



Reseña Histórica en Atención Primaria

Intervenciones para mejorar la Calidad en Servicios De Atención Primaria de Salud en Latinoamérica Hispanoparlante y Europa

Interventions to improve the Quality of Primary Health Care Services in Hispanic Latin America and Europe

Raúl Urquiza, Méd.Dr., Mag.Cal. **RESUMEN**

Introducción: En las últimas décadas, diversos consensos, paneles de recomendaciones, proyectos y programas se han abocado al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud. Ello ha sido posible debido a la confluencia de un conjunto de ideas, aspiraciones y propuestas, tanto individuales como institucionales trabajando tanto en países desarrollados como en desarrollo.

Objetivo: Presentar algunas importantes iniciativas, específicamente en países de habla hispana, para incrementar la calidad de los servicios de atención primaria.

Temas abordados: Eventos, Declaraciones, Cursos, Publicaciones y otros trabajos que tuvieron como foco la mejora de la calidad de los servicios de atención primaria en países desarrollados, en Latinoamérica y España. Aplicación del concepto de calidad de la atención primaria en el momento actual. Recomendaciones metodológicas para instituciones y gobiernos a partir de acuerdos internacionales.

Descriptor: Calidad de la atención de la salud, Atención Primaria de Salud, Satisfacción de los Consumidores, Satisfacción del Paciente, Latinoamérica, Latinoamérica.

Documento de posición editorial no sujeto a arbitraje.

MPA e-Journal Med. Fam. & At. Prim. Int. 2008, 2 (3): 185-193

Este artículo esta disponible en www.idefiperu.org/mpa.html

Filiación de los Autores:

Asociación Argentina de Medicina Familiar, Dirección Municipal de Salud de la Villa de Merlo, San Luis

Méd.Dr.: Médico Titulado. MF: Especialista en Medicina Familiar. Mag.Cal.: Magister en Gestión de la Calidad.

Correspondencia para el autor: Dr. Raúl Urquiza: raulusr@yahoo.com.ar

**ABSTRACT**

Introduction: In last decades, different consensus, recommendation panels, projects and programs have worked for the continuous improvement of quality of Primary Health Care Services. This was possible because the confluence of many coincident ideas, aspirations and proposals of important persons and institutions, in developed and developing countries.

Objective: To present some initiatives specifically in Hispanic language, to increase the quality of Primary Health Care Services.

Reviewed topics: Events, declarations, courses, publications and other works with focus on the improvement of quality of Primary Health Care Services in Latin America and Spain. Application of the concept of quality of Primary Health Care in the present moment. Methodological recommendations to institutions and governments since international agreements.

Keywords: Healthcare Quality, Primary Health Care, Consumer Satisfaction, Patient Satisfaction, Latin America.

INTRODUCCIÓN

El mejoramiento de la calidad es una idea que comenzó en el mundo de los negocios y la industria, con compañías que buscaban maneras de producir mejores productos y servicios para sus clientes. En las últimas décadas, esta idea se ha expandido al ámbito sanitario y particularmente a los servicios de Atención Primaria de Salud, buscando mejorar los aspectos clínicos y operacionales de la práctica sanitaria

Existen diferentes definiciones de la calidad aplicada a la atención médica. Tomaremos la definición ofrecida por la Sociedad Española de Medicina Familiar: "Es la provisión de servicios accesibles y equitativos, desempeñados de manera efectiva, por profesionales con un nivel óptimo, mediante recursos apropiados y disponibles, que permitan lograr la adhesión y satisfacción del usuario".

El substrato teórico de la mejora continua de la calidad se basa fundamentalmente en cuatro premisas:

- La orientación hacia el usuario: la calidad podría ser definida como la "capacidad para satisfacer las necesidades de las y los usuarios".

- La orientación a los procesos asistenciales: entender y mejorar los aspectos de la continuidad asistencial y de la adecuación de los procesos asistenciales, actuando en múltiples profesionales, en centros de trabajo situados en espacios diferentes, y en tiempos distintos, teniendo como objetivo el resultado final común: la satisfacción de las necesidades de la población.

- El protagonismo de los profesionales: el mayor capital de cualquier organización son sus trabajadores y su capacidad para convertir ideas en acciones. Uno de los puntos cruciales de la mejora de la calidad es buscar la manera de mejorar aquello que se hace mal y repetir lo que ya se hace bien.

