

**INVESTIGACIONES Y METODOLOGÍAS DE INVESTIGACIÓN**

**Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores**

**Mtro. Jorge Luis Salinas Rodríguez<sup>1</sup>; M. en ISS Héctor E. González Díaz<sup>2</sup>**

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

---

**RESUMEN**

La utilización de la evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la salud ha generado resultados importantes que permiten la mejora de los servicios ofrecidos, sin embargo en el campo de la atención psicológica su uso se ha orientado sólo a la evaluación de la satisfacción de los usuarios directos e indirectos. En este trabajo se proponen indicadores útiles para el desarrollo de programas integrales en el campo de la atención psicológica, que trascienden a la simple evaluación de la satisfacción del usuario.

---

**ABSTRACT**

The utilization of the evaluation of the quality of the attention in the environment of the health generated important results that permit the improvement of the services offered, however in the field of the psychological attention its use has been oriented only to the evaluation of the users satisfaction. In this job, are proposed indicators useful for the integral development of programs in the field of the psychological attention, that transcending to the evaluation of the users satisfaction.

---

## **La evaluación de la calidad de la atención en el sector salud: modelos y conceptos básicos.**

En 1912, en Estados Unidos, se crearon los primeros estándares mínimos de actuación profesional que deberían cumplir los miembros del Colegio de Cirujanos en hospitales y, desde entonces, se han incorporando otros criterios que contemplan a todo el sistema de atención a la salud. Este interés surge de la aceptación de los cambios que resultaron relativamente exitosos en la burocracia industrial, mismos que adoptan los hospitales a finales del Siglo XIX y los primeros 30 años del siglo XX. Sin embargo, en los inicios de la década de los 70s del siglo XX, el interés por evaluar la calidad y la productividad de los sistemas y centros de atención a la salud se incrementó sustancialmente como producto de las políticas de salud impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las crecientes restricciones presupuestales para lograr los objetivos diseñados.

En el campo de la atención a la salud, el interés por garantizar la calidad surge de la responsabilidad que el médico adquiere con su paciente de buscar lo mejor para él (principio de beneficencia). En ese sentido también, la preocupación por la calidad actualmente está asociada a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados (Suñol y Bañeres, 1997).

Regularmente, en el campo de la atención a la salud, se ha definido a la calidad considerando los siguientes criterios básicos:

- Prestar atención de acuerdo al estado actual de la ciencia;
- Prestar los cuidados apropiados a las necesidades;
- Otorgar en forma idónea la atención de cuidados de salud de que se es capaz y;
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.

De acuerdo a dichos criterios, los parámetros de la atención a la salud deben establecerse por la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad (Lee y Jones, 1993).

De esta manera, los parámetros de la calidad en el campo de la atención a la salud serán diferentes, dependiendo de la posición funcional que las personas guarden dentro del sistema de cuidado de la salud. Por consiguiente, el concepto de calidad para el médico, el paciente, el administrador, el político, el empleado, el empresario, etc. no es el mismo, propiciando que haya una gran diversidad de parámetros de la calidad, con la consecuente dificultad teórica y metodológica para compararlos o complementarlos para lograr un índice único y válido.

Sin embargo Grönroos (1983), intentando sistematizar los diferentes parámetros de la calidad, los ha agrupado en cuatro tipos, denominándolos conceptualmente como:

a) Calidad científico-técnica (que se juzga en relación a los avances técnicos y científicos disponibles en ese momento y con base en el juicio profesional);

b) Calidad funcional (es la atención que se presta tal como es percibida por el paciente o su familia);

c) Calidad corporativa (por ejemplo la imagen que transmite un centro de salud, juzgada por los pacientes, sus familiares, los pacientes potenciales y los propios profesionales y que condiciona a los otros elementos de la calidad);

d) Gestión de la calidad (que son un conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad en una institución.

Otros conceptos relacionados con la calidad son el de calidad total y control de calidad. El control de calidad hace referencia los procesos relacionados con la comprobación de la conformidad del producto con respecto a las especificaciones del diseño del mismo. El objetivo de las acciones de control de calidad consiste en identificar las causas de la variabilidad para establecer métodos de corrección y de prevención para lograr que los productos fabricados respondan a las especificaciones del diseño. Ahora bien, cuando se incorpora la calidad a todas las fases del proceso y se implican a todos los profesionales que intervienen en ellos, buscando mejorar los procesos día con día, entonces estamos hablando de Calidad Total.

Los principios de calidad total incluyen: ejemplaridad de la dirección, preocupación por la mejora continua, adhesión de todos los profesionales, cambio en la cultura de la organización para introducir y compartir los valores de la preocupación por la mejora, evaluación y planificación de la calidad, rápida circulación de la información, incorporación del punto de vista del cliente, e importancia del cliente interno (Nguyen y Kleiner, 1995).

En el sector salud, Donabedian en el año 1966 sistematizó la evaluación de la calidad de la atención conceptualizándola como una triada compuesta por "la estructura, el proceso y el resultado", marcando la evolución conceptual y metodológica del término en el ámbito de la salud.

El término "estructura" comprende las características relativamente estables de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, así como el número y tamaño, dotación y la localización geográfica de los dispositivos asistenciales, el origen del financiamiento, la organización formal e informal de la prestación de los servicios y el sistema retributivo. El examen de la estructura de atención a la salud constituye un método indirecto de medida de la calidad de la prestación de la atención, basado en el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. La manera habitual en la que se asegura una estructura adecuada es mediante la "acreditación".

