-Contrarreferencia (RF), Planta física (PF), Recursos materiales (RM) e Insumos (I). **RESULTADOS:** Sólo el 18% de los CAPS cuentan con un equipo de salud básico. El nivel de calidad global fue de 58±14%. En cuanto a las dimensiones, el ranking fue: I 87%, RM 70%, AO 66%, AC 63%, PF 61%, CG 55%, RF 55%, N 47%, RH 43%, RI 41%, PS 32%. **CONCLUSIONES:** Estos resultados permiten establecer un diagnóstico de situación en cada CAPS para sustentar planes de mejora específicos y un diagnóstico integral para respaldar la definición de ejes estratégicos en las políticas sanitarias.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The quality of care as health policy is considered a strategy to attain health equity. **OBJECTIVES:** To evaluate the characteristics and care quality in primary health care centers (PHCC). **METHODS:** An evaluative cross-sectional study was conducted. It involved 89 PHCC from the provinces of Buenos Aires and Entre Ríos. A self-assessment of care quality was performed under supervision of an advisory team from the Faculty of Medical Sciences of the National University of La Plata. Two hundred (200) standards were evaluated according to the following dimensions: Leadership and Management (LM), Human Resources (HR), Records and Information (RI), Organization Activities (OA), Norms and Guides (NG), Community Activities (CA), Social Participation (SP), Referral system (RS), Physical plant (PP), Material resources (MR) and Supplies (S). **RESULTS:** Only 18% of PHCC have a basic health team. The overall quality level was 58±14%. In regard to the dimensions, the ranking was: S 87%, MR 70%, OA 66%, CA 63%, PP 61%, LM 55%, RS 55%, NG 47%, HR 43%, RI 41%, SP 32%. **CONCLUSIONS:** These results allow to perform a situational diagnosis of each PHCC to support specific improvement plans and a comprehensive diagnosis to define strategic priorities for health policies.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Atención - Estándares - Centros de Atención Primaria de la Salud

KEY WORDS: Care Quality - Standards - Primary Health Care Centers

¹ Cátedra de Epidemiología, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata (UNLP).

² Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud, Facultad de Ciencias Médicas, UNLP.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: UNLP

FECHA DE RECEPCIÓN: 7 de septiembre de 2015

FECHA DE ACEPTACIÓN: 18 de marzo de 2016

CORRESPONDENCIA A: Fernanda Arrondo Costanzo

Correo electrónico: fernandaarrondo@yahoo.com.ar

ReNIS N°: IS000904

INTRODUCCIÓN

Algunos economistas contemporáneos definen a las desigualdades en salud y educación como componentes intrínsecos de la pobreza, junto con el nivel de ingreso.^{1,2} Lo mismo surge de la Declaración de Alma Ata, que afirma que el sistema de salud es un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social.³

Pese a ser evidenciada por indicadores de salud pública específicos que alertan sobre su magnitud, la falta de equidad y calidad se ha naturalizado en el sector salud y en la comunidad en general. Esta preocupación atañe al sector estatal, al privado y a todos los niveles de atención.

Habida cuenta de la dimensión del problema, diversas instituciones referentes en la materia —Organización Mundial de la Salud (OMS), *Joint Commission*, ISQuas (Sociedad

Internacional para la calidad en la atención de la Salud), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Academia Nacional de Medicina (ANM), Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y algunas universidades— han priorizado su tratamiento, diseñando programas y proyectos específicos.⁴⁻⁷

Dentro de este marco, considerando que los centros de atención primaria de la salud (CAPS) son un componente fundamental para implementar la estrategia de atención primaria y el modelo del Plan Federal de Salud 2010-2016,⁸ y asumiendo que las mejoras en el área contribuyen a disminuir las inequidades en salud, el presente trabajo se propuso evaluar las características y la calidad de atención de los CAPS.

