



## ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

### CALIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

#### QUALITY IN THE HEALTH PRIMARY ATTENTION

**\*Villalba, Rosa D.**

\*Lcda. en Enfermería. Mg. en Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Ponencia presentada en el Congreso Nacional de Atención Primaria de la Salud. 21 al 22 de noviembre 2005. San Fernando del Valle de Catamarca. Argentina.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud, Calidad, Evaluación.

Key words: Primary care of health, quality, evaluation.

#### RESUMEN

La calidad de las prestaciones que se brindan en Atención Primaria de la Salud, (APS), está fuertemente ligada a la aplicación de la ciencia, tecnología y relación interpersonal entre profesional y cliente. Además está influenciada por las características del entorno o infraestructura en donde se realizan las acciones de salud.

Distintos autores presentan su propia orientación para evaluar la calidad. Aun cuando son enfoques diferentes, los aspectos de estructura, proceso y resultado están siempre presentes.

Sin embargo, específicamente en la Atención Primaria de la Salud, los aspectos a considerar en la evaluación podrían alinearse en dos grandes dimensiones: las características propias de la APS y aspectos derivados de la misma.

De esta manera se desagregan cada una de ellas en variables operativas, permitiendo medir por ejemplo la integralidad y coordinación en las prestaciones ofrecidas, integración de aspectos culturales en el modelo de atención aplicado, trabajo intersectorial en base a redes, entre otros.

Considerando que el pilar fundamental de la estrategia de APS es la promoción de la salud el impacto de las actividades de los profesionales se deben medir desde los cambios de comportamientos de la población.

A partir de esta perspectiva, es hacerlo desde el desarrollo centrado en la gente, contribuyendo a reducir las desigualdades sociales, minimizando el impacto de la crisis,

ampliando las oportunidades de participación con la consecuente potenciación de las personas.

La utilización de modelos de evaluación donde lo cuantitativo y lo cualitativo se complementen garantizan la medición de resultados favoreciendo la perspectiva holística con la que desde la APS se deben atender las diferentes situaciones de salud.

Las metodologías cualitativas, son las que mejores resultados aportan para la evidencia externa en razón que miden los cambios y comportamientos de la población y las consecuencias de los entornos favorables en el nivel macro y micro social.

## **SUMMARY**

The quality of the Health Primary Attention (HPA) service is strongly connected to science, technology and interpersonal relationship between professionals and health system users. In addition, it is influenced by the environment characteristics and the health infrastructure.

Different authors give their own view to evaluate the HPA quality. Even though they have different approaches, aspects like: structure, process and result are always present.

Specifically, in the Health Primary Attention the aspects to consider in the evaluation could be aligned in two great dimensions: the HPA characteristics and derivative aspects of the HPA.

From them it is possible to deduce operative variables. This allow to measure, for example, how integral and coordinate are the health service, the cultural aspects applied to the medical care model, the effectiveness of the multisectorial networks work, among others.

Considering that the backbone of the HPA is the health promotion, the impact of professional activities must be measurement through the changes in the population behaviors.

From this perspective, the changes in the population behavior must be done from the development centered in people, in this way can contribute to reduce the social inequalities, minimize the crisis impact, enlarge the participation opportunities empowering people.

The application of models where the quantitative and qualitative are complemented guarantees the result measurement, benefiting the holist view, which must be used by the HPS to take into account the health issues.

The qualitative methodologies are those that contribute with better results to the external evidence due to they measure the population changes and behaviors and the result of the favorable environment in the macro and micro social level.

## **INTRODUCCIÓN**

Hablar de calidad en la atención de salud conlleva el imperativo ético de *hacer las cosas de la mejor manera posible, a través de una actividad en donde se minimiza al máximo la subjetividad.*

Definir calidad en la atención de salud no es algo simple. Tiene su complejidad en virtud de que la atención de salud puede o no poseer este atributo (calidad), y que de poseerlo, éste puede presentarse en un amplio gradiente.

La atención que cualquier profesional de la salud brinda a una persona está conformada por dos componentes: el técnico y el interpersonal. El primero es la aplicación de la ciencia y la tecnología, el segundo es la interacción social entre profesional y cliente.

Estos dos aspectos, fuertemente interrelacionados, llevan a menudo a no poder separarlos taxativamente, dado que el éxito de los procedimientos técnicos depende, o se ve influenciado, por la relación interpersonal establecida.