El "proceso" hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. Se basa en la suposición de que es más probable obtener un buen resultado si aplicamos el conocimiento disponible y la tecnología en forma racional y planificada. De esta manera se pretende disminuir en la medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, evitando que se produzcan diferencias al establecer una indicación terapéutica, en la oportunidad de la misma, en todo el proceso subsiguiente, o en las diferentes formas de abordar un mismo problema. La mejor forma de asegurar la calidad de los procesos es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información disponible mediante protocolos y guías de práctica (Saura, 1997).

Las guías de práctica clínica son declaraciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los clínicos y a los pacientes en la toma de decisiones, con el objetivo de lograr una atención adecuada para unas circunstancias de salud-enfermedad concretas. Las Guías constituyen un intento de sintetizar un gran volumen de conocimientos. Parten del supuesto de que si se miden sistemáticamente los resultados y se revisa el tratamiento que precedió a éstos, puede determinarse el tratamiento óptimo.

Por último, los "resultados" hacen referencia a los logros, tanto en materia de salud como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanza tras una prestación de servicio determinada (Donabedian, 1980). La evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible en la práctica sobre los mismos cuando estos no son óptimos, también por la intrínseca dificultad de medir "salud" y por la insuficiente información sobre resultados psicosociales (Mira, Fernández y Vitaller, 1992).

Habría que considerar que no sólo se miden resultados técnicos. También es importante saber si el paciente queda satisfecho (Mira y cols., 1992). La atención médica debe prestarse de forma tal que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas. La satisfacción, desde la práctica médica, es un concepto multidimensional que incluye: la empatía de los profesionales en su trato con los pacientes, tipo y cantidad de información que se le presta al paciente y familiares, competencia técnica del personal, comodidad de las instalaciones, facilidades de acceso, complejidad burocrática del sistema, continuidad de los cuidados, resultado percibido de la atención y, cuando proceda según el tipo de sistema de aseguramiento o centro, una valoración por parte del paciente del coste del tratamiento (Dickens, 1994).

## **2. Definición de calidad de la atención.**

Desde diferentes perspectivas se ha intentado definir la calidad, algunas lo hacen desde un punto de vista funcional (Por ejemplo, Bloom y Peterson en 1973; Donabedian en 1984, Jones en 1990 y Paganini en 1993) y otras a través del análisis de sus componentes. En las definiciones de tipo funcional se resalta que los servicios deben tener un conjunto de características (técnicas y humanas que se adecuen a las necesidades de salud de los pacientes) para el logro de los objetivos de salud perseguidos o esperados y Donabedian (ibid.) es el autor que inicialmente enfatiza la importancia de las

condiciones contextuales (amenidades) del proceso de atención para el logro de los objetivos. Así, en las definiciones de tipo funcional encontramos dos elementos generales que permiten definir la calidad: los elementos de tipo técnico-profesional-científico y aquellos de tipo humano o de relación interpersonal en donde se incluyen las amenidades.

Respecto a las definiciones que definen la calidad con base en el análisis de sus diferentes componentes, probablemente la autora más citada sea Palmer (1983), para quien los elementos de la calidad de la atención son:

a) Calidad científico-técnica: competencia del profesional para utilizar de forma idónea los más avanzados conocimientos y los recursos a su alcance para producir salud y satisfacción en la población atendida. Debe considerarse tanto en su aspecto estricto de habilidad técnica, como en el de la relación interpersonal establecida entre el profesional y el paciente.

b) Accesibilidad: facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de manera equitativa por la población, en relación con las dificultades organizativas, económicas, culturales, etc.

c) Efectividad: grado con que la atención de la salud consigue producir una mejora del nivel de salud del paciente o de la población, en condiciones de aplicación reales

d) Eficiencia: grado con el que se logra obtener el más alto nivel de calidad posible con unos recursos determinados. Relaciona los resultados con los costos generados, tanto para el prestador de servicios, la institución y el paciente.

e) Satisfacción o aceptabilidad: grado con que la atención prestada satisface las expectativas del usuario.

El análisis de los dos tipos de definiciones nos permite establecer que la calidad de la atención tiene dos componentes interactuantes importantes: 1) Los aspectos relacionados con la prestación del servicio, tanto en lo que se refiere a la infraestructura, los insumos, la adecuación a las características de la población que se atiende, la cualificación del personal, los procesos de cuidado de la salud conforme al desarrollo técnico-científico del momento, entre otros que se denominan "técnicos"(aquí cambia en psicología ...pues el resultado es producto de ambos) y; 2) los aspectos relacionados con la interacción social en todo el proceso que se denominan humanos.

Estos dos componentes están ligados de manera indisoluble, ya que aisladamente no sería posible obtener un nivel aceptable de la calidad en la atención. Se podría contar con unidades de atención, ya sea hospitalaria o clínica, altamente dotados con los adelantos tecnológicos, personal super-especializado y una excelente organización para dar respuesta a las demandas de atención a la población, sin embargo la carencia de personal sensible a las necesidades individuales de los pacientes, sin un trato amable e interesado auténticamente, en un ambiente de consideraciones y respeto crea en los usuarios de los servicios reticencias que se manifiestan en un bajo nivel de adherencia y muchas veces pobres resultados médicos acompañados por una sub-utilización de los servicios con mayores costos a mediano y largo plazo; lo contrario crea efectos aún más catastróficos.

De esta manera, es importante que haya un balance óptimo entre los aspectos técnicos y los humanos. Respecto a los aspectos técnicos, la medicina ha desarrollado estándares para asegurar que se cumplan los elementos mínimos para lograr sus objetivos y evitar los excesos en un ámbito de crecientes restricciones presupuestales, principalmente en el Sector Público. Relacionado con el aspecto humano, se han hecho esfuerzos para capacitar al personal para mejorar las interacciones que tienen con los usuarios de los servicios y evaluar la satisfacción del paciente con los servicios obtenidos; habría que señalar que, actualmente, las restricciones presupuestales, las demandas de atención creciente y una inadecuada organización del Sistema Público e Institucional de Salud en México han limitado una mejora efectiva en ese aspecto en particular y, en general, en todo el sistema del cuidado de la salud.