Esta evaluación se alineó con los principios de la gestión de calidad, orientados a centrar el enfoque en las necesidades y expectativas del paciente y su familia, la humanización en el trato, la integralidad en el tratamiento, el trabajo en equipo e interdisciplinario, la gestión por procesos, la mejora continua, la consolidación de los sistemas de información, la coordinación de las redes de atención, las relaciones sinérgicas entre instituciones y la toma de decisiones basada en información objetiva, entre otras características.⁹

A partir del diagnóstico de situación de cada efector, se diseñó un plan de mejora específico. Sobre la base de la agregación de los datos, se definió un diagnóstico jurisdiccional, que dio sustento a la definición de ejes estratégicos de políticas sanitarias.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal evaluativo.

Como unidad de análisis, se evaluaron 89 CAPS (77 de la provincia de Buenos Aires y 12 de Entre Ríos), los cuales fueron incorporados a un Programa de Mejora Continua de la Calidad en el marco de convenios entre la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, el Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos y seis municipios de la provincia de Buenos Aires, con el aval de OPS.

Los prestadores respondieron a dos modalidades de gestión: en Entre Ríos los CAPS están integrados al sistema de salud provincial, mientras que en la provincia de Buenos Aires, este tipo de efectores dependen de los municipios.

Las variables observadas fueron: calidad de atención y características de los CAPS.

Se definió calidad de atención como “el grado por el cual los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y éste es consistente con el conocimiento profesional actual”.¹⁰

Las dimensiones evaluadas en la calidad de atención fueron las siguientes:

- Conducción y gestión (CG): se refiere al conocimiento y diagnóstico del área programática y al diseño e implementación de programas específicos locales.
- Recursos humanos (RH): abarca el desarrollo de herramientas efectivas para la gestión de este recurso: tales como, plan de capacitación, definición de perfiles de puesto, existencia de mecanismos de evaluación, etc.

- Registros e información (RI): incluye la presencia de registros de datos y la obtención de información clara y oportuna para la toma de decisiones.

- Actividades de organización (AO): comprende el desarrollo de actividades orientadas a mejorar la organización y coordinación: reuniones, registro en minutas, difusión de cronograma de atención, gestión de turnos, etc.

- Normas de atención (N): se refiere al conocimiento, disposición, cumplimiento y su monitoreo, tanto de legislación externa como de procedimientos internos.

- Actividades del equipo de salud sobre la comunidad (AC): considera la relación del centro de salud con la población y con otras entidades barriales (actividad extramuros).

- Participación social (PS): alude a la posibilidad real de que las opiniones y necesidades de la población sean tenidas en cuenta en las decisiones.

- Referencia-Contrarreferencia (RF): se vincula a la organización de la red sanitaria, la formalización y la difusión.

- Planta física (PF): alcanza tanto la infraestructura y su mantenimiento como las condiciones ambientales, es decir, comodidades, iluminación, ventilación, ambientación, etc.

- Recursos materiales (RM): involucra la existencia de equipamiento básico de funcionamiento y su mantenimiento.

- Insumos (I): comprende la disponibilidad de medicamentos y productos médicos.

Cada una de estas dimensiones de la variable calidad de atención se operacionalizaron mediante estándares de calidad.

La evaluación de las características de los CAPS realizada a través de variables de estructura y producción incluyó: cantidad de consultorios, cantidad de metros cuadrados cubiertos, cantidad de consultas/prácticas mensuales y cantidad de personal según tipo. Se definió como equipo de salud básico, aquel que cuenta con un plantel completo de recursos humanos orientados a la resolución de los problemas altamente prevalentes y prioritarios en la atención primaria: médico generalista, enfermero profesional o licenciado en enfermería, administrativo, trabajador social o promotor de salud y odontólogo. En el caso de no contar con médico generalista, se consideró la presencia simultánea de los siguientes trabajadores: médico clínico, médico pediatra y médico obstetra-ginecólogo o licenciado en obstetricia.¹¹⁻¹²

Para obtener los datos sobre la variable calidad de atención y características de los CAPS, se recurrió a fuentes primarias.

La calidad fue medida mediante el grado de cumplimiento de estándares previamente definidos. Para ello se elaboró un instrumento de evaluación, conformado por estándares de calidad determinados a partir de las definiciones conceptuales y operacionales de cada una de las dimensiones señaladas, basadas en normas nacionales e internacionales vigentes. Esos estándares fueron incluidos en una *Guía de análisis y evaluación de primer nivel de atención*.¹³

Esta guía propone incorporar en los gestores locales de salud un instrumento metodológico que sistematice la identificación de áreas problemáticas. El diagnóstico obtenido permite formular objetivos y renovar estrategias de manera fundamentada, ágil y operativa, a fin de lograr una mejora

continua de la calidad, la equidad y la implementación de la atención primaria de la salud.