Además de estos dos elementos, en la calidad de la atención de salud entra en juego un tercer componente, determinado por las características del entorno o infraestructura en donde se realiza la prestación de salud. Ejemplo de ello son las características de la sala de espera, temperatura ambiental, cama cómoda, sábanas limpias, instrumental bien lubricado, etc.

Podría decirse que calidad es una propiedad de, y un juicio sobre un acto de atención de salud, en donde se aplica ciencia y tecnología con el máximo beneficio para la salud sin aumentar los riesgos, a través de un proceso interpersonal enmarcado en valores, normas y dictados éticos del profesional y de expectativas y aspiraciones de quien recibe la prestación.<sup>1</sup>

Además, hablar del concepto lleva a hacer referencia a: la salud, (definida con sentido reduccionista u holístico); a la característica de los proveedores, (estos pueden ofrecer servicios de manera individual o interdisciplinariamente) y a las cualidades de quienes reciben la atención, (los que pueden ser receptores de manera individual como pacientes o como personas sanas, o por el contrario constituidos en familia o grupos comunitarios.)

Por eso algunos autores explicitan el concepto de calidad aludiendo a algunos de estos aspectos.

Lohr señala: "calidad es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales".<sup>2</sup>

El Instituto de Medicina de EEUU centra el concepto en la calidad científico-técnica del prestador al decir que calidad es "...el grado en el cual los servicios de salud para los individuos y las poblaciones incrementan la posibilidad de resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual..."<sup>3</sup>

Incorporando otros elementos como son los receptores del servicio (familias, comunidades, clientes) que indican a través de sus necesidades hacia donde se deben direccionar las prestaciones, el Programa de Salud Español sostiene que: "...calidad es la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles, y logra la adhesión y satisfacción del usuario..."<sup>3</sup>

Es decir, que las dimensiones que permiten medir la calidad de los servicios de salud están referidas a la calidad científico técnica, la satisfacción de los usuarios y la accesibilidad al servicio.

**Calidad científico técnica** es la capacidad que tienen los prestadores para abordar un problema de salud aplicando el nivel de conocimientos más avanzados. Esta es producto de la formación, adquisición de conocimientos y aptitudes personales para atender a las

personas. Depende de la habilidad para aplicar sus saberes de la manera más pertinente a la situación a atender, ya que no siempre quien más sabe presta mejores servicios.

La **satisfacción del cliente** se mide por el resultado positivo, que de la interacción profesional-usuario, resulta la intervención. Las encuestas de satisfacción integradas a un plan de mejora de la calidad son los instrumentos más idóneos para aportar información suficiente para la mejora continua.

La **accesibilidad** está referida a la posibilidad de obtener en tiempo y forma la atención sanitaria relacionada con barreras geográficas, económicas, culturales y organizacionales que la determinan.

La variable calidad también se vincula fuertemente con dos componentes: la cantidad y el costo monetario.

En el caso de la primera, la posibilidad de acceso y el uso adecuado de los servicios del sistema de salud se deben considerar al realizar un juicio acerca de la calidad. Esta situación puede darse por carencia o por exceso. Así cuando la cantidad de atención recibida es insuficiente o cuando está ausente, es igualmente perjudicial que cuando se presta atención innecesaria o en grado sumo.

La atención innecesaria no siempre es inocua, sino que puede ser perjudicial, no sólo biológicamente sino socialmente al hacer malgasto de dinero, de tiempo y de recursos personales o institucionales, cuando los mismos pueden ser utilizados en otras personas o en acciones más válidas para la salud, etc. Es decir, que la cantidad siempre influye en la calidad de los servicios.

De igual manera los costos económicos se entrelazan significativamente con la cantidad y calidad. La atención excesiva y dañina es más onerosa, y cuando ésta es exagerada aún siendo inofensiva, igualmente es costosa, porque se aprovechan irracionalmente los recursos.

Cuando es ineficaz desaprovechando los recursos, también es gravoso, tal el caso cuando las enfermeras realizan actividades de auxiliares de enfermería o cuando las instalaciones hospitalarias están sobredimensionadas con respecto a los servicios que se ofrecen, elevando así los costos económicos sin que la calidad aumente.