Dado que los aspectos técnicos de la prestación de servicios médicos, incluidos los sanitarios y preventivos, se han evaluado y monitoreado por el mismo Sistema de Salud de acuerdo a sus propias normas, la parte relacionada con los aspectos humanos, y algunos aspectos técnicos (ubicados en la estructura, el proceso y el resultado) se han evaluado a través de la satisfacción del paciente o usuario y se ha considerado que es una estrategia que ha permitido obtener información acerca de la eficacia de la atención médica y del cumplimiento, o incluso utilidad, de los estándares de los servicios y su mejora constante.

En este aspecto es conveniente determinar a que nos referimos con el término "satisfacción", su evaluación y su importancia para determinar la calidad de la atención.

### **3. La satisfacción en la evaluación de la calidad de la atención.**

La satisfacción del paciente o usuario de los servicios de salud depende de múltiples factores, pero tiene una relación de dependencia de la atención que se otorga con los valores y expectativas de los usuarios, determinando en gran medida el grado de utilización de los servicios, en la adherencia al tratamiento y en los resultados que se obtengan; así mismo, los datos se integran al análisis de estrategias para mejorar los servicios.

La definición de satisfacción será diferente, según lo entendamos como un concepto genérico o restringido que refleje aspectos específicos de la experiencia de los usuarios, en virtud de la atribución que estos hagan a los servicios recibidos, al cumplimiento de sus expectativas positivas en relación a varios aspectos del servicio, incluyendo la interacción personal, entre otros.

Como sea, un componente esencial de la satisfacción es el cumplimiento de las expectativas, éstas se conciben como la probabilidad percibida por un individuo de que ocurra un evento cuando anteriormente ocurrieron varios del mismo tipo en condiciones similares. Aunque la confirmación de expectativas es un fenómeno muy complejo, e intervienen diversos factores de la propia historia del individuo, se puede plantear que cuando menos hay cuatro tipo de expectativas que utiliza en el momento en que el usuario evalúa los servicios:

1. Lo ideal a lo esperado.
2. Lo mínimo al menor nivel esperado
3. Lo esperado en relación a la experiencia anterior
4. Lo merecido a lo esperado.

Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el usuario/cliente porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades; esto, supone que los pacientes son racionales y capaces de realizar opciones pertinentes, cumpliendo así el imperativo ético de involucrarlos en la mejora de la calidad de los servicios (Caminal, 2001). Algunos autores agregan que la satisfacción del usuario depende de la resolución de sus problemas, del resultado del cuidado de acuerdo a sus expectativas, del trato personal que recibieron y el grado de oportunidad y amabilidad con la cual el servicio fue brindado (Caligiore y Díaz, 2003; Castañeda, y González, 2002; Valdez, Román, y Cubillas, 2002); sin embargo, al evaluar la satisfacción del usuario no podemos perder de vista que él mismo hace valoraciones respecto a los aspectos de la estructura y el proceso de la atención, tanto de manera prepositiva como incidental y que, por lo tanto dicha evaluación debe considerar tales componentes.

Sin duda, el desarrollo y el éxito de la evaluación de la calidad de la atención médica han influido en diversos ámbitos que están orientados a los servicios personales de poblaciones y no solo a la oferta de productos concretos. Un ámbito de servicio cuya naturaleza es similar al de la atención médica, y que también se ejerce en ambientes de atención a la salud biológica, así como en otros ámbitos, es el de salud mental o psicológica, incluyendo la evaluación y la orientación. La aplicación de la psicología en ámbitos de la salud y en consultorios, para ayudar a las personas a desarrollar alternativas a comportamientos que desean cambiar, tradicionalmente se le ha denominado psicología clínica y al proceso de atención psicoterapia –aunque hay quienes hacen distinciones en relación a términos relacionados como orientación, evaluación, etc.; pero en este trabajo los consideraremos dentro del proceso de psicoterapia o terapia– y nuestro interés es centrarnos en la aplicación de la evaluación de la calidad de la atención en este ámbito.

En la actualidad ha habido un creciente interés en la evaluación de la calidad en psicología, principalmente en ámbitos de atención psicoterapéutica y de orientación (por ejemplo, véase, Rosenblatt, Wyman, Kingdon e Ichinose; 1988), sin embargo este interés manifiesta una tendencia generalizada hacia la evaluación de la satisfacción del usuario o paciente de los servicios de salud mental. Esta tendencia, en comparación con el ámbito de la salud médica, manifiesta una perspectiva que reduce la evaluación de la calidad de la atención psicológica a la satisfacción de acuerdo con la opinión de los usuarios del servicio. Si bien esta estrategia de aproximarse a la calidad es importante en la medida en que se obtiene información para establecer el grado en que los servicios de atención psicológica están satisfaciendo las necesidades de los usuarios, también es cierto que es un indicador muy limitado y a veces cuestionable en la medida en que no existen otros indicadores relacionados con la estructura, el proceso y algunos parámetros científicamente derivados de los resultados. Así, el reporte de satisfacción de los usuarios nos ofrece información valiosa, pero de utilidad limitada para apreciar en toda su dimensión la calidad con la que se está ofreciendo un servicio y detectar las

áreas de mejora del mismo.