Así se busca que la toma de decisiones se sustente en información objetiva, desdibujando la intuición y arbitrariedad en el proceso decisorio y favoreciendo la negociación entre los distintos actores que conforman el sistema de salud. Además, los resultados obtenidos permiten direccionar las potenciales inversiones del sistema hacia el cumplimiento de los estándares de calidad.

Esta misma metodología ha sido extensamente validada en otros ámbitos (por ejemplo, en Cataluña, donde se diseñó e implementó un Modelo de Gestión de Seguridad de los Pacientes en la atención primaria para identificar riesgos y áreas críticas, y definir acciones de mejora).¹⁴

La validez y confiabilidad de la guía se verificó en terreno (prueba piloto) antes del desarrollo del proyecto. La aplicación del instrumento de medición fue de carácter participativo mediante la estrategia de autoevaluación, realizada por el equipo de salud del CAPS previa capacitación en el uso de la guía, aclarando que el cumplimiento de cada estándar debía estar avalado por evidencia objetiva (registros, documentos, etc.). La correlación entre los resultados de la evaluación obtenidos por el equipo de salud y por el equipo de investigación, medido a través del índice de Kappa fue de 0,82. No obstante, la autoevaluación fue acompañada de manera sistemática por los integrantes del equipo de investigación.

Gracias a la creación de grupos de trabajo para llevar adelante el proceso de autoevaluación y la definición de planes de acción comunes, se reforzó la internalización de la cultura de gestión participativa.¹⁵

Cada uno de los estándares se midió en escala cualitativa nominal dicotómica. Según su cumplimiento o incumplimiento en las diferentes unidades de análisis, se le adjudicó un SÍ/NO, que se convirtió en valor numérico (1 y 0, respectivamente).

Para resumir la información, se utilizó el programa estadístico PSPP. Se obtuvieron medidas de estadística descriptiva (tablas de frecuencias, medidas de tendencia central, de posición no central, de dispersión, en relación con el porcentaje de cumplimiento de estándares por CAPS y por dimensión de evaluación). Los gráficos y tablas se diseñaron en Excel.

En lo que respecta a las consideraciones éticas, se preservó la confidencialidad de la información. Los resultados de la evaluación de cada CAPS fueron expuestos sólo en el ámbito de los respectivos prestadores, que se incorporaron voluntariamente al proceso de autoevaluación. La información fue difundida como dato agregado de cada jurisdicción, y se mantuvo la privacidad mediante el anonimato de los CAPS.

RESULTADOS

Los CAPS incorporados al Programa de Mejora Continua de la Calidad pertenecen a las siguientes localidades: Bahía Blanca (Bahía Blanca, 34; Cabildo, 1; Cerri, 1; Ingeniero White, 3), Azul (Azul, 7; Chillar, 1), Ensenada, 6; Laprida (Laprida, 2; San Jorge, 1) Las Flores, 3; Olavarría (Olavarría, 17; Sierras Bayas, 1), Concordia, 2; Gualaguaychú, 8,

Paraná, 1; Diamante (Strobel, 1).

Se percibió un alto grado de aceptabilidad de los equipos de salud con respecto al instrumento de evaluación, al que consideraron una herramienta de gestión que incorpora homogeneidad y claridad en los lineamientos. Se identificó a cada estándar como un objetivo legítimo de ser integrado al proceso de planificación, para beneficio no sólo de la organización y los pacientes, sino también del propio profesional de salud. Esta aceptabilidad quedó evidenciada por una tasa de respuesta del 89% de los CAPS, que al cabo de un promedio de cinco meses entregaron la Guía completa, previa visita del equipo de investigación para validar los datos reportados y así disminuir el sesgo de declaración propio de la estrategia de autoevaluación. Aunque esta tasa alentadora se puede deber en parte a que la incorporación de cada localidad al Programa de Calidad fue voluntaria, se observó gran interés por parte del equipo de salud, que consideró al programa como una oportunidad de escucha y participación, lo que favoreció la cooperación.