En síntesis, calidad está referida no sólo a las prestaciones que se brindan, sino además al grado de satisfacción de los clientes con el servicio recibido; a los costos de la atención; a las aptitudes del personal del equipo de salud y a las características de la infraestructura y equipamiento con que se cuenta para ofrecer el servicio.

Sobre estos últimos aspectos podría decirse que son indicadores relacionados indirectamente con la calidad, porque influyen (en el caso de la satisfacción), con la búsqueda del mejor servicio, y en el caso de los costos indican la accesibilidad al sistema según los recursos económicos de las personas, señalando las desigualdades en la efectiva distribución de las prestaciones de salud.

## **CALIDAD DE LA APS DESDE UNA PERSPECTIVA COMUNITARIA**

El concepto de calidad en la estrategia de APS debe centrarse desde la concepción bio-psico-social de salud y desde el compromiso y responsabilidad del sistema sanitario por

ofrecer prestaciones con los medios necesarios y con la garantía de un desempeño profesional pertinente.

No obstante, al valorar la calidad, aun cuando se parta del concepto holístico de salud, (el que conlleva a que ésta es producto de una acción intersectorial), debe estar focalizado en los aspectos del sector sanitario que inciden en la misma, y no en los extrasectoriales ya que la pertinencia de las prestaciones sólo contribuye al logro de la calidad de vida, no garantizando por sí el bienestar de las poblaciones.

De ahí que estos dos términos, *calidad en la atención* y *calidad de vida* no son sinónimos porque en este último están presentes otros elementos como por ejemplo la libertad, la autonomía individual, la felicidad, el respeto propio, entre otros, que si bien también son componentes de la relación interpersonal del acto prestacional, sólo están ayudando a obtener bienestar.<sup>(1)</sup>

Bienestar-calidad de vida es una construcción subjetiva basada en la experiencia individual y está íntimamente relacionada con la percepción que la persona tiene de su propia existencia y de sí mismo.

El enfoque de la evaluación de calidad puede tener distintas orientaciones. Una de ellas es en función de estructura, proceso y resultados, con relación a las expectativas y necesidades de la población de referencia.<sup>(1)</sup>

Los parámetros de estructura señalan las características de los lugares físicos, equipamiento, materiales y organización del personal para realizar tal o cual actividad, normas de interrelación entre servicios, etc. Son cualidades relativamente estables, constituyen atributos del ambiente y cumplen una función para producir atención.

Los de proceso, indican la metodología en la cual se basarán las acciones y bajo qué circunstancias se realizarán las mismas, e incluye los cuidados que recibe el cliente en el sistema y su relación con el equipo de salud. Se analiza la coordinación adecuada entre servicios y el desempeño de grupos de trabajo más que de personas.

La evaluación de resultados mide la efectividad de la aplicación de las normas durante la relación del cliente con la institución de salud. Se refiere a las metas a lograr en el marco de las estructuras y procesos definidos.

Dentro de ella suele medirse el impacto como variable de mayor alcance, relacionada con factores que responden al sistema de salud como son, accesibilidad, integralidad, continuidad, satisfacción del cliente.

La evaluación del impacto de la estrategia de APS en la salud de las poblaciones no está exenta de dificultades, ésta depende de determinantes sociales y económicos, estilos de vida y de la propia biología. En este caso se trata de buscar indicadores centinelas para el macro entorno y otros para la gestión de la calidad en un nivel micro.

Ninguno de estos atributos determinan por sí sólo la calidad, sino que se complementan pudiendo en determinadas situaciones ser unos más relevantes que otros.

Existe una relación funcional entre ellos, es decir que las características estructurales en donde se realizan las prestaciones, tienen efecto en el proceso de atención y éste, realizado con mayor o menor calidad, influye en el estado de salud en su concepción más amplia.

Conforman una cadena en la que cada eslabón es determinante del elemento que le sucede, y a su vez cada uno es causa del elemento que le precede.

A esta propuesta sostenida por Donabedian, se le contraponen posiciones de otros autores. Makover sostiene que la calidad debe evaluarse en función de dos elementos: la estructura, representada por las normas de organización, administración y finanzas y el proceso, al que considera el producto final de la atención médica.

Doll también considera dos aspectos, pero dando primacía al proceso y resultado, excluyendo a la estructura por considerarla parte del proceso.<sup>(1)</sup>

Veamos esto en un ejemplo utilizando la propuesta tripartita de Donabedian. En un programa de captación de hipertensos, se determinará con relación a la estructura, lugares en que se desarrollarán las acciones, tipo de material a utilizar, características del personal que realizarán la captación, tipo de registros a confeccionar, etc.