- La necesidad de basarse en el pensamiento científico y en la evidencia científica: la mejora de la calidad se ha de basar en hechos, no en intuiciones. Por este motivo se deben diseñar instrumentos para medir la mejora de la calidad.



Mejorar la calidad de los servicios que proporcionan los médicos de familia a la sociedad es en primer lugar una obligación ética, pero es además una necesidad que todos los profesionales sanitarios tienen que asumir para poder adaptarse al entorno social. Involucrarse en esta estrategia no solamente puede reportar beneficios a los propios profesionales, sino y primordialmente al sistema sanitario y los usuarios.

Dada la preocupación por la mejora de la calidad de los servicios de Atención Primaria de Salud y el convencimiento de que ésta es una oportunidad para lograr un sistema más efectivo y eficiente, en los últimos años se han planteado diversos planes y estrategias para incrementarla, tanto en países en desarrollo como desarrollados.

Iniciaremos esta revisión presentando algunas iniciativas importantes realizadas en el pasado, con la finalidad de mejorar de manera continua la calidad de los servicios de atención primaria, posteriormente revisaremos como se aplica el concepto al momento actual del trabajo en la calidad de los servicios, para finalmente ensayar algunas recomendaciones metodológicas orientadas a mejorar procesos y solucionar problemas relativos a la calidad en los servicios de salud en el futuro.

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD EN PAISES DESARROLLADOS

De alguna manera desde épocas remotas siempre se intentó mejorar la atención de la salud. Se puede tomar como referencia el trabajo de la Sra. Florence Nightingale, enfermera del Barrack Hospital, que durante la guerra de Crimea en 1854, consiguió bajar la mortalidad hospitalaria del 32% al 2%, determinando las patologías más prevalentes, y mejorando la higiene y los cuidados generales. Así, se redujo drásticamente esta tasa, y se dejaron escritas las primeras "normas", que en 1860, condujeron a describir las condiciones estructurales óptimas para realizar la atención, con la clara finalidad de mejorar la calidad. Para ello primero midieron, y luego se esta-

blecieron propuestas de mejora, para luego re-evaluar los resultados de la puesta en marcha con la intervención de mejora.

A finales del siglo XIX y en las primeras décadas del XX, comienza una gran preocupación por la mejora de la enseñanza de la medicina y del currículo profesional. En 1910 se elabora el "informe Flexner", que luego de una revisión y encuestas en las escuelas médicas de los EEUU, demuestra la deficiencias en las mismas y en la formación de los egresados, y se cierran entonces numerosas facultades de medicina en ese país del norte.

Posteriormente el Dr. Ernest Codman, uno de los fundadores del Colegio Americano de Cirujanos (American College of Surgeons), estableció las bases para la estandarización de los hospitales, pero solo 89 de 692 hospitales superaron los estándares, por lo que se desecharon sus resultados y se quemaron los archivos, a pesar que el programa continuaría.

Del periodo resultante entre las guerras mundiales, se destaca el informe de Lee y Jones, —aun aplicable a nuestros días— que investiga sobre los costos de la atención médica y define los criterios de la atención sanitaria de calidad:

“-La buena atención médica se limita a la práctica de la medicina racional basada en la ciencia médica.

-La buena atención médica enfatiza la prevención.

-La buena atención médica requiere la cooperación inteligente entre el público y los profesionales que practican una atención científica.

-La buena atención médica trata al individuo como un todo.

-La buena atención médica mantiene una relación estrecha y continuada entre el médico y el paciente.

-La buena atención médica se coordina con el trabajo social.

-La buena atención médica coordina todo tipo de servicios médicos.

-La buena atención médica implica la adaptación de todos los servicios necesarios de la medicina moderna y científica a las necesidades de todas las personas.”



A partir de 1940 hay un gran desarrollo de la Salud Publica y la planificación sanitaria. Así, consecuentemente al crecimiento del programa de acreditación de hospitales del Colegio Americano de Cirujanos, otros colegios médicos se unen para formar la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Health Organizations). En 1965 y 1966 se crean el MEDICARE y MEDICAID en EEUU y se establece que aquellos hospitales que han pasado por la evaluación de la JCAHO serán los que podrán atenderlos.