La evaluación de la calidad de la atención debe tener las características de integralidad y sistematicidad para que sea confiable y válida, considerando componentes adecuados a la naturaleza del servicio tanto de la estructura como del proceso y el resultado, conforme lo estableció Donabedian (1984). Asimismo, la evaluación de la satisfacción del usuario con el servicio debe definir sus componentes de acuerdo con la triada arriba señalada. Elaborar estrategias e instrumentos de evaluación de la satisfacción implica, entonces, seleccionar componentes de la atención que están definidos por la naturaleza y organización del servicio que se ofrece en un contexto institucional y cultural determinado. Si los instrumentos de satisfacción están diseñados sin haber hecho un análisis de los componentes definitorios del servicio, en los tres niveles antes mencionados, entonces habrá pocas posibilidades de encontrar áreas y procesos que mejorar efectivamente y, por lo tanto, los resultados serán espurios, sobre todo en situaciones de práctica institucional.

De este modo, se hace necesario ahondar en la importancia de evaluar la calidad de los servicios psicoterapéuticos, principalmente aquellos que se realizan en un ámbito institucional como son centros de salud y ambientes académico-profesionales y establecer mecanismos de mejora en los mismos, es necesario elaborar un análisis de su aplicación y establecer los límites y los alcances de dicha propuesta. En ese sentido, es importante plantear el qué, el cómo y para qué de la evaluación de la calidad en psicoterapia.

### **3. La evaluación de la calidad de la atención en el ámbito de la psicología.**

Existen varias clasificaciones y modelos de la evaluación de la calidad de la atención, todos en el ámbito de la medicina; sin embargo, el modelo más relevante y reconocido en ese campo es el de Pabón (1985) ya que, como el lo cita, esta elaborado en forma de diagrama y utiliza las clasificaciones sugeridas por Donabedian, Suchman y Echeverri. El modelo, o sus clasificaciones en su totalidad, no son aplicables tal cual a situaciones de la oferta de atención psicológica de tipo "clínico", ya que la naturaleza de la práctica médica es diferente (tanto operativa como organizacional). Sin embargo, algunas clasificaciones creemos que si pueden ser adaptadas a las características de la práctica de la psicología clínica; sobre todo, en ámbitos de práctica extendida, como en una clínica de salud, hospitales o en modelos de centros de atención universitarios con servicios a la comunidad. Su rango de aplicación en la atención privada, ya sea individual o de pequeños grupos, es más limitada y regularmente se orienta a la evaluación de la satisfacción, dejando de lado componentes relacionados al proceso y el resultado.

A partir de este planteamiento, sugerimos que varias clasificaciones, organizadas por las propuestas de Donabedian como eje, pueden adecuarse para ser utilizadas en la evaluación de la calidad de la atención psicológica. ¿Qué condiciones y características debe tener la institución en la que se lleva a cabo la atención psicológica, tradicionalmente denominada "clínica", para aplicar diversas clasificaciones en la evaluación de la calidad de la atención?

Creemos que en este punto es más fácil que sean instituciones de salud que lleven a cabo prácticas de aplicación de la psicología, tanto intensiva como



extensa; es decir, en donde se lleven a cabo varios procesos de atención concurrentemente y de manera especializada en los servicios como la psicología llamada "Clínica", la Educación Especial, la Rehabilitación, la Psicología de la Salud, entre otras.

Otra característica que facilita en gran medida la utilización de clasificaciones y componentes de la evaluación de la atención médica al campo de la aplicación de la psicología es que las instituciones tengan objetivos orientados a la atención de las necesidades de la comunidad y la prevención en su área de influencia dentro de su ámbito de competencia profesional. Es decir, que se requiere tener contemplado la movilización de recursos humanos, institucionales y materiales fuera de la unidad física en la que se prestan los servicios para beneficio de la comunidad, tanto para la intervención, como para la prevención; con esto, se logra mayor eficiencia y eficacia con menor desperdicio de recursos.

Una característica que nos parece fundamental es que se tengan identificados de manera concreta e inconfundible los procesos de la atención y los procedimientos aplicables en cada uno de los primeros. Es decir, es necesario que se tengan identificadas, definidas, planeadas y organizadas todas las etapas de la atención, así como los procesos que lo componen, los procedimientos que pueden intervenir en cada proceso y caso, así como los criterios de éxito y error. Al respecto, en psicología clínica existen varios modelos de evaluación e intervención con base en diversas posturas teóricas. Sin embargo, algunos modelos facilitan más la aplicación de un programa integral de evaluación de la calidad, como es el caso de modelos con base en una orientación conductual ya que en éstos se identifican más fácilmente fases y procesos definidos y sistematizados, que siguen líneas de proceso generales como son: a) entrevista-evaluación-medición; b) diagnóstico; c) generación de alternativas de solución, d) intervención-evaluación y e) seguimiento.

Finalmente, también debe estar plenamente identificada la estructura organizacional de la institución, los recursos materiales con los que cuenta, sus características y la posibilidad de desarrollar programas de prevención e intervención a nivel individual y comunitario.

#### **4. Una propuesta de clasificación para la evaluación de la calidad de la atención en ámbitos de la aplicación de la psicología en instituciones de servicio social comunitario.**

Nuestra propuesta considera las clasificaciones ofrecidas por Donabedian (1980) principalmente, pero también otras planteadas en el modelo desarrollado por Pabón en 1985.