Para evaluar el proceso se definirá el procedimiento para valorar la tensión arterial, frecuencia y circunstancias en que se realizará el procedimiento, metodología para seleccionar la población, etc.

Los resultados se medirán a través de los indicadores de cobertura que se estiman lograr en un determinado tiempo y espacio físico. Este tipo de evaluación es sumamente importante para dimensionar el impacto a y la vez para definir las políticas de salud.

Ahora bien, cuando estamos frente a la creación o modificación sustancial de un servicio se hace necesario **crear o diseñar un programa** a través del cual se garantizará la calidad del mismo, definiendo los criterios a adoptar en la evaluación.

Si por el contrario se trata de un servicio en funcionamiento, se aplicará un proyecto de **mejora de la calidad**, en las actividades que ya se vienen desarrollando. Ante esta situación se realiza un análisis de aquellos nudos problemas que se estiman más importantes, transformándolos en oportunidades para mejorar lo ya existente.

Suele ser efectivo someter el problema a una solución mediante una prueba piloto, (analizándola y evaluándola en todos sus aspectos), para luego aplicarla de manera general a todo el proceso. Si el problema es muy complejo se desagrega en problemas menores aplicando de esta manera un enfoque estratégico.

Tener un plan de diseño con sus respectivos indicadores de calidad, amerita un **monitoreo sistemático** del proceso, para garantizar que las actividades continuarán realizándose dentro de los criterios establecidos.

En relación a la APS los aspectos a considerar en la evaluación podrían alinearse en dos grandes dimensiones: las *características propias de la APS* y *aspectos derivados de las mismas*.<sup>(4)</sup>

Adaptando la presentación resumida que hace Starfield sobre las diferentes dimensiones a considerar en cada una de ellas, se presenta el siguiente cuadro.<sup>(4)</sup>

CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE APS	VARIABLES	FUENTES DE INFORMACIÓN TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Primer contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Accesibilidad a los centros de salud:</i> geográfica, económica cultural, administrativa: (horas de atención, tiempo de espera, etc.)</li> <li>▪ <i>Experiencia del usuario</i> en cuanto al acceso</li> <li>▪ <i>Utilización de los servicios</i></li> </ul>	Diseño de los programas Encuestas, entrevistas a clientes. Auditorías de historias clínicas
Integralidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Característica y Variedad de servicios:</i> Problemas que se atienden. Actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria. Grupos etareos asistidos. Atención de aspectos biopsicosociales. Aplicación de la tecnología apropiada</li> <li>▪ <i>Derivaciones:</i> sistema de referencia y contrarreferencia</li> </ul>	Observación de la idoneidad del personal y modelo de atención que aplica Programas Registros
Coordinación asistencial	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Mecanismo de continuidad:</i> Seguimiento de pacientes por el mismo equipo de salud. Actividades interdisciplinarias e intersectoriales. Facilidades para derivación y recuperar información entre profesionales.</li> <li>▪ <i>Identificación de información:</i> Visitas previas, de derivaciones/consultas (incidencia y resultados). Comunicación con otros servicios.</li> </ul>	

Longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Conocimiento de la población a cargo:</i> Perfil sociosanitario, estilos de vida, creencias costumbres. Consideración de la población como grupo de riesgo. Actividades de vigilancia epidemiológica</li>   <li>▪ <i>Modelo de comunicación-relación:</i> Equipo de salud promotor de la organización y desarrollo local, facilitador y animador, integrador y coordinador, educador. Modalidad y duración de la relación con el cliente: contenido y calidad. Desarrollo de sistema de redes comunitarias</li> </ul>	Entrevistas al equipo de salud Entrevistas a los clientes Análisis de las historias clínicas
<b>ASPECTOS DERIVADOS DE APS</b>	<b>VARIABLES</b>	<b>FUENTES DE INFORMACIÓN TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>
Aptitud cultural	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Integración aspectos culturales:</i> Estrategias para satisfacer necesidades relacionadas con costumbres, tradiciones, valores sociales. Tecnología apropiada</li>   <li>▪ <i>Trabajo intersectorial:</i> Redes con efectores de otros sectores sociales e ideológicos.</li> </ul>	Entrevistas Entrevistas con contactos comunitarios