En la atención medica primaria, M.A. Morehead estudió la calidad de la atención médica ambulatoria en el Health Insurance Plan de Nueva York, e introdujo criterios explícitos en la evaluación, encontrando que su cumplimiento era bastante bajo. En 1967 la JCAHO inicia la acreditación de los centros de atención medica ambulatoria.

Los aportes de Avedis Donavedian, marcan un hito en la evaluación de la calidad, siendo seguramente la máxima autoridad en la materia a nivel mundial. Con un análisis innovador en este campo de investigación, Donavedian—quien publicó su primer artículo sobre la materia en 1966 y desde entonces ha publicado diversos artículos y libros sobre este tema— propone considerar criterios de estructura, proceso y resultado para la evaluación de la calidad. En el periodo inicial el énfasis estaba en los procesos, pero comienza a valorarse también los resultados.

Una etapa muy fecunda para el desarrollo de la calidad de la atención, fueron los años 70's. Así, en 1972 la PSRO (Professional Standard Review Organization) implementó el análisis de perfiles, en el que se analizan indicadores (estancia media, estancia pre-operatoria, etc.). Esto no fue bien visto ni por los profesionales ni por los gestores, que lo consideraron una intrusión en su trabajo. En 1975, Greenfield, desarrolló lo que sería el mapa de decisiones o algoritmo de criterios explícitos, que permitía evaluar el proceso de atención. Se introdujeron también la medición de los resultados de manera sistemática, la diferencia entre lo deseable y lo real, y se puso énfasis en la mejora de la

calidad. Se instala por esos años la disyuntiva de jerarquizar la medición del proceso o los resultados. Por ello los elementos del proceso asistencial pueden utilizarse como indicadores de calidad, si tienen relación valida con los resultados. Así entonces, la validez de una medida no reside en que sea de proceso o de resultado, sino de lo que se sabe de la relación entre ella y lo que se quiere medir. Comienza en esta época a tenerse en cuenta la satisfacción de los pacientes.

En los años 80 el concepto de contención de costos y el recorte presupuestario fueron tomando protagonismo. Así se inicia la idea de pago uniforme por patologías semejantes, llamados GRD o grupos relacionado por el diagnóstico, y la medición concurrente de los servicios que desplaza a la medición retrospectiva, típica de las auditorias clásicas retrospectivas.

En Europa las primeras iniciativas relacionadas a la calidad médica comienzan en 1979, al crearse la CBO (Organización para el Desarrollo de la Calidad). En 1981, la Oficina Regional para Europa de la OMS decidió lanzar un nuevo programa bajo el título "Modelo de Programas de Asistencia Sanitaria y Control de Calidad". El programa se proponía 2 objetivos:

- La utilización de la combinación mas apropiada de servicios en la asistencia a los pacientes con un problema determinado.
- La Calidad de los servicios sanitarios.

En 1983 los miembros europeos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organizaron un grupo de trabajo conformado por autoridades sanitarias, profesionales de la salud, comunidad científica y usuarios, cuyas conclusiones sirvieron para recomendar estrategias para la mejora continua de la calidad. Por estos años, diversos autores ligados a la industria influyeron fuertemente en la idea de calidad, tales como Shewart, el creador del PDCA (Plan, Do, Check, Act), Edward Deming, Feigenbaum, Juran, Crosby, Ishikawa, entre otros.

En la década de los 90, bajo la idea de



que la calidad es un esfuerzo integrado dirigido a los usuarios, se inicia el traslado de experiencias industriales a la salud, siendo un ejemplo de ello el "National Demonstration Project in Quality Improvement in Health Care" y sus 10 conclusiones:

-Las herramientas de la mejora de la Calidad pueden funcionar en la atención sanitaria.

-Los equipos multidisciplinarios son muy valiosos en los procesos de mejora de la Calidad.

-Los datos útiles para la mejora de la Calidad son abundantes en la atención sanitaria.

-Los métodos para la mejora de la Calidad son diversos.

-El coste de la mala Calidad es muy alto, el ahorro está a nuestro alcance.

-La implicación de los médicos es difícil.

-La formación se tiene que establecer al principio.

-Los procesos no clínicos llaman pronto la atención.

-Las organizaciones sanitarias pueden necesitar una definición más amplia de Calidad.

-En el sector sanitario, como en la industria, la suerte de la mejora de la Calidad está fundamentalmente en manos de los líderes.