Inicialmente, el desarrollo de cualquier programa de evaluación de la calidad requiere de la definición del concepto de calidad del cual se va a partir. La propuesta es que, independientemente de que puede utilizarse cualquiera de las ya reseñadas previamente en este trabajo, es importante diseñar o adherirse a una que contemple todos los elementos del servicio y se adecue al objetivo esencial del mismo. La definición elegida o diseñada debe permitir la clarificación de los elementos, su naturaleza y cualidades, que componen el proceso de evaluación. Es decir, partimos de la necesidad de poner en claro la

connotación del concepto calidad de acuerdo con el contexto en el que se va a utilizar.

De manera general, se puede adoptar el concepto técnico de calidad que definiremos: *"como la manera de hacer las cosas en las que predomina el interés de satisfacer al usuario y mejorar cotidianamente los procesos y resultados."* Esta conceptualización implica considerar a la mejora continua como manera de gestión para lograr los objetivos de la calidad.

La calidad, en este sentido está dada por diversos factores en interacción, que contemplan tanto a los prestadores del servicio, como la estructura del mismo y a los usuarios,

La definición de calidad anterior nos permite plantear, al menos, un objetivo general pero se recomienda que sean varios. Ejemplos son los siguientes.

- 1) Buscar activamente la satisfacción del usuario, priorizando la satisfacción de sus necesidades y expectativas.
- 2) Orientar la cultura de la organización, dirigiendo los esfuerzos hacia la mejora continua e introduciendo métodos de trabajo que lo faciliten.
- 3) Motivar a los prestadores del servicio para que sean capaces e producir servicios de alta calidad.

Los programas de calidad deben considerar al menos los siguientes parámetros, que de acuerdo a Aranaz (1994) pueden citarse de esta forma:

- 1) Prestar servicios de atención psicoterapéutica, de acuerdo al estado actual de la ciencia.
- 2) Proporcionar a los usuarios del servicio la orientación apropiada a sus necesidades.
- 3) Otorgar en forma idónea la atención psicoterapéutica de que se es capaz y de acuerdo con el desarrollo actual en las teorías y conforme a los adelantos en la psicología moderna.
- 4) Lograr orientaciones y cambios de conducta que satisfagan a los usuarios y sus grupos de origen y/o referencia socio-cultural.

En este aspecto, el desarrollo de parámetros puntuales e indicadores de la calidad deben ser establecidos por la comunidad científica, el usuario del servicio psicológico y la sociedad, como lo han planteado Lee y Jones (1993). Es claro que, para esto, es necesario partir de las definiciones que da Grönroos (1983) y separar las diversas connotaciones del concepto de calidad que en este trabajo utilizaremos como:

- a) Calidad científico-técnica: misma que se juzgará conforme al juicio profesional y los avances técnicos y científicos en el campo de la psicología.
- b) Calidad Funcional: se juzga con base en la percepción que el usuario tiene de la atención recibida, su familia y/o la comunidad y evaluada como

"satisfacción" en la psicoterapia.

c) Calidad Corporativa: juzgada a través de la imagen que transmite el centro de atención psicoterapéutico para los usuarios, sus familiares, los usuarios potenciales, sus profesionales–practicantes, la comunidad y la propia institución a la que está adscrito el servicio.

El logro de la calidad de la atención psicoterapéutica desde esas tres connotaciones, mismas que son integrales, requiere de un proceso continuo de evaluación. Este proceso, cuando ha logrado institucionalizarse utilizando un conjunto de técnicas de organización orientadas a la obtención de los niveles más altos de calidad se han denominado "Gestión de la Calidad". La implicación importante en la Gestión de la Calidad son los ajustes y cambios consistentes y constantes en la organización del servicio y los procesos implicados para lograr los resultados esperados; no basta con evaluar, si los resultados de esa evaluación no llevan a cambios o ajustes de manera oportuna y sustentada de cualquier parte del sistema que no esta funcionando, en cualquier nivel, o bien, al fortalecimiento de aquellos elementos que permiten el logro de los resultados esperados.

Ahora bien, la evaluación de la calidad de la atención en ámbitos de aplicación de la psicología debe comprender algunos componentes que retomaremos de la clasificación que nos ofrece Pabón (1995) y, principalmente de Donabedian (1980), como ya lo habíamos explicado anteriormente. Recordemos que Donabedian, en 1966 sistematizó, la calidad como una triada "Estructura, Proceso y Resultado" y retomaremos aquellos elementos que consideramos adecuados a la práctica de la psicología, principalmente la llamada clínica.

Al considerar la estructura, debemos tomar en cuenta el supuesto de que la calidad de los medios puestos a disposición de la prestación del servicio condiciona la calidad del mismo. En ésta se ubica todos aquellos elementos que tienen características relativamente estables de los proveedores de la atención, sus instrumentos, los lugares físicos, los recursos humanos y financieros, su distribución, su cualificación profesional, la localización geográfica, etc. Las dimensiones más importantes de la estructura son la Disponibilidad y la Accesibilidad. La disponibilidad define los recursos (horas terapeuta, consultorios) por un número determinado de personas en la población objetivo. Para que la disponibilidad tenga significado válido los recursos deben aludir a los existentes, en capacidad de funcionamiento y dedicados a las actividades de los servicios.