Teniendo en cuenta la totalidad de los CAPS, la media de consultorios fue de 4,2, con un desvío estándar (DE) de 2,1: en la provincia de Buenos Aires, de 3,7 (DE 1,6); en Entre Ríos, de 6,8 (DE 2,9). Coherentemente con estos datos, se observó una mayor cantidad de metros cuadrados cubiertos en los CAPS de Entre Ríos (mediana 154,3) que en los de Buenos Aires (mediana 94,0).

El promedio de consultas médicas mensuales se presentó muy heterogéneo, con un mínimo de 32 y un máximo de 2990. En la provincia de Buenos Aires la media fue de 422 (DE 386,6) y la mediana de 262,5, mientras que Entre Ríos mostró una media de 1 033 (DE 933,9) y una mediana de 725. En cuanto a las consultas realizadas por personal profesional no médico, la media global fue de 321,7 (DE 622,8) y la mediana de 105; en Buenos Aires, de 243,8 (DE 496,5) y de 80, mientras que en Entre Ríos, de 845,7 (DE 1 054,4) y de 350, respectivamente. La media de prácticas de enfermería mensuales fue de 1 400,6 (DE 1 813,9) y la mediana, de 800: en Buenos Aires, 1 291,3 (DE 1 812,4) y 660; en Entre Ríos, 2 101,7 (DE 1 734,5) y 1 800, respectivamente.

En cuanto a la razón total de recursos humanos/consultorios, hubo una media de 3,1 (DE 1,9) y una mediana de 2,6: en Buenos Aires, 2,9 (DE 1,4) y 2,5; en Entre Ríos, 4,6 (DE 3,97) y 3, respectivamente. La composición se presenta en la Tabla 1.

En la Tabla 2 se observa el porcentaje de CAPS dotados de un equipo de salud básico, según lo definido en la sección Métodos.

El nivel de calidad global (expresado en porcentaje promedio de cumplimiento de los estándares) fue de $58 \pm 14\%$: en Entre Ríos, de $80 \pm 15\%$; en Buenos Aires, de $54 \pm 10\%$. El Gráfico 1 muestra mediana y cuartiles del porcentaje promedio de cumplimiento de estándares por provincia.

En la Tabla 3 se visualizan los resultados por dimensión de evaluación.

En cuanto a las áreas de evaluación, quedó determinado

un ranking de dimensiones según el cumplimiento: I 87%, RM 70%, AO 66%, AC 63%, PF 61%, CG 55%, RF 55%, N 47%, RH 43%, RI 41%, PS 32% (ver Gráfico 2).

Independientemente de la provincia a la que pertenece,

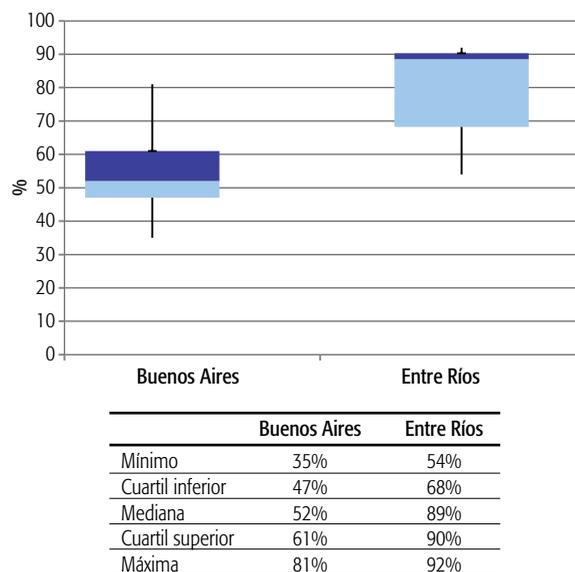
el nivel de calidad global de los CAPS dotados del equipo de salud básico es de $68 \pm 16\%$, mientras que aquellos sin ese equipo tienen un nivel de calidad global del $55 \pm 13\%$.

TABLA 1. Presencia de profesionales en los CAPS, porcentaje total y por provincia.