## ¿CÓMO BRINDAR CUIDADOS DE CALIDAD DESDE LA APS?

En la APS dos son los pilares fundamentales que sostienen esta estrategia: La **PROMOCIÓN** de la salud y la **PREVENCIÓN** de enfermedades. Son ellas los ejes en los que se basa la organización y el trabajo interdisciplinario facilitando que las personas obtengan BIENESTAR. Pensar la Atención Primaria de la Salud desde esta perspectiva es hacerlo desde el desarrollo centrado en la gente, contribuyendo a reducir las desigualdades sociales, minimizando el impacto de la crisis, ampliando las oportunidades de participación con la consecuente potenciación de las personas.

Desde esta una nueva perspectiva de la Salud Pública cabe la pregunta:

¿Cuál es el eje que guía las acciones realizadas con calidad para dar respuestas a las tendencias mundiales en la búsqueda del desarrollo humano?

Sin lugar a dudas es la **PROMOCIÓN DE LA SALUD**, porque

- Constituye una propuesta integradora
- Orienta la transformación de los grupos sociales
- Está estrechamente unida a la calidad de vida
- Involucra a múltiples sectores sociales
- Orienta el cambio conductual de las personas
- Enfrenta desafíos para reducir la inequidad
- Incrementa la prevención
- Fortalece la capacidad de las personas y su autocuidado.

Es decir, que medir la calidad desde la APS es hacerlo desde la **PROMOCIÓN**, el proceso más abarcativo y complejo de la Salud Pública porque se direcciona a la transformación de las personas, para que aumenten el control de su propia salud. Por eso en la promoción se interaccionan estrategias referidas a *políticas saludables, creación de entornos saludables, fortalecimiento de la acción comunitaria, (empoderamiento), desarrollo de actitudes personales, (educación para la salud), y la reorientación de los servicios de salud.* <sup>(5)</sup>

Cuando se deben evaluar este tipo de actividades unidas a cambios de comportamientos de la población se utilizan metodologías de investigación diferentes de aquellas en la que la relación de causalidad entre intervención y efecto es más sencilla y evidente.

Al centrar la evaluación en los resultados se valora el contexto y la aplicabilidad de la intervención en escenarios de características peculiares, logrando determinar el impacto que ha tenido la prestación de salud en las personas, utilizando en este caso modelos cualitativos.

## ¿CÓMO SE LOGRA OFRECER ATENCIÓN DE CALIDAD?

A través de los resultados de la investigación científica, es decir, de la evidencia científica.

El ejercicio profesional o la práctica basada en la evidencia, engloba una concepción amplia del proceso en la prestación que se brinda, incluido el aporte particular de cualquier profesional y disciplina implicada en la atención.

La medicina basada en la evidencia (MBE), o la enfermería basada en la evidencia (EBE) no son excluyentes sino complementarias, como lo son los diagnósticos, prescripciones y cuidados. Los profesionales de estas disciplinas, como los demás del equipo de salud, responsables del diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas actuales o potenciales de las poblaciones, deben basar su práctica de APS en la evidencia.

Esto es hacer uso "...concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones respecto al cuidado de la salud".<sup>(6)</sup>