Además de la disponibilidad de recursos se requiere que estos recursos sean accesibles a la población a la cual están dirigidos. La accesibilidad está entonces íntimamente ligada con la disponibilidad, a pesar de ser conceptos distintos. En el estudio de accesibilidad de servicio, se deben de considerar las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso del servicio por parte de la población; obstáculos económicos determinados por la capacidad adquisitiva de la población, frente a las tarifas establecidas, obstáculos de la organización de los servicios del área y la clínica, determinados por la localización física, o los horarios de atención, barreras culturales determinadas por actitudes negativas creencias desfavorables respecto de los servicios. La disponibilidad y accesibilidad afectan tanto las variables que determinan la eficiencia del área (productividad y utilización) como las variables que determinan los resultados sobre la población (calidad y uso)

Con respecto al "proceso" existen algunos componentes y criterios que

podemos retomar y que se adecuan a los servicios que deseamos evaluar, que son:

–**Extensión e intensidad de uso**: la extensión del uso señala proporción de la población objetivo que hizo contacto con el servicio durante cierto periodo, pero no dice si el contacto era necesario (o si tuvo el efecto esperado)

La extensión de uso se calcula dividiendo el número de usuarios por la población objetivo en un periodo dado (proporción de personas que usan el servicio en un periodo dado)

Erróneamente, se confunde con frecuencia el concepto de cobertura con el de **extensión de uso** cuando se contabiliza en el denominador a toda la población que usa los servicios y no aquella que tiene "real" necesidad de los mismos.

–**La cobertura** se refiere a la proporción de personas que necesitan los servicios y los usan. El uso del servicio por parte que no lo necesita y el no uso por parte de quienes lo necesitan pueden explicar por qué una baja cobertura de los servicios puede existir con un alto o creciente uso por la población. Cuando esto sucede, se encontrará simultáneamente un incremento de la **intensidad de uso**, o sea del número de servicios prestados a cada usuario por unidad de tiempo.

La intensidad de uso se calcula dividiendo el número de unidades de servicio (por ejemplo, entrevista, mediciones, diagnóstico, fases de programa, etc.) por el número de usuarios de los mismos y se expresa en el número de consultas por consultante, el número de entrevistas por consultante u otros procedimientos que se definen como parte del logro de los objetivos de los usuarios.

–**La utilización cuantitativa** se define como la relación entre el recurso ocupado y el recurso existente por unidad de tiempo. Este indicador mide el empleo real de los recursos de la agencia, y por consiguiente, permite identificar el recurso existente no utilizado o sub-utilizado. Como indicadores de utilización se tiene la proporción de cubículos existentes que son ocupados con usuarios y la proporción de horas de práctica que son efectivamente trabajadas.

–**Productividad y rendimiento**: Se define como productividad, el número de actividades o servicios desempeñados por una unidad de recursos existente (cubículo o pasante) en un tiempo dado. Los promedios de egreso por cubículo- semestre o año, de consultas por hora terapeuta u hora proceso son indicadores que se pueden generar de acuerdo con las características del servicio; es muy útil cuando también se quiere comparar en relación a otras agencias.

Al analizar la productividad de un programa o servicio el estudio de su comportamiento histórico puede servir para establecer metas sobre lo que es deseable y posible. El análisis de la productividad es esencial antes de considerar un incremento de los recursos pues en ocasiones es posible aumentar la productividad y resulta lo más indicado.

–**Calidad**: la calidad técnica se define en términos de cuatro variables:

- a) la integridad: es decir, satisfacer todas las necesidades de los usuarios.
- b) los contenidos: es decir, hacer todo lo que se debe hacer en cada caso.
- c) la destreza: es decir, hacer bien lo que se debe hacer y
- d) la oportunidad: es decir, hacer a tiempo y en secuencia adecuada lo que se debe hacer.

Las especificaciones de estas variables son muy propias de cada servicio, y en particular del de psicología clínica. Estas especificaciones constituyen el contenido de las normas corrientes sobre los procedimientos que se emplean en el servicio en cuyo cumplimiento se puede gastar energía ineficientemente a menos que se haya comprobado adecuadamente su validez, es decir, su relación con una eficacia del servicio, previo el control de los factores externos determinantes.

Para evaluar los servicios de psicología clínica se requiere inicialmente tener una descripción orientada de tres elementos generales: la población con sus necesidades, los recursos de atención existentes y las actividades fundamentales que desarrollan esos recursos.

Cualquiera que se el marco teórico y conceptual que se adopte para conocer la realidad y emitir un juicio evaluativo, no puede prescindir de estos tres elementos que describen la situación.

**La población y sus necesidades de atención psicológica:** se enfoca a ilustrar la forma como se podrían describir, con la información disponible, las necesidades de atención psicológica de la población: cuales son los principales trastornos psicológicos, tanto aquellos que son irrelevantes a la vida inmediata de las personas como aquellas invalidantes y causantes de muerte. Con esto se pretende obtener una apreciación de las prioridades, para orientar el esfuerzo evaluador en el Universo de necesidades y servicios.

**Recursos:** se enfoca a la descripción de los bienes o medios existentes en el servicio de psicología clínica, no sólo en términos de las cantidades sino también de su arreglo o composición. Se trata de ver la consistencia que existe entre el inventario básico y las políticas y estrategias establecidas.

**Actividades:** se describen las actividades más significativas que desarrollan los servicios de atención psicológica con los recursos existentes. El tipo y el volumen de actividades, son elementos que representan el producto más inmediato de los proveedores y sirven de base para estimar buena parte de los indicadores de conceptos evaluativos.

El objetivo de llevar a cabo un análisis básico de necesidades es el de proveer criterios técnicos para la determinación de prioridades para la asignación de recursos y servicios. Para evitar sesgos se trata este concepto independiente de los servicios que ofrece la institución. La evaluación de las necesidades da a los directores de la agencia los criterios para repartir recursos entre programas y servicios.

La evaluación de las necesidades de la población permite a la agencia dar respuesta a dos preguntas fundamentales.

- a. Qué grupos de población requieren servicios de atención psicológica?
- b. Qué prioridad se debe dar a estos servicios?

Frecuentemente la necesidad se confunde con la demanda, pero ésta muestra las necesidades sólo de la fracción de población que llega a los servicios.