Recurso Humano	Total		Buenos Aires		Entre Ríos	
	Número absoluto	% sobre cantidad de CAPS	Número absoluto	% sobre cantidad de CAPS	Número absoluto	% sobre cantidad de CAPS
Médico clínico	48	54	38	49	10	83
Médico generalista	69	78	59	77	10	83
Médico pediatra	67	75	55	71	12	100
Médico obstetra-ginecólogo	57	64	45	58	12	100
Odontólogo	51	57	40	52	11	92
Psicólogo	52	58	42	55	10	83
Trabajador social	51	57	42	55	9	75
Lic. en Obstetricia	46	52	34	44	12	100
Licenciada en enfermería	32	36	29	38	3	25
Enfermera profesional	41	46	32	42	9	75
Auxiliar de enfermería	47	53	40	52	7	58
Enfermera empírica	3	3	2	3	1	8
Licenciada en enfermería o enfermera profesional	62	70	52	68	10	83
Técnico	14	16	11	14	3	25
Administrativo	49	55	37	48	12	100
Otros	63	71	52	68	11	92

Fuente: Elaboración propia

GRÁFICO 1. Distribución del porcentaje promedio de estándares cumplimentados por provincia.



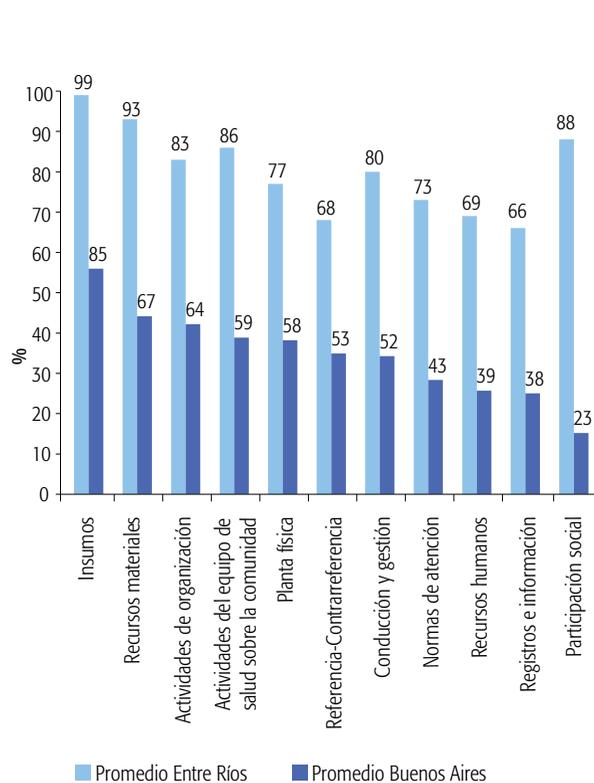
Fuente: elaboración propia

TABLA 2. Presencia de equipo de salud básico, porcentaje total y por provincia.

Total		Buenos Aires		Entre Ríos	
Número absoluto	% sobre cantidad de CAPS	Número absoluto	% sobre cantidad de CAPS	Número absoluto	% sobre cantidad de CAPS
16	18	10	13	6	50

Fuente: elaboración propia

GRÁFICO 2. Porcentaje promedio de estándares cumplimentados según dimensiones y provincias.



Fuente: elaboración propia

TABLA 3. Nivel de cumplimiento de estándares, porcentaje total y por dimensión.

	% total	% CG	% RH	% RI	% AO	% N	% AC	% PS	% RF	% PF	% RM	% I
Media	58	55	43	41	66	47	63	32	55	61	70	87
Desvío estándar	14	24	19	23	15	29	26	35	18	19	15	11
Mínimo	35	11	6	10	25	0	13	0	20	5	41	50
Máximo	92	100	88	90	92	100	100	100	100	95	1	100
Mediana	53	58	38	31	67	38	69	25	50	64	68	86

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Si se analiza la producción de los CAPS, medida a través de consultas médicas, consultas profesionales no médicas y prácticas de enfermería, llama la atención la baja productividad en relación con la planta física instalada y la razón recursos humanos/consultorios. Esto, junto con el bajo cumplimiento de los estándares referentes a RI, denota un posible subregistro.