En la atención primaria, se desarrollaron algunos métodos de evaluación de los niveles de salud, tales como el Nottingham Health Profile, el SF-36 por ejemplo, han permitido un avance crucial para evaluar resultados de programas sanitarios y los proyectos de mejora de la calidad. La aparición de las Guías de Práctica Clínica, propuestas por el IOM (Institut of Medicine), marcando cual es la conducta apropiada a partir de la mejor evidencia disponible.

A partir de los años 90's no quedaban países de Europa que no dispusieran de programas de evaluación y mejora de la calidad. Un ejemplo de ello es el proyecto BIOMED que alcanza a más de 200 hospitales de toda Europa. Uno de los cambios más relevantes es la participación de los usuarios en la gestión de la calidad de los servicios de salud.

En los EEUU, la AHRQ (Agency for

Healthcare Research and Quality), ha hecho accesible a través de INTERNET el proyecto CAHPS (Consumer assessment for health plans), con el objeto de proporcionar información válida y fiable a los pacientes y sus familias para evaluar y elegir proveedores sanitarios mediante una base de datos. Iniciativas complementarias mantienen una guía para seleccionar atención sanitaria de calidad y otras como salud de los pacientes. Al final de esta revisión ofrecemos algunas direcciones de INTERNET que proporcionan a los usuarios de EEUU y otros países desarrollados, información confiable para elegir servicios de salud y proveedores. Todas estas iniciativas dan participación activa a los pacientes en la gestión de los servicios de salud que reciben, siempre que exista el mecanismo de libre elección del prestador, ayudándoles a tomar decisiones con la mejor información disponible.

Durante la reunión del Consejo de WONCA, previa al XII Congreso Mundial, celebrado en 1989, en Jerusalén, se constituyó el grupo de trabajo sobre Mejora de Calidad, presidido por el Dr. Marwick de Nueva Zelanda y constituido también por el Dr. Richard Grol, titular de la cátedra de Garantía de Calidad de la Universidad de Nijmegen, Holanda, posteriormente presidente del grupo europeo desde su creación. Este grupo fue fruto del reconocimiento del creciente significado e importancia concedida a la mejora de la calidad por los médicos de familia del mundo así como del trabajo que muchas de las organizaciones miembros de WONCA estaban realizando al respecto. El grupo de trabajo se creó como un subcomité del Comité Permanente de Educación Médica, con los siguientes objetivos:

- Revisar el estado actual de los indicadores y estándares de calidad en medicina general en los países miembros.
- Realizar su medición.
- Conocer la capacidad de los países miembros para mejorarlos.
- Elaborar métodos mediante los cuales la WONCA pueda promover la puesta en práctica de estrategias de mejora de calidad.



BREVE RESEÑA HISTORICA DE INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD EN LA LATINOAMERICA HISPANOPARLANTE Y ESPAÑA

En 1990 se envió una carta a las distintas sociedades de medicina de familia de los países miembros de WONCA, presentando EQuIP (grupo europeo de calidad en medicina de familia) e invitándoles a formar parte del grupo nombrando dos delegados. La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) aceptó la invitación y a través de la sección de investigación se estudiaron las propuestas de las diversas sociedades autonómicas, eligiéndose posteriormente los representantes de la SEMFyC - EQuIP a través del acuerdo de la Junta Directiva.

La misma SEMFyC tiene una comisión de mejora de la calidad, y muchas Sociedades federadas en ella también tienen grupos de trabajo para tal fin, entre las que se encuentran: la Comisión de Mejora de la Calidad de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, que ha desarrollado cursos y presentaciones, y publicado libros como "Implantación de un Plan de Mejora de la Calidad". La SECA (Sociedad Española de Calidad Asistencial), se forma en 1983 por la conjunción de la Asociación de Calidad de las Islas Canarias, de Asturias, la Sociedad Aragonesa, la Sociedad de Murcia y la Sociedad Catalana de calidad asistencial, editando la REVISTA CALIDAD ASISTENCIAL, órgano de expresión de la SECA e instrumento de comunicación científica entre los profesionales interesados en la calidad de la asistencia sanitaria.

Posteriormente en España, conjuntamente con Portugal, se desarrolló a nivel de la atención primaria, el Programa Ibérico, que se implantó en más de 300 centros.