Respecto a los recursos, estos son bienes que se utilizan para producir y proveer los servicios. En la práctica, se clasifican en dos grandes grupos: los recursos físicos y los humanos. En su conjunto, se les llama infraestructura de los servicios y constituye el patrimonio que un administrador tiene bajo su tutela.

Una descripción de los recursos de atención psicológica debe orientarse en un principio al universo de instituciones, agencias y agentes de atención psicológica, especialmente cuando la población tiene libre acceso a diferentes opciones de servicio. Un inventario de una agencia puede dar una visión equivocada si no tiene en cuenta los recursos de otras agencias y agentes informales para la misma población.

La descripción de los recursos del servicio de psicología clínica debe orientarse a responder a las siguientes preguntas:

-Qué y cuantos recursos posee el servicio y dónde está localizado?

-Cómo están organizados con respecto a los servicios que prestan?

-Cuál es su estado en cuanto a funcionamiento?

-A qué área y población están orientados?

-Cuál es la composición necesaria y suficiente de recursos para proveer el servicio?

Con respecto a las actividades: éstas se definen para el cumplimiento de los objetivos del servicio de psicología clínica los recursos, tanto humanos como físicos, deben desempeñar determinadas funciones que se miden en términos de actividades, que a su vez pueden desglosarse en tareas.

Las actividades, en consonancia con los recursos, se clasifican en tres grupos:

1) Las actividades de servicios finales que están ligados estrictamente con los objetivos de los usuarios y el proveedor, por ejemplo la consulta

2) Las actividades de servicios intermedios, los cuales complementan las actividades finales como son los servicios médicos, los de diagnóstico psicométrico, o la referencia temporal a otros profesionales y prestadores de servicio.

3) Las actividades administrativas que facilitan los dos primeros, por ejemplo el reportar, las asesorías por medio del supervisor o profesor, y el llenado de formatos, etc.

Evaluación del esfuerzo: Si bien los resultados o impactos de los servicios

sobre las necesidades de atención psicológica de las personas debe constituir la parte central de la evaluación, ya que en ausencia de los mismos todo esfuerzo es perdido, el administrador debe confrontar el producto o el resultado logrado con el esfuerzo que se ha desarrollado para alcanzar ese resultado.

En el proceso de atención se tienen dos tipos de elementos cuya calidad es posible de evaluar, unos de carácter técnico y otros de carácter humano y ambiental. Los elementos de carácter técnico tienen que ver preferencialmente –pero no exclusivamente– con la eficacia de los servicios. Lo propio puede decirse de los elementos humanos y ambientales que determinan preferencialmente la satisfacción del usuario pero que pueden afectar de manera notable los resultados clínicos esperados.

La calidad del servicio depende esencial –pero no exclusivamente– del acto psicoterapéutico en términos de sus especificaciones técnicas, la oportunidad en la prestación del servicio, la continuidad del tratamiento, la integridad de la atención y las relaciones interpersonales entre el usuario y quienes prestan el servicio.

El acto psicoterapéutico es influido notablemente por la infraestructura administrativa pues de ella depende disponer oportunamente del personal, los instrumentos y los elementos necesarios para su realización.

La infraestructura administrativa afecta directamente la calidad técnica pues, por ejemplo: la oportunidad del contacto en el servicio y el usuario depende del diseño y de la operación de los procesos administrativos. Así mismo afecta directamente la calidad humana, ya que la apreciación del usuario depende del ambiente físico que encuentre (limpieza, orden, iluminación, etc.) y de su contacto con el personal administrativo. En resumen, ante problemas de calidad inadecuada debe mirarse primordialmente a factores internos del servicio.

Respecto a los **resultados**, la evaluación de los servicios debe fundamentarse en una apreciación de sus resultados o de su impacto sobre las personas que son el objetivo de los servicios.

El resultado último de las acciones de los servicios de salud sobre la población se define como efectividad. La efectividad es un concepto último ya que el flujo operacional se inicia en la población donde algunos individuos perciben cierta necesidad, hacen contacto con los servicios diseñados para resolverla y regresan a la población con su necesidad resuelta o bien con la misma u otras necesidades.

**Efectividad:** Para determinar la efectividad de un servicio se debe conocer la situación psicológica de la población–objetivo (necesidad), antes y después de realizar las acciones que se pretende evaluar.

La noción de efectividad se enfoca a determinar el volumen y la naturaleza de los trastornos psicológicos, las incapacidades y los riesgos, sus causas y las características de los grupos en los cuales se presentan con mayor y menor frecuencia.

Los indicadores de efectividad que miden retrospectivamente el impacto de los servicios, sirven así mismo para reflejar en gran parte las necesidades que

prospectivamente les corresponde satisfacer a dichos servicios.

**Cobertura:** La cobertura se define como la proporción de personas con necesidad de servicios que han recibido para dicha necesidad. Indica, en otras palabras, si los servicios de salud están llegando a la población que realmente los necesita y por consiguiente dista mucho de las nociones de afiliación o población asignada, con las cuales se confunde tan frecuentemente como incorrectamente.

**Eficacia:** El segundo gran factor que condiciona la efectividad de los servicios es su eficacia o resultado en los usuarios. Se mide en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio. Si el objetivo del servicio de psicología clínica es la solución de problemas, entonces la eficacia es la proporción de usuarios que resolvieron el problema que los llevó ahí.

Para cuantificar la eficacia es importante definir claramente el resultado deseado con el servicio ya sea de tipo preventivo, curativo o rehabilitativo.

Existen, además de los criterios de clasificación del estado psicológico del usuario, otros criterios más subjetivos que se refieren a otra dimensión de la eficacia, en términos del grado de satisfacción que el usuario obtiene como consecuencia del "trato recibido". Al primer resultado que llamamos eficacia clínica se puede agregar un segundo resultado o eficacia en términos humanos comúnmente llamado "satisfacción".

La eficacia del servicio está determinada por dos factores principales:

- a) La calidad, que dependen fundamentalmente de factores internos de la agencia (humanos, físicos, tecnológicos) y
- b) Factores externos relacionados con las características y capacidad de los usuarios, sus condiciones de vida, sus actitudes frente a los trastornos psicológicos y los servicios.

**Eficiencia:** La relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados se conoce como la eficiencia del servicio o programa.

Por otra parte el esfuerzo del servicio se puede expresar en los recursos consumidos o en su traducción económica, el dinero gastado, que tiene la enorme ventaja de que permite una comparación entre resultados que se obtienen por la prestación de servicios que exigen recursos de distinta naturaleza.

Las siguientes estrategias permiten aumentar la eficiencia pues mejoran los resultados sin necesidad de incrementar los recursos:

- Concentración de atención del servicio en los casos de alto riesgo a través de acciones de mercadeo (Orientación hacia la Comunidad).
- Selección de procedimientos diagnósticos de máxima confiabilidad.
- Mejoramiento de las relaciones interpersonales entre los proveedores y los usuarios.



Otras estrategias conducen al aumento de la eficiencia pues comportan una disminución de los costos sin afectar los resultados del servicio.

Reducción del número de usuarios que no necesitan el servicio.

Eliminación de procedimientos de diagnóstico y psicoterapéuticos de escasa especificidad

Disminución de la capacidad subutilizada.

En general, la eficiencia es un componente de la evaluación de la calidad que es importante obtener y observar sus relaciones con otros indicadores para mejorar las actividades que definen a la agencia. Para esto, la evaluación de la calidad de la atención psicológica requiere de un proceso de planeación integral que derive en un programa concreto y factible, para lo cual en este trabajo hemos planteado los indicadores generales que consideramos son la base para llevar a cabo dicha tarea.

## **Conclusiones**

La evaluación de la calidad de la atención psicológica es un proceso factible y válido si es contemplado en un programa operativo con indicadores concretos y estrategias de recolección de información diseñadas de acuerdo a la naturaleza del servicio que se ofrece; en muchos casos la sola evaluación de la satisfacción como indicador de calidad es de poca utilidad si no se comparan los resultados con indicadores objetivos de la estructura, el proceso y los resultados. Es también importante que la información obtenida se utilice para detectar fallas y fortalezas en el servicio y se hagan los arreglos necesarios para lograr las metas planteadas, así como su mejora constante. Al respecto, es importante utilizar la mayor cantidad de indicadores de la actividad del servicio, ampliar los márgenes de acción del mismo, optimizar los recursos disponibles y establecer mecanismos permanentes para garantizar el programa de evaluación que se elabore. El desarrollo de un programa de evaluación de la calidad de la atención psicológica requiere del concurso de todos los implicados en el servicio prestado y debe asegurarse mecanismos que motiven la participación de los mismos.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

Aranaz, J. (1994). La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. En: Matías-Guío, J. y Laínez, JM. Gestión sanitaria y asistencia neurológica. Barcelona: JR Prous Ediciones.

Bloom, B., S. y Peterson, O. (1973) End results, cost and productivity of Coronary-Care Units. The New England Journal of Medicine . Vol. 2 p. 72-77

Dickens, P. (1994). Quality and excellence in human services. Chichester: Wiley.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank

Memorial Fund Quartely, 44, 166–203.

Donabedian, A. (1980). Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, ML Health Administration Press, 1–31.

Donabedian, A. (1984) La Calidad de la Atención Médica. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México

Grönroos, Ch. (1983). Strategic management and marketing in the service sector. Boston: Marketing Science Institute.

Jones, L., W. (1990). The Fundamentals of Good Medical Care. Revista de Salud Pública de México. Vol. 32, No.2, pp245–247.

Lee, R. y Jones LW. (1993). The fundamentals of good medical care. Chicago: Chicago University Press.

Mira, J.J., Fernández, E. y Vitaller, J. (1992). La Calidad de la Asistencia en Salud Mental. Informació Psicológica, 48, 62–71.

Nguyen, A. y Kleiner, BH. (1995). Technical Report: European company examples of excellent quality management. International Journal Vehicle Design, 16, 594–599.

Pabón, H, P. (1985) Evaluación de los servicios de salud: conceptos, indicadores, ejemplos de análisis cuantitativo y cualitativo –Modelo PRIDES. Universidad del Valle, Facultad de Salud, Departamento de Medicina Social, Cali, Colombia.

Paganini, J., M. (1993). Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. Cuaderno Organización Panamericana de la Salud. Washington, E.U.

Palmer, HR. (1983). Ambulatory health care evaluation: principles and practice. American Hospital Publishing.

Rosenblatt, A., Wyman, N., Kingdon, D., e Ichinose,C. (1988). Managing what you measure: creating outcome-driven systems of care for youth with serious emotional disturbances. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 25, 177–193

Saura, J. (1997). Construcción y evaluación de protocolos o guías para la práctica. En: J. Saturno, J.J. Gascón, P Parra (Eds.). Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma.

Suñol, R. y Bañeres, J. (1997). Origen, evolución y características de los programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud. En: J. Saturno, J.J. Gascón y P. Parra (Eds.) Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma

<sup>1</sup> Profesor Asociado B T.C. del Área de Psicología Clínica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

<sup>2</sup> Profesor Asociado C T.C de la División de Posgrado e Investigación de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala

---

© **2010 Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (ULAPSI)**