Existe cierta coincidencia en las áreas de mayor y menor cumplimiento: las de mayor desarrollo son I, RM, AO y AC; las de menor son N, RH y RI (ver Gráfico 2 y Tabla 3).

Contrariamente a la creencia habitual sobre el desabastecimiento de los prestadores del subsector estatal en I y RM, la evaluación de estas dimensiones indicaría que no es un problema real. Esto posiblemente se debe a que su abordaje es más simple y depende principalmente de las partidas presupuestarias. En cambio, las dimensiones de menor cumplimiento requieren soluciones sistémicas e integradoras: planificación, capacitación, búsqueda de consensos, motivación, etc. Las estrategias mencionadas demandan un mayor esfuerzo de gestión con impacto a largo plazo, situación que influiría en el análisis costo-beneficio y minimizaría la profundización. Esto ocurre pese a la importancia de estas dimensiones, cuyo déficit repercute en la gestión integral de los CAPS.

Más allá de las coincidencias en esta tendencia general, se observan asimetrías al comparar ambos distritos: la provincia de Entre Ríos presenta mayor cumplimiento de estándares de calidad en términos generales y en todas las dimensiones evaluadas (ver gráficos 1 y 2).

Al analizar los factores con posible incidencia en este resultado, se observan en primer lugar diferencias en la conformación del recurso humano. En Entre Ríos, la mitad de los CAPS cuentan con equipos de salud básicos para la atención de problemas de alta prevalencia, frente a apenas un 13% de los CAPS en Buenos Aires (ver tabla 2).

Al investigar la conformación del recurso humano (Tabla 1), en Entre Ríos se visualiza una clara orientación hacia el cuidado de la salud materno-infantil: en el 100% de los CAPS trabajan médicos pediatras, gineco-obstetras y licenciadas en obstetricia. Similar situación se observa con la salud bucodental y mental.

Con respecto al sector de enfermería, en Buenos Aires el 32% (25 CAPS) no cuenta con licenciado en la materia o enfermero profesional. En Entre Ríos el 17% (2 CAPS) se encuentra en esa situación. Este déficit se cubre con la

presencia de auxiliares de enfermería (ver Tabla 1), a pesar de las políticas vigentes de reconversión/profesionalización y del potencial impacto en el cuidado integral de la salud de la persona, la familia y la comunidad.¹⁶

Otro contraste se observa en la importancia asignada a las tareas realizadas por personal administrativo, cuya presencia es un requisito fundamental para incorporar nuevas tecnologías de información y comunicación, que junto con otras estrategias ayudan a incrementar la calidad asistencial. Así, la totalidad de los CAPS de Entre Ríos cuentan con personal que cumple esas funciones, frente a apenas una mitad en Buenos Aires (ver Tabla 1).

La constitución homogénea del recurso humano de Entre Ríos, en contraposición con la más heterogénea observada en Buenos Aires, se podría explicar en parte por las diferencias en el modelo de gestión de los centros de salud (en Entre Ríos, centralizados a nivel provincial; en Buenos Aires; bajo la órbita de los municipios).

Aunque no se discuten las ventajas de la descentralización de la gestión de salud a nivel local (por ejemplo, en relación con el mayor conocimiento de la población a cargo), los municipios con menores recursos tienen dificultades financieras a la hora de contratar recurso humano.