En el mundo hispano, una de las máximas autoridades en esta temática es el Profesor Dr. Pedro Saturno Hernández, quien impulsó la docencia, y publicó innumerables trabajos en calidad, incluyendo un capítulo del libro de Atención Primaria de Martín Zurro, "Garantía y

Mejora de la Calidad". Adicionalmente desarrolló una prolífica actividad académica desde el Master de la Universidad de Murcia del Departamento de Salud Pública, donde jerarquizó y desmitificó el tema, haciéndolo accesible a cualquier persona que trabaje en la salud sin la necesidad de ser un experto en el tema.

Recientemente, el Plan de Mejora de Calidad en Atención Primaria, en el año 2006, por aplicación de Consejería de Calidad y Consumo de Madrid, España, surge como consecuencia de un grupo de trabajo desde el 2004 integrado por especialistas en atención primaria, entre ellos: Sociedad Española de Medicina General, Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria y Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria.

En América latina, a pesar de que ha habido y existen numerosas experiencias en calidad de la atención médica primaria, hay poco estructurado y publicado al respecto.

En 1989 la OPS publica el libro "La Garantía de la Calidad", para la acreditación de hospitales para América latina y el Caribe, como parte de una estrategia de transformar los sistemas nacionales de salud a través de estimular los sistemas locales de salud (SILOS), y la atención primaria, siendo este uno de los caminos para una atención de la salud más equitativa y de calidad

Durante las décadas del 80's y 90's, algunas entidades y personalidades académicas de desempeño sobresaliente en esta materia han sido un ejemplo: la Caja del Seguro Social de Panamá, la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá y la Universidad de Antioquia, en Colombia, la Facultad de Salud Pública del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, en Cuba, el Dr. Javier Domínguez del Olmo, ex presidente del CIMF —representante latinoamericano en el grupo EQuIP, del WONCA—, en México, han sobresalido por su trabajo en la calidad de atención y de la formación médica.

En el Perú, la Sociedad Peruana de



Medicina Familiar, Integral y Gestión en Salud, ya incorporaba en su primer Congreso Nacional del 2001, temas de gestión y de calidad en su temario. Desde el año 2001 la Sociedad Chilena de Calidad Asistencial (SOCCAS), ha sido conducida por importantes instituciones prestadoras de salud como el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el Hospital clínico de la Pontificia Universidad Católica, realizando el año 2004 su Asamblea Constitutiva y en el 2005 su primera reunión científica.

En Argentina en el año 1996, se lanzaron las "Normas de actividades mínimas para responsables de centros de atención primaria", dentro del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención, creado en el año 1992 y refrendado por decreto en 1997. Este programa fue puesto en escena por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, y con la participación de Sociedades y Asociaciones Médicas, y la Asociación Argentina de Medicina Familiar (AAMF). En el Programa se agrupan todas las actividades que intervienen en el proceso global destinado a asegurar el mejor nivel de calidad posible, al menor costo económico y social, así como aquéllas acciones destinadas a actualizar y adecuar las normativas vigentes.

En Argentina, la Dra. Elsa Moreno, desde la Cátedra de Salud Pública de Tucumán, en Argentina viene trabajando en la mejora de la Calidad en APS, en 1998 escribe junto con otros colegas el libro de Calidad en la Atención Primaria —actualizado en el 2001— y que ha servido a muchos centros de atención primaria de Argentina y de países vecinos para comenzar el camino de la mejora. Igualmente, el libro de Medicina Familiar del Dr. Rubinstein, incluye a la calidad como tema del mismo desde su primera edición, con la importancia que eso representa.

También en Argentina, el grupo de Medicina y Sociedad, dicta cursos de Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Además, desde 1999 viene trabajando la Sociedad Argentina de Calidad Asistencial (SACAS), como miembro institucional de la International Society for Quality in Health Care (IS-

Qua), con el objetivo de nuclear las iniciativas de calidad en el área de salud, definiendo su Asamblea Constitutiva en el año 2001, en la ciudad de Buenos Aires. Además, en el año 2002, se desarrolló el PICAM (Programa de Indicadores Calidad de la Atención Médica), en conjunto entre SACAS y el ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud), creado para establecimientos asistenciales polivalentes con interacción.

Finalmente, en el año 2004 se crea estructuralmente el grupo de trabajo de Gestión de la Calidad, como unas de las Comisiones Nacionales de la FAMFyG (Federación Argentina de Medicina Familiar y General), que ha tenido participación docente en Congresos Argentinos y Latinoamericanos.

RECOMENDACIONES PARA LAS INSTITUCIONES Y GOBIERNOS

Desde el ámbito de la medicina familiar se han desarrollado múltiples recomendaciones para mejorar la calidad de los servicios de atención primaria a partir de declaraciones de organismos y reuniones multi-nacionales.

Las primeras de estas recomendaciones pueden encontrarse en la Declaración de Ontario de 1994. La asamblea conjunta de la OMS y WONCA desarrollada en dicha ciudad con el lema "Hacer que la práctica médica y la educación médica sea más adecuada a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia", buscó entre otros puntos, adherir a los preceptos básicos de un servicio de salud de calidad, que debe estar orientado a las necesidades y expectativas de la población que lo recibe, destacando el rol fundamental del médico general/familiar en el logro de la calidad. Dicha declaración describe en una serie de 12 puntos lo que considera requisitos para optimizar el servicio de salud, la práctica y la educación médica, poniendo énfasis e la capacitación profesional y del equipo de salud así como también en algunas de las 21 recomendaciones finales.

Otro conjunto de recomendaciones se encuentra en la "Declaración de Bue-



nos Aires”, elaborada en 1996 en la ciudad del mismo nombre. En esta conferencia se reunieron representantes de varios países de América, y se volvió a enfatizar la necesidad de que la provisión de servicios de salud sea guiada por las necesidades de las personas y no por su capacidad de pago, y que el médico de familia, por el conocimiento integral de la persona está en condiciones óptimas de interpretarlas. En esta reunión se establecieron 16 puntos, y en el primero de ellos se reconoce que la reforma en los sistemas de salud debe asegurar la calidad de la atención a las personas y las familias.

Adicionalmente, en la I Cumbre Iberoamericana de Medicina, realizada en la ciudad de Sevilla, España en el año 2002, donde se trataron temas explícitos sobre: “Las estrategias para la mejora de la calidad de los servicios de salud, y la aportación de la medicina familiar”, así como también “Los sistemas de salud y las necesidades de los ciudadanos”. Ambos temas se encuentran imbricados de manera directa con la mejora continua de la calidad, el rol de la medicina familiar y general y la importancia de la certificación y recertificación profesional como estrategia para la capacitación y calificación del recurso humano profesional. Seguramente es en la Declaración de Sevilla donde se plasmó la más explícita recomendación de la mejora continua de la calidad en la atención primaria y la medicina familiar y general.

Adicionalmente, Sevilla hubo un claro enfoque hacia la calidad y revalorización del rol de los pacientes y sus familias como protagonistas, adoptando como propia la definición de calidad del Programa Ibérico: es la “provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario”. Uno de los párrafos más salientes de dicha Declaración afirma que: “La apuesta por la calidad se basa en trabajar todos los aspectos o dimensiones que definen la calidad asistencial, en un contexto complejo y cambiante, donde intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo situados en espacios diferentes, actuando en

tiempos distintos con un objetivo final común: dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población.”

Las principales líneas de acción propuestas en la Declaración de Sevilla para mejorar la calidad se agrupan en las siguientes áreas:

- Fortalecimiento Organizacional
- Mejoramiento Profesional
- Participación Social
- Monitoreo de la Calidad
- Investigación
- Formación de Recursos
- Cooperación Internacional

Dentro de la formación de recursos, la Declaración de Sevilla propuso la incorporación en la currícula de medicina la gestión de la calidad, como también en los post grados de Medicina Familiar y General, certificación de los programas de formación, estimular el desarrollo de programas locales de mejora, crear redes regionales nacionales e internacionales de cooperación y estímulo, formación de alianzas e intercambio entre ellas.

En la “Declaración de Margarita”, elaborada en el marco de la I Reunión Iberoamericana de expertos en certificación profesional y acreditación de programas de medicina familiar, que se realizó en Isla Margarita, Venezuela en el año 2003, se establecieron 10 recomendaciones que apuntaban a establecer criterios de certificación de programas y residencias (post grado) para los países miembros del CIMF, con el objetivo de mejorar la formación médica y la capacitación del recurso humano, requisito necesario para una atención médica de calidad.