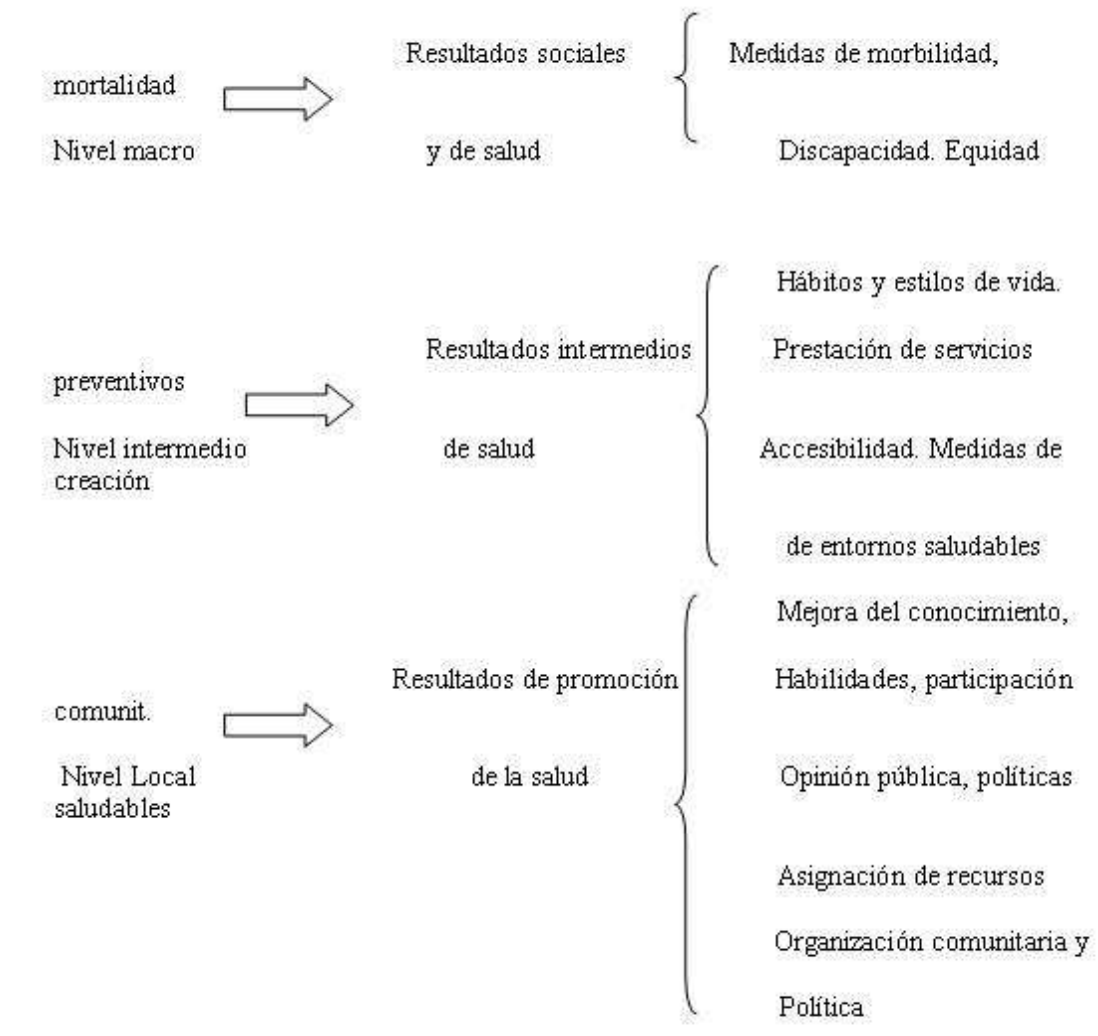
Con ello se minimiza la intuición, sustentada en la búsqueda constante de la literatura científica y en la sistematización de la experiencia clínica, para tomar decisiones acertadas.

Teresa Icart define a la práctica basada en la evidencia como "la atención en la cual las actuaciones profesionales (clínicas, de gestión y docentes), se basan en el análisis de los resultados provenientes de la investigación (evidencia externa), de la experiencia profesional (evidencia interna) y de las opiniones y preferencias del cliente/usuario, en el contexto de los recursos disponibles".<sup>(7)</sup>

De esta manera se ejecutan las acciones correctas de manera correcta, evitando las prácticas inefectivas, ya sea porque se desarrollan prestaciones sin haber probado su efectividad, o se ejecutan sin estar probada su pertinencia.

En el escenario de la comunidad y desde la estrategia de APS (centrada en la promoción de la salud y en la atención integral de familias y grupos), se utilizarán modelos de investigación en donde lo cuantitativo y lo cualitativo se complementen. Las metodologías cualitativas (a través de la etnografía y la fenomenología), son las que mejores resultados aportan para la evidencia externa en razón de que miden los cambios y comportamientos de la población y las consecuencias de los entornos favorables. Esto favorece la perspectiva holística de que desde la APS se deben atender las diferentes situaciones de salud.

La evaluación de las actividades de promoción se hará en diferentes niveles y con variables que abarcan desde lo macro a lo micro.<sup>(8)</sup>



Para brindar atención de calidad en Atención Primaria deben diseñarse y utilizarse las llamadas Guías de Práctica Clínica (GPC), instrumentos con recomendaciones que de manera sistemática guían a los profesionales en la toma de decisiones basadas en la investigación científica sobre las intervenciones sanitarias más adecuadas, en contextos determinados.