Es probable que el modelo centralizado de Entre Ríos favorezca el mayor cumplimiento en algunas dimensiones evaluadas, principalmente en la definición de normativas y políticas, apelando a potenciales economías de escala y a la coordinación de procesos de referencia-contrarreferencia, con centros de salud y hospitales pertenecientes a una misma jurisdicción.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La metodología utilizada para la obtención de los datos de la presente investigación es, al mismo tiempo, una herramienta de gestión para los centros de salud, que podrían autoevaluarse en diferentes períodos y así medir sus logros tras sucesivos ciclos de mejora continua. La priorización de objetivos y estrategias podrá justificarse en base al cumplimiento de estándares de calidad definidos, lo que reduciría la arbitrariedad en el proceso decisorio e incrementaría la posibilidad de negociación de los equipos de salud. Esta misma ventaja, junto con la posibilidad de redireccionar políticas y recursos hacia el cumplimiento de estándares de calidad, se repite a nivel local y/o provincial a partir del diagnóstico que surge de la agregación de los datos individuales.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Gracias al carácter participativo y formativo del proyecto, el equipo de salud incorporó conceptos clave sobre gestión de calidad, seguridad de atención y medicina basada en la evidencia, además de ejercitar la definición de objetivos y su operacionalización, presentes en los procesos de planificación. Más allá de lo anteriormente expuesto, la herramienta desarrollada para la evaluación debe perfeccionarse y actualizarse permanentemente, para lo cual resultaría muy útil encomendar su revisión continua a las entidades científicas y formadoras de recurso humano en salud. Una herramienta consensuada a nivel nacional favorecería la búsqueda de la equidad en salud mediante el cumplimiento de estándares básicos de calidad en todo el territorio.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La investigación ofrece información confiable, que puede utilizarse como antecedente de otros estudios superadores para identificar objetivamente cuáles son los déficits que transitan los centros de salud y la frecuente imposibilidad de implementar la estrategia de atención primaria en estas condiciones. Con un mínimo de recursos, la investigación puede replicarse en otras regiones geográficas para obtener información homogénea, como diagnóstico inicial de un plan de calidad en salud de primer nivel con horizonte nacional. Queda pendiente analizar el impacto de cada estándar en el nivel de calidad, medido a través de resultados de atención. De esta forma se podría priorizar el cumplimiento de los más sensibles y ponderarlos en mayor medida al calcular el nivel de calidad global de cada efector.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Arrondo Costanzo F, Barragán S, Etchegoyen G, Paganini JM. Evaluación de calidad de atención en centros de atención primaria de salud. Rev Argent Salud Pública. 2016; Mar;7(26):14-19.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Yunus M. Hacia un mundo sin pobreza. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1998.
- ² Sen A. Desarrollo y Libertad. Madrid: Planeta; 2000.
- ³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Atención Primaria de la Salud. Alma Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978.
- ⁴ Estudio IBEAS: prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Madrid: España. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2012.
- ⁵ Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Whitehead M. Concepts and Principles of Equity and Health. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud; 1990.
- ⁶ Paganini JM. Proyecto de ley. El Derecho a la calidad y seguridad de la atención de la salud. UNLP. La Plata; 2012.
- ⁷ Committee on Quality Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: Institute of Medicine; 2001.
- ⁸ Consejo Federal de Salud, Plan Federal de Salud 2010-2016. Capítulo 6: Modelos para el Desarrollo Institucional. Ministerio de Salud de la Nación.
- ⁹ Aguirre Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS (Mex). 1997;35(4):257-264.
- ¹⁰ Lohr KN, Harris-Wehling J. Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Vol. I: A Recapitulation of the Study and a Definition of Quality of Care. QRB Qual Rev Bull. 1991;17:6-9.
- ¹¹ Normas de actividades mínimas para responsables de Centros de Atención Primaria de Salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Salud de la Nación; 1996.
- ¹² Dal Poz MR, et al. Manual de Seguimiento y Evaluación de los Recursos Humanos para la Salud. Organización Mundial de la Salud; 2009.
- ¹³ Paganini JM, Etchegoyen G, Arrondo Costanzo F. Guía de Análisis y Evaluación de los Efectores de Primer Nivel de Atención. La Plata: EDULP; 2009.
- ¹⁴ Lushchenkova O, Alava-Cano F, Davins-Miralles J, Gens-Barbera M, Oliva-Oliva G, García-Carbajo A. Diseño de un modelo de seguridad de pacientes para la atención primaria en una comunidad autónoma. Libro de ponencias y comunicaciones. Departament salut. Almorost (Tarragona). Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Bilbao; 2012.
- ¹⁵ López-Gómez C, Alejo-Brú N, López-Palacios S, Serradilla-Corcheró P, Curieese-Asensio A, Arroyo-Morollón J. El plan dar valor. Libro de ponencias y comunicaciones. Dirección Asistencial Centro (Madrid). Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Bilbao; 2012.
- ¹⁶ Regulación de la Enfermería en América Latina. Serie Recursos Humanos para la Salud, 56. Organización Panamericana de la Salud; 2011.