En octubre del 2005, se realizó en Santiago de Chile la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, donde se definieron 10 puntos, el primero de los cuales enuncia la necesidad de que la atención médica sea accesible (otro requisito de la calidad de la atención médica), y en 3 de los 10 ítems se refiere explícitamente a mejorar y evaluar la calidad en los servicios de salud de la medicina general y familiar. Un tratamiento semejante recibió la calidad de la atención en la III Cumbre



Iberoamericana de Medicina Familiar, realizada en Ceará, Fortaleza, Brasil en abril del año 2008.

CONCLUSIONES

Existe una amplia trayectoria por parte de las instituciones tanto en Latinoamérica como en Europa en materia de Calidad de Servicios de Atención Primaria,

y una gran expectativa por cumplir las recomendaciones de reuniones multinacionales que tocaron dicha temática. Se requiere un tratamiento consistente por parte de los equipos de Atención Primaria y en especial de los médicos, con la finalidad de responder a estos desafíos.

BIBLIOGRAFIA

1. Ceitlin J y Gomes-Gascón T, edit. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid: CIMF-semFYC; 1997.
 2. Urquiza R. Conceptos de calidad en salud. Evid actual pract Ambul. 2004; 7: 152-55.
 3. Salazar-Aguilló JA, Prados-Torres JD, Rosa-Lopez EL. Evaluación y mejora de calidad asistencial, el caso de la atención primaria de salud. En: ed. Gallo-Vallejo EJ, edit. Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: SEMFYC; 1997. p. 311-15.
 4. Moreno E. Calidad de la Atención Primaria, Aporte metodológico para su evaluación. [Disertación]. Tucumán: Universidad de Tucumán; 1998.
 5. Miller N, edit. La Resolución de Problemas y el mejoramiento de procesos como medios para lograr calidad. Serie de perfeccionamiento de la metodología de la calidad.. Washington D.C: USAID ; 1998.
 6. OMS/WONCA. Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. Ontario: OMS/WONCA; 1994.
 7. Martín-Zurro A Cano-Perez JF, edit. Compendio de Atención Primaria. Madrid: Harcourt; 2000.
 8. Domínguez J, Thomas R., edit. Estrategia para la Mejora de calidad de los servicios de salud: aportación de la Medicina familiar. I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Sevilla: SEMFYC, CIMF; 2002.
 9. Urquiza R. Comentarios al Tema para el Debate: El SIS y los Establecimientos de Atención Primaria. RAMPA Rev At Integral Salud y Med Fam. 2006; 1 (1): 7.
 - 10 Vuori HV, edit. El control de Calidad en Los Servicios Sanitarios. Madrid: Masson; 1989.
- Páginas web de instituciones con trabajos relacionados a la calidad.
1. HEDIS: (Health plan employer and information set). Disponible en: <http://www.ncqa.org>
 2. Consumer Health. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/consumer>
 3. Guía para elegir atención de salud con calidad. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/consumer/qntool.htm>
 4. Eligiendo y usando planes de salud. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/consumer/hlthplnl.htm>
 5. CAHPS (Consumer assessment of health plans). Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/caphfact.htm>



MPA – e-JOURNAL DE MEDICINA FAMILIAR Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD INTERNACIONAL

(Publicación cuatrimestral de IDEFIPERU, continuación de la
REVISTA RAMPA)



Puede suscribirse en forma electrónica y gratuita en
www.idefiperu.org. Seleccione el link y envíenos sus datos



Puede descargar libremente
las ediciones anteriores de
MPA - e-Journal de Med.
Fam y Aten. Prim. Int. en
www.idefiperu.org/mpa.html

Temas clave

Medicina Familiar,
Atención Primaria de Salud,
Atención Integral de Salud,
Salud de la Familia,
Cuidado de la Salud por Etapas de Vida,
Trabajo Comunitario,
Promoción de la Salud,
Atención Inter-cultural a poblaciones
vulnerables,
Gestión de la Salud básica, entre otros
puntos



También puede descargar libremente las
ediciones anteriores de RAMPA
en www.idefiperu.org/rampa.html

También puede suscribirse sin costo alguno enviando un e-mail a:
mpaejournal@idefiperu.org con el Asunto: "Suscribir Revista".



Esta hoja ha sido dejada en blanco para mantener la simetría en la edición. No debe ser impresa.

Este espacio está disponible para avisos publicitarios.