Existe una gran variabilidad intra-equipos y entre-equipos, respecto a las observaciones, percepciones, razonamiento, intervenciones y estilos de brindar prestaciones, lo que lleva a un alto grado de incertidumbre y de prácticas inefectivas. A veces si bien existen protocolos, si estos no tienen una probada base científica terminan por no ser cumplidos.

La necesidad trabajar en el marco de las GPC lleva a:

- Disminuir las variaciones sobre las diferentes maneras de realizar las prestaciones y el uso de recursos ante situaciones similares.<sup>(8)</sup>
- Permite trabajar con criterios de idoneidad.
- Facilitan el desarrollo de estándares de calidad
- Existe certidumbre en los resultados a lograr
- Minimizan las dificultades para acceder a la literatura científica disponible.

La pertinencia de una guía está dada por:

- Ser elaborada por equipos multidisciplinarios.
- Utilizar lenguaje claro con definición de términos precisos y con presentación fácil de seguir.
- Aplicable a cualquier situación adaptándola a hechos concretos.
- Válida por cuanto las recomendaciones son producto de revisión bibliográfica rigurosa.
- Actualizada aportando las últimas novedades al respecto.

Las GPC pueden elaborarse a partir de la *opinión de expertos, basada en consensos o basada en la evidencia*. Estas últimas de mayor rigurosidad son elaboradas por expertos de diversas disciplinas, se estandariza la búsqueda de la bibliografía, se evalúa ésta y luego se establecen los niveles de evidencia con sus respectivos grados de recomendación.

La elaboración de GPC lleva a implementar un proceso de ciertas características:

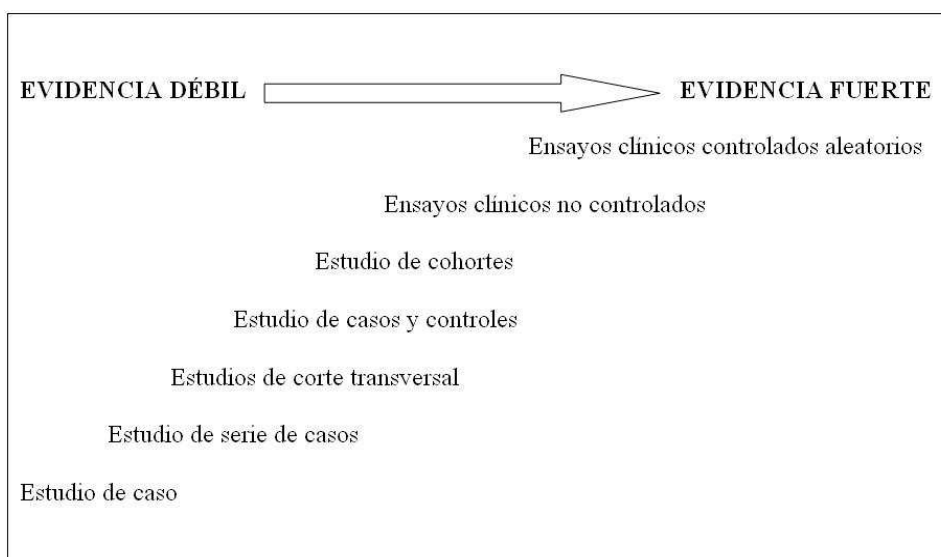
**Conformación de grupos de expertos.** Grupos de personas con la idoneidad suficiente en una determinada área y con experiencia en metodología en la elaboración de guías-protocolos.

**Selección del tópico a tratar.** Se hará en base a las condiciones en las cuales las prescripciones profesionales llevan a reducir la morbilidad y mortalidad. Además se tendrá en cuenta las áreas donde existe incertidumbre en la pertinencia de las acciones de salud.

**Revisión de literatura-elaboración de guías.** Se aconseja seleccionar aquella bibliografía que incluya guías clínicas, investigaciones, análisis de casos, excluyendo aquello no relevante para la APS en el entorno comunitario. Las bases de datos más relevantes son la Biblioteca Cochrane, Medline, Canadian Medical Association Clinical, Guidelines database.

En función de los hallazgos previos que justifican determinadas acciones se establecen los niveles de calidad de la evidencia que sustentarán las guías.

Los mismos podrían esquematizarse en una escala en función de los diversos tipos de investigaciones según su fortaleza.



Basado en esto se determinan niveles de calidad de la evidencia:

GRADO DE RECOMENDACION	NIVEL DE EVIDENCIA	SIGNIFICADO
A	<b>Nivel 1:</b> Basada en investigaciones, ensayos sistemáticos de alta calidad sin riesgos de sesgos	Muy buena evidencia
B	<b>Nivel 2:</b> Las investigaciones son producto de sistemáticos controlados, pero con cierto riesgo de sesgo ensayos	Evidencia razonablemente recomendable
C	<b>Nivel 3:</b> Escasa evidencia. Estudios no analíticos Hallazgos inconsistentes. Deben ser sometidos al grupo de expertos	Si bien existen sesgos en las investigaciones, los expertos pueden recomendar las intervenciones en salud que en esos ensayos se aplican.
D	<b>Nivel 4:</b> Muy escasa evidencia. Hallazgos no sistematizados. Basada sólo en la opinión de expertos	Los estudios disponibles no pueden ser utilizados como evidencia, no obstante los expertos pueden aconsejar las prácticas realizadas por ser experiencias favorables en algunos casos.

**Revisión de GCP.** Frecuentemente el grupo de expertos deben considerar los puntos débiles de las guías durante su aplicación y realizar los ajustes que consideren necesarios.

**Publicación y difusión para su implementación.** Los equipos que aplican las mismas deben tener acabado conocimiento de ellas.

No obstante, aunque las GPC constituyen una importante herramienta para trabajar bajo normas de calidad, no siempre encontramos en ellas respuestas a todas las situaciones planteadas. La decisión final, siempre la tiene el profesional en actitud participativa con el cliente y bajo las circunstancias biopsicosociales del entorno.

Las principales ventajas de la gcp en aps pueden resumirse en las siguientes consideraciones:  
Su impacto en APS garantiza:

- Eficiencia en la asignación y distribución de recursos
- Calidad asistencial
- Idoneidad en la aplicación de procedimientos asistenciales
- Equidad en la provisión de la asistencia sanitaria
- Evaluación de la asistencia sanitaria

- Incorporación de nueva evidencia científica
- Protección jurídica a los actos de prestación de servicios
- Favorece la docencia continua
- Educación de los usuarios
- Fortalece la investigación sistemática.

***La calidad de la atención en salud debe estar respaldada por el conocimiento generado en la investigación. El conocimiento, al decir de Samuel Jonson, “es de dos clases: o conocemos el asunto por nosotros mismos, o sabemos donde podemos encontrar noticias sobre el mismo” (BOSWELL: LIFE 1775)***

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. 1ª. reimpresión México: La prensa médica mexicana, s.a. de c.v.; 1991
2. Lohr K. Strategic for Quality Assurance. Vol I, Vol II. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy, 1990.
3. Urquiza R. Conceptos de Calidad en Salud. Evid. actual. práct. ambul. 2004;7:152-155
4. Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. 1ª ed. Barcelona (España): Masson, S.A.; 2000
5. Castro Ramírez ML. Calidad de vida y promoción de la salud. en: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. 1ª ed. Bogotá: médica internacional; 2001.
6. Centre for Evidence Based Medicine, Universidad de Oxford, mayo 2000.
7. Gago TH. Rev. Electrónica de Medicina Intensiva.2003;8 (3)11. Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2003//11/REMIA008i.htm>.
8. Cofiño Fernández R., Alvarez Muñoz B., Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten primaria.2005; 35(9):478-83.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Baranchuk NS. Condiciones de eficiencia de los servicios de atención materno infantil. 1ª ed. Argentina: Dos Santos; 1987.
2. Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C, Louro González A. Lectura crítica de una guía clínica. Atención primaria en la red. Disponible en: [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)

3. Castro Ramírez MI. Calidad de vida y promoción de la salud. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. 1ª ed. Bogotá: médica internacional; 2001.
4. Cofiño Fernández R, Alvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Aten primaria.2005; 35 (9):478-83.
5. Donabedian A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. 1ª reimpresión México: La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.; 1991
6. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring Michigan: Health Administration, 1980.
7. Gago TH. Rev. Electrónica de Medicina Intensiva.2003;8 (3)11 Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2003//11/REMIA008i.htm>.
8. Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Aymerich M, Serra Prat M. Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20 (5): 259-266.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia