

TESIS
G.S.S.2002
M37

**UNIVERSIDAD CATOLICA ANDRES BELLO
VICE - RECTORADO ACADEMICO
DIRECCION GENERAL DE LOS ESTUDIOS
DE POST GRADO**

**POST GRADO EN GERENCIA EN
SERVICIOS DE SALUD**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO:

**CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA
PERSPECTIVA DEL USUARIO EXTERNO**

Asesor:

Profesor Dr. Armando Cova

Autor:

Dra. Julia Martino

Caracas, junio del 2002

INDICE

Introducción	1
Capítulo 1: el Problema	3
1.1.Planteamiento del problema.....	4
1.2.Formulación del problema	4
1.3.Objetivos generales.....	4
1.4.Objetivos específicos	5
1.5.Justificación de la investigación.....	5
1.6.Factibilidad.....	7
Capítulo 2: Marco teórico.....	9
2.1 Antecedentes históricos.....	9
2.2 Calidad de atención médica	
en la década de los 80.....	19
2.2.1.Campo de la Salud.....	19
2.2.2.Campo industrial.....	36
2.3 Calidad de Atención Médica	
en la década de los 90.....	41
2.3.1.Perspectivas de los usuarios	
Exploración conceptual.....	41

2.3.2 Reflexiones en relación a Modelos de evaluación.....	55
Marco Metodológico.....	63
Bibliografía.....	66

INTRODUCCIÓN

La **Calidad de la atención Médica** es un concepto fundamental para los Sistemas y Servicios de Salud.

La preocupación por brindar una Atención Médica de Calidad ha estado siempre presente en el "que hacer" de los profesionales de la Salud, quienes utilizan el método científico para realizar sus investigaciones, logrando de esta forma los niveles de conocimientos alcanzados por la medicina moderna.

Gran parte de estos profesionales, dada su condición de científicos son capaces de elaborar hipótesis, probarlas y de ser validadas en la práctica, aplicar sus resultados en la prestación de los servicios de atención médica.

Este importante desarrollo del método científico en el campo de los profesionales de la salud, ha llevado a que sus asociaciones establecieran desde hace muchos años, la necesidad de prestar servicios médicos de Calidad, como lo es la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations creada en 1951 en los E.E. U.U., de acuerdo a estándares e indicadores de calidad.

Los trabajos de los principales expertos en el campo de la salud, han contribuido de manera decisiva a definir y desarrollar los diversos elementos o componentes de la Calidad de la Atención Médica, ya que han sido capaces de establecer sistemas y métodos de evaluación orientados a alcanzar mejores niveles de calidad.

Comenzando la década de los ochenta, modelos de evaluación y mejoramiento de la Calidad provenientes del área industrial, por lo que se conocen como Modelos Industriales, son aplicados en los E.E.U.U., con aparente repercusión en el área de la salud, tanto en dicho país como a nivel mundial.

Actualmente el gran desarrollo y apogeo de la Calidad se interpretan como el resultado de la irrupción de los atractivos principios que proponen el Modelo y Estrategia de la Calidad Total.

Es posible que este enfoque sea el catalizador de la multiplicidad de factores que ha contribuido a que la calidad se halla convertido en el centro de atención de los sistemas y servicios de salud

La calidad de la atención médica, entendida como condición inherente a esta (en sentido absoluto, de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española "buena **calidad**, superioridad o excelencia"), depende de la interacción de las personas y las estructuras, de los sistemas, procesos y recursos disponibles para la prestación de los servicios de salud.

En las últimas décadas, uno de los actores principales de la Calidad de la Atención Médica, **el usuario**, ha ido asumiendo un rol fundamental en los procesos de evaluación de los Servicios de Salud, a través de la denominada Calidad percibida por el usuario, haciendo manifiesta la necesidad de analizar sus percepciones en relación a sus necesidades y expectativas, como protagonista del proceso de la Atención Médica.

CAPITULO 1: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Calidad de la Atención Médica es, como ya se ha expresado, un concepto fundamental para los Servicios de Salud, siendo en la segunda mitad del siglo XX, y con mayor énfasis en las dos últimas décadas, motivo especial de discusión y análisis.

Para poder comprender la complejidad de estos fenómenos y poder adquirir conocimientos claros y precisos, se realiza una investigación documental de los diversos enfoques de aquellos autores que han promovido el tema de la calidad a un primer plano en el campo de la salud, especialmente en la dimensión de la Calidad percibida por el usuario.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿ El análisis del desarrollo conceptual de la calidad de la atención médica durante las dos últimas décadas nos permite a los profesionales de la salud utilizar un lenguaje común, y diseñar determinados instrumentos que contribuyan con el mejoramiento de dicha calidad ?

¿ Los elementos de apoyo y sostén teóricos facilitan el diagnóstico de la problemática, así como el conocimiento de determinadas estrategias y herramientas de gestión puede ayudarnos a modificar positivamente la realidad diagnosticada ?

¿La aplicación de instrumentos que permitan evaluar las necesidades y expectativas de los pacientes son válidos como forma de evaluación de la Calidad de la atención médica?

1.3. OBJETIVOS GENERALES:

Analizar el desarrollo y evolución de los conceptos de Calidad de la Atención Médica durante las dos últimas décadas, haciendo énfasis en la Dimensión de la Calidad percibida por el usuario externo (pacientes) como forma de evaluación de dicha Calidad.

1.4. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Describir los elementos o atributos que integran el complejo concepto de Calidad de la Atención Médica
2. Identificar a los actores principales en el proceso de Atención Médica, centrando la investigación en el rol de los pacientes o clientes externos.
3. Analizar la Calidad percibida por el Usuario o paciente como una de las formas válidas para evaluar dicha calidad.
4. Analizar la validez de un modelo de evaluación – monitoreo de la Calidad como Garantía de la Calidad, en función de las necesidades y expectativas expresadas por los usuarios externos (pacientes)

1.5. JUSTIFICACION Y / O IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La relevancia que ha alcanzado la **Calidad de la Atención Médica** en los últimos años, situándose en el eje central de las reformas del sector salud que en diferentes países se han estado desarrollando, hace necesario profundizar los conocimientos en el tema, multidimensional y de gran complejidad.

En Venezuela el proceso de reformas del sector Salud se hace evidente desde la década de los ochenta con la gestación de la Ley Orgánica Nacional de Salud y su aplicación, aunque en forma parcial, en la década de los noventa a través del proceso de descentralización con el desarrollo de los S.I.L.O.S. (sistemas locales de salud) al transferir la prestación de los servicios de salud a gobernaciones y alcaldías.

Se hace prioritaria la necesidad de reorganizar las redes de salud para el logro de una buena cobertura de la población en los subsistemas de atención médica. La aprobación de la L.O.S.S.I. (Ley Orgánica de Seguridad Social Integral) con su subsistema de salud que deroga la ley anterior a la que hicimos referencia y los actuales procesos de revisión y nuevas reformas, hacen que la Calidad en la prestación de los servicios de salud deba ser reafirmada como el objetivo fundamental, ya que los procesos de reformas en el sector salud solo son beneficiosos si logran mejorar la calidad de atención como resultado de tales cambios.

Siendo la **Calidad de la Atención Médica** un concepto primordial para los estudiantes de post grado en Gerencia en Servicios de Salud, es el objetivo de esta monografía poder contribuir a facilitar la obtención de conocimientos sistematizados sobre el tema de investigación.

Se trata de una investigación documental en la cual el propio investigador amplía conceptos y analiza información que responda a los objetivos planteados.

1.6 FACTIBILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Los recursos empleados en esta investigación son :

1.7.1 RECURSOS HUMANOS:

El investigador. La motivación del investigador.

El Tutor. El tutor como guía en el desarrollo dicha investigación

1.7.2 RECURSOS DOCUMENTALES

1. Libros de texto
2. Revistas científicas
3. Publicaciones periódicas

4. Conferencias

5. Trabajos de grado

1.7.3 RECURSOS TECNOLÓGICOS

Internet

Consultas en Red

Computadora

1.7.4 RECURSOS FINANACIEROS

Suministrados en su totalidad por el investigador.

CAPITULO 2. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN EL AREA DE LA SALUD

Ya en la década de los treinta, autores como Lee, R.I. y Jones, L.W. (1933) abordan la definición de la **Calidad de la Atención Médica** en forma de "Ocho Artículos de Fe".

Algunos de ellos son enunciados como propiedades y otros como metas del propio proceso de atención.

Tales criterios de calidad son en realidad juicios de valor que se aplican a los diferentes componentes de un proceso denominado **Atención Médica**: bases científicas para la práctica de la medicina, prevención, colaboración de consumidores y proveedores, tratamiento del individuo en su totalidad, relación estrecha y continuada entre paciente y médico, servicios médicos integrales y coordinados, coordinación entre los servicios de atención médica y los servicios sociales, y acceso a la atención para toda la población.

El carácter multidimensional de La Calidad de Atención Médica se hace presente claramente en estos ocho enunciados.

Es en los años siguientes que la O.M.S (Organización Mundial de la Salud) (1946) define a la salud como “ el estado de bienestar físico, psíquico y mental, y no solamente la ausencia de enfermedad” definición que podemos considerar altamente innovadora al introducir el concepto integrador de bienestar y que implica, sin lugar a dudas, la necesidad de obtener buena calidad de la atención médica para poder alcanzar los objetivos que tanto para individuos, o comunidades, ella aspira.

Mindel C. Sheps (1955) enfatiza la necesidad de definir las técnicas para evaluar la calidad en función de los objetivos que se planteen, destacando también el carácter multidimensional de la Calidad de la Atención Médica.

En el profundo y extenso análisis que realiza en función de los diferentes métodos para evaluar la calidad de la atención médica a nivel hospitalario, destaca en sus conclusiones:

“ Las técnicas utilizadas en las evaluaciones de calidad varían con los objetivos de cada estudio en particular. La calidad de la atención puede evaluarse mediante un abordaje multidimensional que produzca un perfil de hospital.”

La complejidad del concepto que implica la calidad es también evidenciada en el trabajo de De Klein M.W.et al.(1961). quienes concluyen que la Calidad de la Atención del paciente así como la Moral, no puede ser considerada como un

concepto unitario por lo que “ al parecer es probable que nunca se llegue a un único criterio general para medir la Calidad de la Atención del paciente.”

Si bien la calidad está referida a la índole de la atención médica, ésta se desenvuelve en un medio social donde funcionan normas éticas, principios morales que regulan la actividad.

Por lo tanto los cambios de valores que la sociedad acepte o apruebe influyen en los atributos cualitativos que debe tener el cuidado médico. De ahí la importancia que tiene el reconocimiento de las tendencias que se observan en el contexto societario.

La complejidad ya existente para la época de los servicios de salud y la necesidad de sistematizar su estudio (Solón, Sheeps, Lee 1960) hacen necesario delimitar un marco conceptual para la evaluación de la utilización de los recursos asistenciales por los usuarios, basado en métodos analíticos.

De acuerdo a Huntley, R.R., Steinhauser, R., White, K.L et al (1961) son necesarias técnicas de investigación aplicadas a la evolución clínica de pacientes. Destacan la importancia del estudio sistematizado de las historias clínicas, como método práctico para evaluar la Calidad de la Atención Médica, con revisiones periódicas de éstas, como forma de control de calidad que fomente en los clínicos una atención detallada al evaluar y registrar los datos clínicos, como parte de su responsabilidad como médicos

Williamson, J.W. (1965) destaca la importancia de la evaluación de la Evaluación del Juicio Clínico del Médico y se plantea la evaluación de la competencia clínica destacando en ella la eficiencia, entendida como medida del desempeño del médico y la pericia, medida a partir de los resultados del desempeño, en el paciente.

“para evaluar el juicio clínico han llevado a medir el alcance de la intervención de un médico (proceso) con estudios de observación y a inferir la prevención de la discapacidad (producto) a partir de dicha medida...”

Otros autores, como Mushkin, S.(1962) profundizan el significado de la atención médica y enfocan el cuidado de la salud como una inversión, denominada Capital Humano.

La autora expone una serie de argumentos en pro del desarrollo de los conceptos sobre Capital Humano, tanto en referencia a inversiones en educación como en salud, evaluando sus similitudes y diferencias, así como analiza especialmente “la formación de Capital mediante la atención de Salud.”

Es sin lugar a dudas Donabedian ,A. (1966) quien a través de sus juicios:
“... la calidad de la atención es una idea sumamente difícil de definir”
“.....la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad más amplia de la que esta forma parte ”.....
reafirma la enorme complejidad de los conceptos que forman parte de la calidad de la atención Médica y mediante la revisión de los estudios más importantes

realizados hasta la fecha es capaz de describir y analizar los métodos de evaluación para estimar los niveles de calidad de la atención médica.

Este autor evalúa los métodos utilizados para establecer el grado de calidad de la atención médica, especificando que el objetivo del trabajo es en realidad la evaluación el proceso de atención médica en relación a la interacción médico-paciente.

Planteándose la pregunta " que es lo que se va a evaluar " define diferentes formas de evaluación en función de los Resultados, los cuales siguen siendo los indicadores definitivos para medir y validar la eficacia de la atención médica, llamando la atención sobre otros resultados de muy difícil apreciación como lo son las actitudes y satisfacción de los pacientes.

Así mismo afirma la importancia de evaluar el proceso de atención, en toda su complejidad, considerándolo como "...una cadena ininterrumpida de medios antecedentes seguida de fines intermedios los que, a su vez, son medios para otros fines..."

Define también el tercer elemento de evaluación, la estructura, en la cual incluye la adecuación de las instalaciones y equipos, la competencia del personal médico y su organización, y la estructura administrativa.

El autor destaca especialmente la importancia de la historia clínica como fuente de información y los métodos complementarios para evaluar los juicios clínicos.

Plantea que la eficacia de la atención definida como el logro para producir salud y satisfacción, la cual va a estar inmersa en el entorno cultural de la

sociedad, es el elemento fundamental para comprobar la validez de calidad de la misma.

Llama la atención que en la mayoría de los estudios realizados, se han adoptado definiciones de la calidad demasiado limitadas, con énfasis en la calidad técnica y con poca atención a la relación médico paciente.

Dentro de lo que denomina “exploración conceptual” de la calidad establece dos tipos de eficiencia: lógica y económica” definiendo a la primera como el uso adecuado de la información para llegar a decisiones correctas y a la segunda como las relaciones entre insumos y productos.

Se puede concluir, tras el análisis de este período, que uno de los principales aportes al estudio y desarrollo de la Calidad de la Atención Médica lo realiza el experto en el campo de la salud Avenis Donabedian, quien es capaz de identificar un conjunto de elementos en su exploración conceptual de la calidad y que podemos denominar en forma muy resumida como:

Componente técnico (dimensión Técnica) de la Calidad : expresado en la adecuación entre la asistencia que se presta y la capacitación profesional de acuerdo a los avances científicos

Componente interpersonal (dimensión de la Calidad funcional):
Expresión de la importancia, históricamente consensuada, de la relación médico paciente.

Componente en relación al entorno (dimensión de las “amenidades”)

Expresado en el ambiente donde ella se desarrolla.

Fundamenta el análisis de Calidad en tres fuentes de información o categorías básicas:

Estructura, Proceso y Resultados

Estructura:

Incluye los recursos humanos (profesionales de la Salud), recursos materiales (instalaciones, equipos, insumos) y la estructura organizacional o administrativa; es el “donde “ en sentido amplio, el entorno y sus componentes.

Proceso:

Es el conjunto de acciones a buscar el paciente la atención médica que interactúan con las acciones del profesional para elaborar un diagnóstico con en correspondiente tratamiento Es el “como” se brinda dicha atención.

Resultados:

Son los efectos en el estado de salud tanto a nivel individual como colectivo poblacional

Las definiciones de los elementos integrantes del concepto multidimensional que constituye la Calidad de Atención Médica, así como un enfoque dinámico de esta, basado en estructura, proceso y resultados se van desarrollando en los años siguientes, proyectando a este excelente investigador rápidamente a niveles internacionales, con la constitución de Fundaciones A. Donabedian en varios países durante las dos últimas décadas.

Continuando esta investigación documental a través del análisis de otras publicaciones que se suceden durante el resto de la década de los sesenta y setenta podemos claramente evidenciar como el tema de la Calidad de la Atención Médica se constituye en el eje central de la investigación en el campo de la salud y como en dicho proceso la auditoria médica como instrumento de medición (Morehead, M.A.1969), (Korán, L. M. 1975), (Rutstein,1976), la importancia en la comunicación médico paciente en relación con los resultados en el estado de salud de los individuos (Morris, M.J. 1969), la percepción de los resultados desde la perspectiva de los pacientes (Berger, M 1971), la necesidad de definiciones en relación a la accesibilidad de los servicios (Andersen, R. 1974), la búsqueda de instrumentos de medición (Starfield, B 1973), (White, K.L. 1978), así como la relación costos / efectividad (Weistein M. C. 1978), el desarrollo tecnológico y su contribución a la calidad (Fineberg, H. 1978), son diferentes elementos que van integrando el concepto global de la atención de la calidad médica.

Podemos también inferir, a través de la lectura de los trabajos referidos, la influencia del enfoque sistémico o " Systems Approach " en la literatura inglesa, que tiene su origen en la Teoría General de Sistemas de Von Bertalanffy (1933), la cual se desarrolla realmente a partir de los años cincuenta, y la cual hace énfasis en "el todo", en lo global, basándose en la definición de sistemas como " un conjunto de elementos interrelacionados para el cumplimiento de un objetivo común".

Este tema es abordado directamente por Tapani Puroola (1972) quien enfoca la enfermedad no solo como fenómeno biológico, sino también como fenómeno psicológico y social, planteando que los problemas de salud y enfermedad van

entonces desde el micro proceso en el individuo hasta el macroproceso de las políticas gubernamentales en salud.

Analiza los conceptos de atención médica como elementos que se interrelacionan y constituyen sistemas organizados, integrados a un macrosistema

Esta forma de pensamiento sistémico tal como lo analiza Abraham Sonis (1978) permite abordar problemas complejos considerándolos como un conjunto y establecer las relaciones entre sus componentes, permitiendo establecer el proceso básico de una organización, con sus insumos, el procesamiento o transformación, y sus productos, además de las interrelaciones con subsistemas y suprasistemas.

La atención médica, que integra el sistema de la salud y este a su vez el sistema social ha sido encarada sistemáticamente mediante numerosas ópticas que abordan los diferentes niveles de atención.

Swallowwood, R (1978) plantea dos conceptos básicos: el estado psico - fisiológico del paciente que el médico debe mejorar y el nivel de información del dicho profesional según experiencia, conocimientos y dedicación, dirigidos hacia el logro de diagnóstico y tratamiento adecuados, extendiendo este modelo al sistema de salud.

De esta forma el enfoque sistémico permite evaluar los diferentes componentes del sector, pudiendo ser visualizado tanto a nivel de un establecimiento, un programa regional, y en sus relaciones con el entorno social.

Otro autor como Flagle, C.(1971) plantea un proceso homeostático (en su sentido tradicional de respuesta a estímulos externos para mantener el equilibrio) el cual permite mantener determinadas formas del comportamiento del sistema al poner en marcha los mecanismos para responder a las demandas.

Siendo los sistemas de salud sistemas abiertos también debemos enfocar otros procesos como el de crecimiento, así como también un proceso de metamorfosis o cambios cualitativos

La investigación en relación al tema que nos ocupa se orienta claramente hacia un planteamiento integral de los diversos y complejos problemas que se presentan en relación a la calidad de la atención médica, ya que esta no es solo un producto del sistema de salud sino también el resultado de las inter - relaciones del entorno social, económico, cultural, ambiental.

2.2 DESARROLLO DE LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA DÉCADA DE LOS OCHENTA

2.2.1 CAMPO DE LA SALUD

Continuando la investigación en los años subsiguientes, podemos observar como la necesidad de plantear un modelo integrador de los diferentes elementos que constituyen la calidad de atención médica se evidencia en múltiples publicaciones científicas.

El ya citado autor Donabedian, A., (1982) analiza las relaciones entre salud, calidad de la atención y costos, estableciendo definiciones de la calidad en términos de calidad absolutista (el médico realiza una valoración de los resultados en términos de salud independiente, el paciente no es consultado) calidad individual y de calidad social (el interés social además del proveniente del binomio médico – paciente), dependiendo de las estrategias utilizadas para la atención médica

Este autor (1984) también diferencia dos tipos de eficiencia, que denomina eficiencia clínica (determinada por el juicio clínico) y eficiencia productiva (producción de los servicios).

Es en esta década que H Vuori (1987) otro destacado investigador, define en la evaluación de la calidad de la atención médica dos tipos de calidad:

- a) la calidad lógica, que se centra en los procesos de toma de decisiones
- b) la calidad óptima, que incluye a todos los procesos destinados a optimizar los resultados de los servicios.

Vuori afirma que la calidad tiene en cada circunstancia el límite dado por el nivel alcanzado en los conocimientos disponibles. Es la "barrera" para cambiar los horizontes de la calidad. Un aporte importante de este autor, que desarrollaremos más adelante, es la identificación de varias categorías de usuarios de los servicios.

Los autores mencionados no son los únicos importantes en el campo de la calidad pero son quienes han marcado cambios sustanciales en las estrategias que abordan la problemática que nos ocupa.

Ambos autores identifican, en el desarrollo de sus investigaciones, conjuntamente con la de otros expertos, una serie de propiedades o elementos que constituyen el complejo concepto de calidad de atención médica y que nos permiten evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio o sistema bajo control.

Podemos plantear entonces en forma sumamente esquemática un conjunto de elementos o atributos que integran el complejo concepto de calidad de la atención médica:

Calidad científico técnica:

Sin lugar a dudas este elemento es la condición fundamental para que podamos plantearnos lograr calidad.

Podemos definirla como la actualización y la utilización adecuada de los conocimientos y de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles de atención en salud.

Eficacia:

Medida en que son alcanzados los resultados deseados en los paciente o usuarios externos.

Es la expresión de la capacidad del proceso de atención médica en satisfacer las necesidades para las cuales se emplea.

Podemos definirla como "la capacidad de la ciencia y la tecnología para conseguir mejoras de salud cuando son usadas bajo las circunstancias más favorables" de acuerdo a Donabedian (1984)

En ella, como en todos los elementos que integran el complejo concepto de calidad, intervienen un conjunto de factores provenientes tanto del proceso de atención médica, como del paciente y medio ambiente.

Efectividad:

Conseguir mejoras en el estado de salud en un grupo poblacional definido.

Expresa hasta que niveles el proceso de atención médica se presta de manera correcta, reflejado en el logro de un impacto positivo en el estado de salud de la población objeto.

Implica la eficacia (logro de objetivos en los usuarios) y accesibilidad (llegar a todas las personas con las necesidades)

Eficiencia:

Relación lograda entre los recursos utilizados y la eficacia obtenida

Optimizar el uso de los recursos en función de los resultados

Aceptabilidad / satisfacción:

Conformidad con las necesidades y expectativas de pacientes y familiares

Es en este marco de la investigación desarrollada en el campo de la salud que la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) define a la calidad de Atención Médica como:

Alto nivel de excelencia profesional

Uso eficiente de los recursos

Mínimo de riesgos para el paciente

Alto grado de satisfacción de los pacientes

Impacto positivo final en la salud

Otros elementos o cualidades que en el enfoque sistémico forman parte de la calidad de la atención médica son:

Accesibilidad:

Este concepto puede ser definido en el modelo de Donabedian (1973) como aquellas características de los recursos en salud que faciliten o dificulten el uso por parte de los pacientes.

Sin duda es un concepto complejo y del cual Julio Frenk (1985) otro destacado investigador, hace una excelente revisión de la literatura, con un profundo análisis de posibles definiciones de la accesibilidad según varios autores.

Plantea la necesidad de definir un marco conceptual para abordar el complejo problema de la accesibilidad, enfocándolo como un proceso o grado de ajuste de acuerdo con el modelo de Donabedian, el cual es también desarrollado por otros autores (Penchnssky,R..1981)

Establece su relatividad espacial y temporal, y aborda el conjunto de fenómenos inter - relacionados que implica el concepto de accesibilidad mediante definiciones de "resistencia " y "poder de utilización", estableciendo una relación funcional entre el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la salud y las capacidades de los usuarios para poder superar tales obstáculos.

Define el término “disponibilidad efectiva” como disponibilidad de los recursos en su función real de producir servicios y plantea una serie de fórmulas para medir la accesibilidad.

Establece otros conceptos en relación a un enfoque global de la accesibilidad y que define como “deseabilidad” de la fuente de la atención médica, en la que incluye determinadas características de los recursos humanos y materiales como la cortesía del personal, el lugar donde se ubica el establecimiento y sus comodidades.

Se establece también el término “aceptabilidad” que relaciona las características anteriores con las actitudes correspondientes de los pacientes de acuerdo a sus necesidades y expectativas.

Como podemos apreciar en este excelente enfoque global de la Accesibilidad y sus diferentes aspectos, esta va a desempeñar un importante rol en la evaluación de la satisfacción de los pacientes.

Al referirnos a la Satisfacción de los pacientes, uno de los trabajos más importantes en la búsqueda de instrumentos válidos para poder determinar las actitudes de los pacientes respecto a la calidad de la atención médica es el de Hulka y Zyzanski (1982) autores que destacan la importancia del tema, al ir aceptando los proveedores de la atención médica e investigadores, a la satisfacción de los pacientes como uno de resultados fundamentales del dicho proceso, sin que se halla evaluado eficazmente la interrelación del grado de satisfacción con decisiones y comportamientos relacionados con la salud.

Estos autores analizan la validación de instrumentos para poder determinar la actitud de los pacientes respecto a problemas tan complejos como el proceso de la atención médica.

Hacen énfasis en que las clases de actitud objeto de las investigaciones mediante escalas y subescalas reciben la influencia de múltiples factores como experiencia personal, características psicológicas y circunstancias del entorno en que se aplican las escalas, siendo la prueba más importante de la validez de estos instrumentos su utilidad.

Establecen que la necesidad de mejorar el diseño de estas escalas de satisfacción debe ser un proceso continuo, no solo para obtener mejores niveles de utilidad, sino por la influencia de los cambios dinámicos de los valores societarios, como también la convalidación de métodos y resultados.

Equidad:

Podemos definirla como la distribución adecuada de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblacionales. Autores de la talla como Herman Hilleboe (1972) plantea que es más fácil definir la equidad por su ausencia, o sea la falta de equidad o inequidad.

Se entiende por Equidad la disminución al mínimo posible de las diferencias en las condiciones de salud de la población y, en relación a los servicios, la prestación de estos en función de las necesidades del individuo/ comunidad

Se hace evidente que no se puede aislar este concepto del marco económico y social en el cual se esté desarrollando el proceso de la calidad de la atención médica

El concepto de Equidad debe analizarse no solo desde el enfoque en el campo sanitario, sino también desde el campo económico, con una sostenibilidad basada en determinados sistemas de financiamiento, orientado a que las personas con capacidades de pago similares contribuyan con aportes iguales, y solidario para con la comunidad.

Los elementos antes mencionados reflejan que el concepto de calidad de la atención médica incluye muchos componentes o atributos.

Dentro de la diversidad de enfoques propiciados por las diferentes escuelas en materia de calidad asistencial, queremos también referirnos a R.H. Palmer (1989) quien define la calidad de la atención como "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 de los usuarios".

Esta definición incluye componentes incuestionables, normalmente identificables en la mayoría de las definiciones de forma explícita o implícita, como son la calidad científico-técnica o nivel profesional, y la adhesión y satisfacción del usuario.

La inclusión de los componentes de equidad y accesibilidad, se debe a que son claramente aplicables en sistemas de atención médica de amplia cobertura, de atención con orientación comunitaria, puesto que subrayan la responsabilidad social del sistema y de sus profesionales.

Finalmente, tener en cuenta los recursos disponibles, supone considerar la calidad como algo relativo, necesariamente adaptada y peculiar de cada entorno.

Idéntica definición puede aplicarse cuando hablamos de servicios internos o productos intermedios, de los cuales el usuario o cliente es un profesional o elemento del sistema.

La definición adopta, junto a componentes incuestionables como la calidad científico-técnica y la adhesión y satisfacción del usuario, otros como la accesibilidad, equidad y optimización de recursos.

Calidad es un término abstracto por lo cual debe ser incorporado a un marco conceptual para ser operativo.

Se debe definir entonces cual de los atributos o cualidades deseamos valorar, entendiendo que solo el cumplimiento de todos los mencionados pueden identificar la calidad alcanzada en el complejo proceso de la atención médica.

Un aporte interesante de Vuori (1988) ha sido la discriminación de diferentes actores de la calidad. Indudablemente estas categorías han sido influidas por el concepto de Calidad Total que introduce la distinción entre cliente externo e interno. Así, en los servicios de salud se pueden considerar:

- los pacientes o beneficiarios
- los trabajadores de salud
- los administradores de los servicios
- los dirigentes o dueños de los servicios

Esos grupos tienen distintos intereses o expectativas con respecto a la calidad de los servicios. Cada uno enfatiza, en distinto grado, los elementos comentados anteriormente.

A veces los intereses son convergentes pero en otras ocasiones entran en conflicto o competencia.

En el caso de los pacientes su interés radica en la resolución eficaz de los problemas de salud que los afectan, logrando la mayor satisfacción y de ser posible al menor costo.

A los dueños de los servicios en el sector privado les interesa obtener el precio más alto del mercado para maximizar la diferencia entre lo gastado y lo ofrecido, a una calidad competitiva.

Para el sector estatal sus intereses se centrarán en obtener niveles aceptables de calidad, optimizando el uso de sus recursos limitados.

Para los trabajadores de los servicios, la calidad está centrada en el cumplimiento de las normas del proceso, designadas como las más adecuadas o eficaces, así como su desempeño estará directamente relacionado con la motivación que el entorno laboral determina en estos trabajadores, donde no siempre existen remuneraciones acordes a sus responsabilidades u otros incentivos.

A veces posturas avaladas por la calidad técnico científica difieren de las expectativas de los pacientes, como sucede en ocasiones con respecto al uso de procedimientos "invasivos" y costosos.

El mismo Donabedian señala en sus artículos de la época que la calidad en salud se alcanza cuando "a partir de unos recursos disponibles, se obtiene para el paciente los mayores beneficios con los menores riesgos posibles".

Los administradores o gerentes fijan la importancia de la calidad en la relación entre costos y producción. De esta forma la eficiencia es la propiedad de su mayor interés y, por ese motivo, pueden entrar en conflicto con los profesionales, quienes

están mas preocupados en la utilización y disponibilidad de las tecnologías más avanzadas, en forma independiente de su costo.

Uno de los aciertos de la estrategia de Calidad Total es considerar que la calidad debe satisfacer a distintos actores que se agrupan en dos categorías:

- a) clientes externos
- b) clientes internos.

Los primeros incluyen a los beneficiarios y los segundos a los proveedores de servicios, que también se consideran actores de la calidad.

En el segundo grupo de clientes internos se tienen en cuenta las categorías que señala Vuori (trabajadores de salud y administradores así como dirigentes o dueños de los servicios como interdependientes).

Habrà calidad total si cada unidad de producción interna entrega a las restantes un producto o servicio de calidad.

Si los profesionales no reciben buenos servicios del Laboratorio, Radiología, etc. . no podrán concretar un acto o procedimiento de calidad.

Hemos podido analizar como a lo largo de estos años el marco teórico de la Calidad de Atención Médica ha evolucionado, ampliando y profundizando los componentes que la integran, y orientándose hacia estrategias de cambios para mejorar; con énfasis en la necesidad de establecer sistemas permanentes de evaluación y mejoramiento , mediante el uso de instrumentos adecuados.

Podemos afirmar que la calidad de la Atención Médica es un proceso de mejoramiento continuo en búsqueda de la excelencia, siendo necesario un compromiso real o "cultura de la calidad " de todos los actores involucrados.

Es en este marco conceptual que la OMS, a través de sus Oficinas Regionales para Europa (Vuori, H 1982), y de la OPS para América Latina y el Caribe, toma la iniciativa en 1982 estableciendo programas de Modelos de Atención a la Salud y Calidad de la Atención. A pesar de los recursos limitados, se inicia la tarea de crear conciencia, promover la garantía de calidad y entrenar a los profesionales de la salud para la garantía de calidad. El programa desarrolla cursos anuales de entrenamiento en garantía de calidad, organiza grupos de trabajo para la definición de conceptos y métodos básicos y promueve el uso de la garantía de la calidad.(W.H.O 1989)

En 1985, se crea, en una reunión del grupo de trabajo de la O.M.S. sobre entrenamiento para garantía de calidad, la International Society for Quality Assurance (isqua). Sus conferencias y su revista -Quality Assurance in Health Care- han ayudado a fortalecer la garantía de calidad.

En 1989 se establece un compromiso político y profesional con la garantía de la calidad en Europa (W.H.O. 1989) que conlleva a que las actividades orientadas a la garantía de calidad hallan logrado gran difusión, dejando de ser proyectos piloto aislados, transformándose en programas rutinarios apoyados por las administraciones de muchas instituciones de atención a la salud. Diversos grupos profesionales adoptan la garantía de calidad, ya sea obligados por la ética profesional de brindar una atención de alta calidad así como también para el logro de ventajas competitivas.

Es en esta década de los ochenta que se realiza la primera conferencia internacional para promoción de la salud (Ottawa, 1986) orientada hacia el logro de "Salud para todos en el 2000", cuyo documento, aunque orientado hacia las necesidades de países industrializados también tuvo en cuenta los problemas de las demás regiones y se basó en progresos alcanzados en relación a los objetivos

planteados en la declaración de Alma Ata (1976) con sus conceptos en Atención Primaria en Salud y en los múltiples debates relacionados con la salud como producto de la acción intersectorial desarrollados en la O.M.S.

Declara “ Promocionar la Salud “ en los términos siguientes: “ La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades de cambiar o adaptarse al medio ambiente.”.....

La OPS, en su labor de fortalecer la capacidad del sector de la salud en los países miembros, impulsar sus programas prioritarios mediante la acción intersectorial, y promover un enfoque integral de los problemas de salud, ha contribuido directamente y en forma sostenida a la difusión y aceptación de la garantía de la calidad como programas desarrollados por las administraciones sanitarias de algunos de estos países, ya que es en los años ochenta que se desarrollan reformas de los sistemas de salud con énfasis en las concepción de salud integral, y en la descentralización orientadas hacia la promoción de los SILOS (sistemas locales de salud)

Es en este marco conceptual que también numerosos autores latinoamericanos desarrollan sus investigaciones, destacándose además del ya citado Julio Frenk,

Hipólito Pabón (1985) del grupo PRIDES, quien nos define la calidad como el conjunto de características de carácter técnico y humano que deben ofrecer los servicios de salud en el proceso de atención de los usuarios, para alcanzar los resultados deseados tanto por los proveedores como por los usuarios.

Analiza como en este proceso intervienen elementos directamente involucrados en el acto médico (capacidad profesional, inter - relación médico paciente) y la estructura administrativa o entorno donde este se desarrolla.

Este autor reafirma los dos aspectos fundamentales del proceso de atención: la calidad técnica (conocimientos profesionales) y la calidad humana (trato recibido), ambos dependientes del acto médico, el cual a su vez está inserto en la denominada infraestructura administrativa. Ambos aspectos están influenciados por tal infraestructura, determinando en buena parte la satisfacción de los usuarios.

Establece un conjunto de características que los servicios de salud deben poseer para prestar calidad en el proceso de atención médica:

Integridad: Capacidad para identificar las necesidades clínicas de los usuarios y procurar los medios adecuados para responder a ellas.

Oportunidad: Intervenir con sus acciones en el debido momento del proceso de atención.

Continuidad: secuencia apropiada de dichas acciones durante todo el proceso de atención

Calidad Técnica: Nivel de Conocimientos y capacidades necesarias para desarrollar las acciones correctas en el proceso de atención

Calidad Humana: es buena cuando todos los aspectos del proceso relacionados con el trato del profesional médico, para médico y administrativo, el orden, la limpieza, el decoro ambiental evidencian respeto y consideración hacia los pacientes

Moraes Novaes (1989) realiza varios trabajos relacionados con el tema de los programas nacionales de acreditación de hospitales latinoamericanos y del Caribe, mediante el uso de criterios y estándares normativos para evaluar especialmente la estructura de la atención en salud, siendo de los pioneros en implantar la acreditación de instituciones sanitarias en la región.

Podemos observar como en la década de los ochenta la evaluación de los resultados es reconocida como de primordial importancia en las evaluaciones de la calidad de la atención médica, al mismo tiempo que un número cada vez mayor de investigadores hace énfasis en la necesidad de conocer y profundizar los mecanismos por los cuales la estructura y los procesos influyen directamente con los resultados de la atención médica, convirtiéndose el modelo de Donabedian en el eje central para la evaluación de la Calidad de la Atención Médica, y al cual el propio autor amplía la definición de resultados, entendiendo estos como cambios positivos en el estado de salud no solo de personas o grupos, sino también de la comunidad

Si bien los resultados representan un índice adecuado de la calidad de la atención médica, son necesarias evaluaciones simultáneas de las estructuras y de los procesos para poder diagnosticar fallas y, en base a estas determinaciones, tomar las decisiones adecuadas para superarlas, logrando así mejorar la calidad de Atención Médica.

Diferentes autores han reconocido la gran complejidad que implica el análisis de las relaciones entre proceso ,estructura y resultados y cuanto más se conozcan

podemos afirmar que “ mayores atributos estructurales podrán utilizarse como indicadores más o menos aproximados de la calidad esperada de los procesos y los Resultados de la Atención “ como expresa Donabedian (1985)

Plantea este autor lo que denomina “ epidemiología de la Calidad “, haciendo énfasis en la necesidad de estudiar como la distribución en la comunidad de estos atributos estructurales tiene importantes implicaciones a nivel local y regional, ya que constituyen las bases para orientar las decisiones políticas en la reorganización de los recursos existentes para lograr equidad y eficiencia de los sistemas de salud.

La revisión de la publicaciones más importantes sobre el tema permiten identificar tres tendencias importantes en la evaluación de la Calidad de atención Médica :

Las Auditorías Médicas: donde se compara la evaluación de la estructura, proceso o indicadores de resultados con criterios normativos establecidos por expertos en la materia.

La segunda tendencia se refiere a estudios que analizan y validan procesos de atención médica con mediciones de resultados.

Una tercera tendencia que consiste en estudios que validan indicadores de estructura y procesos con las mediciones de resultados.

Podemos concluir que finalizando la década de los ochenta se estaba transitando en el campo de investigación de la salud desde estrategias

meramente evaluativas hacia estrategias orientadas hacia el mejoramiento continuo de la calidad.

2.2.2. MODELOS DEL CAMPO INDUSTRIAL

Se conocen como “modelos industriales” ya que surgen de la industria manufacturera.

La Gestión de Calidad Total (G.C.T.) o el Mejoramiento Continuo de la Calidad (M.C.C.) son ejemplos de tales modelos.

Muchos son los expertos que han desarrollado estos modelos industriales, contribuyendo al mejoramiento de la calidad pero nos limitaremos solamente a citar algunos de ellos.

Armand V. Feigenbaum (1986) quien trabajó en la General Electric de Nueva York en los años 40, desarrolla el concepto de la calidad total, ampliando el concepto de gestión de la calidad a los ya existentes desde el punto de vista técnico y estadístico. Se puede considerar el precursor de la moderna Gestión de la Calidad Total. Publicó diversos artículos, así como diversos libros expresando sus ideas: El Control de la Calidad Total, (1951) y Control de la calidad total: ingeniería y gestión, (1961) en los que promulga la participación de todos los estamentos y departamentos de la organización en busca de la calidad en todas las actividades, para así alcanzar la máxima satisfacción de los clientes.

W Edwards Deming realizó, luego de la segunda guerra mundial, una gran contribución al desarrollo de la industria japonesa mediante la enseñanza de sus

conceptos y métodos de gerencia de la calidad, siendo por ello condecorado con la medalla de segunda orden del tesoro sagrado por el emperador japonés.

Es en los años setenta y con mayor auge en los ochenta, que sus enseñanzas se difunden en las empresas americanas de manufacturas y servicios, creando una "revolución" de la calidad cuyos principios siguen siendo actuales y de gran valor.

Los catorce puntos de Deming (1989) para el control de la Calidad constituyen una filosofía de gestión, a partir de los controles estadísticos como base para el logro de la calidad de producción y su mejoramiento continuo, siendo el cliente la pieza más importante en la línea de producción.

Afirma que para que estos objetivos sean posibles, deben analizarse debidamente los procesos y las relaciones entre ellos, que define como "reacción en cadena"

Su sistema de conocimiento profundo (Deming, E 1985) se basa en cuatro elementos inseparables, que interactúan unos con otros.

Sistemas : Serie de funciones o actividades dentro de la organización que tratan de trabajar juntas en forma optimizada para lograr las metas de la organización.

Teoría del Conocimiento: Implica predicción, definiciones operacionales, consecuencias de los cambios en los procedimientos de medición.

Conocimiento acerca de la variación: Conocer un sistema estable, y causas de variación, interacción de fuerzas.

Conocimiento de la psicología: Comprender el comportamiento humano y su interacción con el entorno, Motivación intrínseca y extrínseca , Liderazgo

Kaoru Ishikawa (1986) Experto y pionero del control de calidad en Japón, desarrolla los conceptos de círculos de calidad en los años sesenta.

Considera la calidad como condición fundamental para poder lograr éxitos empresariales a largo plazo.

Crea ya en los años cuarenta el diagrama de causa –efecto, más conocido como de espina de pescado o Diagrama de Ishikawa, considerado como una de las siete herramientas básicas de la calidad. Obtuvo el premio Deming por sus teorías del control de calidad.

Joseph M Durán (1986) otro de los líderes del movimiento por el mejoramiento de la calidad, es conocido por la impulsar la Gerencia Estratégica de la Calidad; afirma su teoría en la denominada Trilogía de Jurán:

Planificación de la calidad

Control de Calidad

Mejoramiento de la Calidad

Define lo que denomina como “Mapa de Carreteras para la Calidad “ en función de desarrollar productos y procesos necesarios para satisfacer las necesidades de los clientes, para lo cual es imprescindible identificarlos.

Para ello se diseña un “diagrama de flujo “ del proceso el cual produce un producto y plantea que, una vez identificados los clientes y determinadas sus necesidades, desarrollar el producto adecuado para satisfacer dichas necesidades.

La filosofía de la Calidad de Philip b. Crosby (1987) se basa en el logro de la total ausencia de defectos en los procesos y productos, haciendo énfasis en la necesidad de educar y motivar en calidad para el logro de estándares de cero

defectos a todos los integrantes de la organización. Establece cuatro principios absolutos y define catorce puntos para el mejoramiento de la calidad.

Clasifica los clientes desde su perspectiva en inmediatos y finales, en clientes internos y externos, estableciendo así diferentes categorías de clientes, definiendo al el cliente externo o de primer nivel la condición sine qua non, de quien dependemos para realizar nuestros negocios.

Es así que el concepto de Calidad evoluciona hacia la denominada Gestión de calidad. Se enfoca como un concepto global, que debe estar presente en los diferentes departamentos de la empresa, liderada por la gerencia y con la participación de todos sus integrantes.

Es una nueva filosofía que engloba técnicas como los controles estadísticos, con otras herramientas más modernas empleándose en forma integral en la planificación, optimización y control de los productos y servicios, orientada al mejoramiento continuo la calidad de dichos productos y servicios.

Estos denominados modelos industriales responden a las preocupaciones de las empresas por la productividad y calidad de sus productos, en un mundo altamente competitivo y cambiante, influenciado por la rapidez de las innovaciones tecnológicas.

La estrategia a seguir es la búsqueda de la calidad centrada en los deseos de los clientes, la aplicación de los conceptos de Calidad Total, el reconocimiento y motivación de las personas involucradas y la administración participativa.

Estos conceptos provenientes del campo industrial, tanto del área manufacturera como de servicios, irrumpen, dada las coincidencias en la búsqueda de calidad, en el campo de la salud, aportando nuevas perspectivas en la valoración de la calidad de la atención médica.

2.2.3 CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN LA DECADA DE LOS NOVENTA

2.2.3.1 Perspectiva de los usuarios. Exploración conceptual

En esta etapa de la investigación se analizan un conjunto de aspectos de carácter teórico que se relacionan con la Calidad de la Atención Médica percibida por el usuario externo / paciente.

La calidad de la atención médica es un concepto altamente complejo, como lo hemos podido avalar durante el desarrollo de esta investigación documental, al cual se le han atribuido múltiples significados, que responden a juicios de valor de los diferentes grupos que interactúan en el campo de la salud.

Las bases conceptuales y metodológicas publicadas en el ámbito internacional en el campo de la salud durante esta década en relación a evaluación y monitoreo de la Calidad de la Atención Médica se fundamentan en el Modelo de Donabedian, al cual hemos hecho amplia referencia, basado en Estructura, Proceso y Resultados, el cual nos permite medir las variables relacionadas con la calidad de la atención.

Es el más cercano a la tradición y experiencia del quehacer profesional porque se utilizan técnicas y procedimientos que tienen su origen en el área de salud. El método clínico y el epidemiológico son las herramientas fundamentales para la evaluación, de acuerdo a los diferentes niveles de organización de los establecimientos de salud (Donabedian, 1993)

El desarrollo en extensión y profundidad del modelo de Donabedian, que se denomina Modelo DOPRI, es planteado por Galán Morena (1996) utilizando categorías como Demanda, Oferta, Proceso, Resultados, Impacto, proponiendo diferentes niveles de evaluación:

Contexto: Que va desde las políticas que regulan y orientan la prestación de los servicios, la inter relación con otros servicios dentro de la institución y con la comunidad.

Demanda: Relaciona el nivel de complejidad de la institución con la morbilidad atendida, definiendo como demanda efectiva a la relación de paciente atendidos /demandantes

Evaluación de la oferta: coincide con los conceptos de Estructura de Donabedian así como también en Evaluación de los procesos y en Evaluación de los Resultados

Evaluación del impacto: Que forman parte de los resultados en el Modelo de Donabedian. En esta categoría se refiere tanto a los perfiles epidemiológicos, como a los niveles de satisfacción de los usuarios y de los proveedores.

(clientes externos y clientes internos)

El paradigma Estructura, Proceso y Resultados, compuesto por estas tres categorías permite ordenar y operativizar la evaluación, por constituir categorías excluyentes, donde cada una conserva su individualidad.

Se puede ampliar su aplicación a niveles macros y mesos, se pueden incluir subcategorías como lo hace Galán Morena y otros investigadores, pero la matriz conceptual permanece inalterable y constituye un punto de referencia básico en las evaluaciones de calidad

En cuanto al significado de cada categoría, que ya hemos hecho referencia, existe numerosa bibliografía del autor sobre el tema, la cual es mencionada en forma permanente por diferentes autores.

En síntesis, la clasificación diferencia las técnicas que miden las condiciones en que se presta la atención (estructura) de las actividades que la componen (proceso) y de los cambios deseados o indeseados en individuos o población atribuibles a la atención precedente (resultados).

En relación al modelo industrial, los dos modelos tienen coincidencias en el énfasis y la búsqueda de la calidad. Pero tienen diferencias en la preeminencia del juicio de los clientes o usuarios y en algunas de las estrategias para garantizar la calidad.

Ambos son beneficiosos y posibles de coexistir.

Si se pretende el mejoramiento de la calidad - garantía de calidad en el lenguaje actual - se debe reconocer que es necesario todo tipo de acciones formales dentro de las instituciones de salud que sean sistemáticas y permanentes. (Jesse, 1989; Ruelas Barajas, 1990)

En su excelente conferencia " Continuidad y cambio en la búsqueda de la Calidad" Donabedian (1993) analiza similitudes y semejanzas entre ambos modelos.

En el modelo de atención a la salud una similitud con el modelo industrial es la obligación de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables.

En forma más importante que la postulada en el modelo industrial, se valoran las preferencias del paciente informado, tanto en lo relativo a los resultados como al proceso de la atención médica, lo cual constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud.

El modelo de atención a la salud difiere en la necesidad de establecer , dentro de la definición de calidad, un conjunto mucho más complejo de responsabilidades hacia los usuarios y hacia la sociedad.

Responsabilidades hacia los individuos: No solamente somos proveedores de satisfacción, debiendo destacar que los pacientes no están con frecuencia capacitados para valorar una atención de buena o mala calidad técnica, sino que junto a otros profesionales tenemos un responsabilidad ética que consiste en actuar en función de sus intereses de la forma que valoremos más adecuada de acuerdo al conocimiento científico.

El cuidado de la salud está íntimamente relacionado con aspectos sensibles e importantes de la vida por lo cual nuestros conceptos de relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios cliente y proveedor del área industrial.

Entendiendo a la atención en salud como un producto del esfuerzo conjunto de médicos y pacientes, el cliente es parte de la línea de producción de forma mucho más implícita.

La capacidad para educar a los pacientes en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la calidad de la atención en salud.

¿ COMO MEJORAR LA CALIDAD ?

Constituye el desafío actual de la calidad. No basta conocer lo que sucede sino que es un deber producir modificaciones si los resultados no son satisfactorios. Pero mejorar o producir cambios no es tan sólo un problema de técnicas sino básicamente de decisiones.

Con los resultados de la evaluación se puede decidir no hacer nada, esperando la evolución natural de los acontecimientos, o tomar una actitud activa.

En este caso se debe dar contenido técnico al accionar, pero sobre todo asumir el liderazgo y el compromiso que supone esta actitud. Durante años los técnicos y los directivos estuvieron muy preocupados por evaluar, descuidando o confundiendo los fines con los medios.

La evaluación es un medio para conocer la realidad y si ésta no nos satisface lo que importa es intentar mejorarla.

El énfasis actual para asegurar calidad es instaurar el ciclo "evaluar-mejorar" en forma continuada.

Desde la década de los 90 la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe han adoptado la creciente tendencia mundial de revisar en forma sistemática la organización, financiamiento y provisión de los servicios de salud, orientadas al logro de la garantía de calidad de la atención médica.

Es en este contexto que Jorge Luis Prosperi en su documento "Guía metodológica para el desarrollo de un programa de gestión de calidad en la red de hospitales del Ministerio de Salud y Desarrollo Social", propone la siguiente definición de Calidad de la Atención Médica:

"la provisión de servicios accesibles y equitativos, ofrecidos con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles que obtienen para el paciente los mayores beneficios con los menores riesgos posibles, a la vez que logran la satisfacción plena de éste y su familia".

Actualmente el progreso tecnológico ha entrado en un campo fascinante, en el cual Utilidad / daño o Beneficio / riesgo están presentes. Son acciones médicas opuestas que deben tomarse muy en cuenta, y de ser posible, cuantificar.

Es por ello que Donabedian juzga a la calidad de la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos.

Para este autor "el grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades".

Pero también debemos tener en cuenta que los cuestionamientos descriptos son del conocimiento de consumidores y pacientes.

Como profesionales de la salud debemos aceptar el grado de imprecisión, probabilidad que tiene nuestro quehacer y trabajar con ello. Este esfuerzo es nuestra responsabilidad y debemos apoyar nuestras decisiones en una mejor valoración de los efectos favorables y desfavorables de su accionar.

Por ello otra consigna a tener en cuenta en el marco de la calidad es la necesidad de realizar continuamente el balance de beneficios y riesgos frente a los problemas que nos plantean los pacientes para obtener los mejores resultados posibles.

Actualmente es posible seguir tres orientaciones en el abordaje de la evaluación de la calidad de la atención médica:

- *La calidad centrada en los actos y procedimientos técnicos.

- *La calidad centrada en las expectativas de los usuarios.

- *La calidad como herramienta gerencial.

En cada caso los actores que definen la calidad son distintos:

En el primer caso nos referimos a los profesionales con capacidad científico técnica, condición fundamental para poder establecer garantía de calidad en el proceso de atención médica.

“ Es importante tener en cuenta que nuestra habilidad para identificar lo que es más efectivo y eficiente en la atención a la salud, depende del conocimiento científico previo. Sin ese conocimiento, nuestros juicios sobre la calidad son dudosos y se mantienen sujetos a prueba.” Donabedian (1993).

En el segundo caso son los usuarios tanto internos como externos, clientes internos y clientes externos de los servicios de salud quienes califican la calidad de la atención médica, de acuerdo a la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

Por último tenemos a aquellos que conducen y administran los servicios y sistemas de salud.

Cada uno de estos enfoques requiere de técnicas y procedimientos diferentes para el monitoreo de la calidad.

Esto no significa que sean excluyentes (es posible combinarlos e integrarlos), sino que es necesario reconocer la intencionalidad de cada actividad para una mayor claridad de objetivos y procedimientos.

Como señalábamos anteriormente en nuestra investigación, ya desde la década de los sesenta A Donabedian definía tres dimensiones de la calidad y que, junto con otros autores ha desarrollado y profundizado en los años sucesivos:

Dimensión técnica

Dimensión interpersonal

Dimensión del entorno / de las comodidades / amenidades

Se puede distinguir un modelo restringido de participación integrado por médico/ paciente y otros ampliados hasta llegar al de un sistema de salud / población, con varias situaciones intermedias.

En todos el concepto de participación se refiere a los dos componentes de la interrelación: efector y receptor o con derecho a la atención

Como los dos términos de la vinculación se pueden ampliar progresivamente, se debe definir cada vez los sujetos involucrados.

Nuestra investigación documental se orienta hacia la exploración conceptual de la Calidad desde la perspectiva de los usuarios externos / pacientes.

La pregunta que siempre subyace cuando se menciona la intervención de los pacientes o beneficiarios es: ¿están en condiciones de evaluar situaciones técnicas y no tan sólo ciertos requisitos estructurales como serian las comodidades o preferencias?

En la realidad y en nuestra experiencia propia en el ejercicio de la profesión, los pacientes juzgan el desempeño profesional en base a comportamientos y resultados.

De hecho, esa evaluación es la que orienta la demanda y la elección del prestador, siempre que se tenga la posibilidad hacerlo.

Este reconocimiento de la contribución de pacientes / consumidores los hace co responsables junto con los prestadores en la calidad de la atención médica lograda.

El conocimiento de la percepción de la calidad que tienen los usuarios externos / consumidores de los servicios de salud, también denominada Calidad Funcional, es una importante fuente de información para establecer prioridades en términos de demandas y requerimientos de los mismos.

La evaluación de la calidad de la atención médica desde la perspectiva del usuario externo alcanza gran relevancia y difusión durante toda esta década, siendo sumamente extensa la bibliografía publicada al respecto

En base al Modelo de Donabedian podemos plantear el análisis de la Satisfacción de los Usuarios como uno de los indicadores de la dimensión Resultados, a partir del cual se puede conocer la opinión de estos en relación a :

Estructura

(instalaciones, comodidades, organización, recursos humanos)

Proceso (procedimientos y acciones realizadas; Valoración del componente interpersonal, expresión de la importancia históricamente consensuada de la relación médico paciente)

Resultados

(Cambios en el estado de salud y percepción general de la atención percibida).

Implica también evaluar la Accesibilidad

(características que obstaculizan o facilitan al usuario obtener la atención).

Poder evaluar Calidad desde la perspectiva del usuario y conocer sus necesidades y expectativas se convierten en retos para mejorar la calidad de la atención médica.

"Cómo incluir las perspectivas del cliente, sus juicios y preocupaciones en un sistema de garantía de la calidad?"

Quien formula esta pregunta es el propio A.Donabedian (1993) en la conferencia anteriormente citada.

Continuando con sus reflexiones es para este autor prioritario prestar mayor atención a los consumidores como agentes que protejan e incrementen la calidad de la atención, y los define como:

1. Productos de la atención médica
2. Quienes fijan las pautas de la atención
3. Reguladores de la atención
4. Jueces de la calidad de la atención

Los consumidores generan la atención al participar activamente, junto con sus médicos, en su propio cuidado.

Ellos fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención. Asimismo, regulan la

atención que se brinda al decidir cuál deben recibir o rechazar, así como su procedencia, al grado de que tienen alternativas para escoger.

Finalmente, juzgan la atención médica al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y consecuencias.

En la conferencia de la Sociedad Internacional de Calidad de Servicios de Salud realizada en Venecia , Italia 1997, A. Donabedian plantea un conjunto de roles del cliente aún más determinantes:

Definidores de la Calidad

Evaluadores de la Calidad

Informantes de la Calidad

Co productores de la Atención de Calidad

Ejecutores de la Garantía de Calidad

Controladores de los prestadores de atención

Reformadores del servicio de salud

De acuerdo con Doyle, V. (1997) el cliente como definidor de la calidad evalúa la dimensión interpersonal, juzgando si esta es apropiada y aceptable En relación a la dimensión técnica esta debe evaluarse por su impacto en la salud, debiendo ser informados los usuarios adecuadamente, y participando en las decisiones.

Las metas de atención deben establecerse entre usuarios y proveedores de salud; el usuario participa definiendo que resultados constituyen una atención de calidad.

En su rol de evaluador de la calidad, el usuario puede hacerlo expresando su satisfacción o insatisfacción en relación a aspectos específicos o en su conjunto, siendo no solo un criterio válido sino que además su satisfacción es fundamental como resultado de la atención.

El cliente como informante de la calidad al poder manifestar sus opiniones durante el proceso de atención, proporciona información de alto potencial de uso

En su rol de co productores, actúan como participantes activos conjuntamente con el proveedor, ya que la calidad depende en gran parte de cómo el cliente cumple sus responsabilidades como informante y ejecutor en el proceso terapéutico.

Los Clientes como meta de la garantía de calidad implica que en las actividades de garantía de calidad debe darse seguimiento al cliente para la potencial mejora de la atención en función de sus necesidades y expectativas.

Cientes en su rol de controladores de la calidad. Un cliente bien informado que participe activamente en la decisiones de salud puede influir en el comportamiento de los proveedores.

Por último, el rol de los clientes como "reformadores" del sistema de salud, se evidencia al ser participantes directos en la atención y cuando son motivados a hacer sugerencias por medio de sondeos o encuestas. Tener en cuenta sus opiniones puede transformarlos en factores de apoyo de la administración.

Esta apreciación de los diferentes roles de los pacientes debe hacer que los profesionales involucren a los usuarios como si fueran socios y en forma solidaria, asumiendo la corresponsabilidad en la calidad de atención médica.

Al asumir al paciente como capaz de desempeñar estos roles, sus opiniones y actitudes son de importancia fundamental para la evaluación de la calidad de la atención médica.

El conocimiento de La perspectiva del usuario, como beneficiario del proceso de atención, se constituye en objetivo primordial de los programas de garantía de calidad.

2.2.3. Reflexiones en relación a Modelos de evaluación de la calidad desde las perspectivas de los usuarios

La calidad de la atención, con sus múltiples atributos, enfocada como proceso y necesariamente temporal, implica la necesidad de definición no sólo del sujeto de evaluación sino también que componente, aspecto, actividad o acción queremos conocer en el aquí y ahora.

Se debe poner en ejecución más de una actividad evaluativa para aproximarse al conocimiento de la materia de estudio, recomendando el uso de criterios complementarios (Pedersen, 1992).

Los diseños de los modelos de evaluación se relacionan con el desarrollo de técnicas y herramientas para medir el grado de calidad alcanzado en comparación con lo deseado.

Podemos plantearnos entonces diferentes niveles de calidad (calidad básica, calidad posible, calidad óptima, calidad ideal)

Sobre este aspecto existen muchas posibilidades ya que es el campo en el que más se ha trabajado.

Evaluar la calidad de la Atención desde el punto de vista de los usuarios mediante la aplicación de instrumentos determinados (Donabedian 1990) se fundamenta en que los consumidores pueden definir mejor sus expectativas en relación a la atención médica que reciben, determinando que esta no sea la esperada.

Un instrumento de gran importancia, que pudiéramos definir como fundamental cuando realizamos investigación cualitativa, es la entrevista con los usuarios ya que de esta forma podemos conocer los criterios que realmente operan sobre la conformidad o no con la atención recibida.

Los instrumentos cuantitativos más difundidos son las encuestas de opinión, las cuales permiten obtener de los entrevistados importante información relacionadas a conceptos y actitudes producto de la atención recibida.

Esta información bien procesada, permite beneficiar a la organización, y a los usuarios internos y externos en sus necesidades y expectativas.

El complejo concepto de Satisfacción se refiere en realidad a una variable multidimensional ya que lo integran múltiples factores.

Podemos plantearnos, de acuerdo con la Dra. Margot Romano (2000) directora de la Fundación Isalud ,Argentina, que las múltiples dimensiones que convergen en la variable Satisfacción de los usuarios son:

Dimensión cognitiva: Conocimiento del diagnóstico y terapéutica indicada

"saber que tengo y que debo hacer"

Dimensión afectiva: Buena inter relación médico paciente y trato amable del equipo de salud

Dimensión ética: Respeto del profesional por el paciente

Dimensión social : ambiente confortable, “amenidades “ adecuadas

Dimensión financiera : costos de la atención

Dimensión organizacional: acceso fácil a la consulta y servicios a los que es referido, sin tiempos de espera tediosos.
Obtención de resultados de estudios en corto tiempo, sin trabas.

Dimensión tecnológica: Disponibilidad de equipos con tecnología adecuada

Es evidente que estas dimensiones convergen aportando su influencia relativa en la construcción perceptiva de la idea del estado de salud y la satisfacción / insatisfacción del usuario.

Partiendo de esta estrategia teórica y operacional se pueden elaborar instrumentos de medición de la satisfacción del paciente que incluyan las dimensiones de esta variable tan compleja.

Las encuestas de opinión permiten formular preguntas orientadas al suministro de datos en función de los objetivos que se deseen investigar, los cuales deben de

estar claramente definidos, habiendo utilizado previamente instrumentos de carácter cualitativos como las entrevistas, para así conocer los criterios de evaluación que, de acuerdo a sus valores establecen los usuarios.

Una extensa revisión de publicaciones realizadas relacionadas con el tema (Cleary,P.D, E.E.U.U.1993; Instituto Catalán de Salud, 1994; Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994; Insalud Madrid 1996;Edgman L., E.E.U.U.1996, Belfiori, C. Y col. Argentina 1996; Vivanco P. y col. Chile,1996; ISAPRE – Chile 1998; INEI- Perú 1999; Valenzuela, A y col, México, 2000, Picker Institute, Europe 2000) nos permite plantear la importancia de la percepción de los usuarios en relación a los tres componentes de la atención a la salud: atención técnica, manejo de la relación interpersonal y el ambiente en que se desarrolla el proceso de atención (Donabedian 1990).

Es conveniente destacar como de un país, estado, región o de una cultura a otros/ otra, cambian las normas de acuerdo a las cuales se establecen los criterios de calidad.

Las características de los usuarios, además de las que puedan definirse como biológicas, dependen de su comportamiento, el cual va a estar signado por sus valores culturales, sociales y situacionales.

Estos valores son los que determinan sus preferencias, ya que de acuerdo a estos establecen sus criterios en relación a los objetivos y logros del proceso de atención médica.

En el contexto de las reformas en los sistemas de salud de la región en América Latina y el Caribe es evidente la importancia que cobra la percepción de los usuarios en relación la calidad de la atención médica y de acuerdo con Médici,

A. (2000) podemos plantear la utilización de instrumentos como “ el análisis de interés de los agentes relevantes y herramientas de comunicación social, con el fin de reducir asimetrías de información y aclarar posiciones entre los diferentes grupos, armonizando sus puntos de vista y garantizando la consecución de los cambios”

Como profesionales de la salud todas las investigaciones en relación al tema que nos ocupa deben estar signadas por lo que expresa Avenis Donabedian:

"La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional. Con ella, todo esfuerzo razonable de monitoría de la calidad tendrá éxito. Sin ella, el más ingenioso de los sistemas de monitoreo fracasará".

No quisiéramos finalizar esta reflexiones sobre La calidad de la atención médica desde la perspectivas de los usuarios sin citar la siguiente declaración internacional sobre los conceptos de salud para el siglo que ya ha comenzado:

Declaración de Yakarta sobre promoción de la salud hacia el siglo XXI (1997)

La promoción de la salud es una valiosa inversión

La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social.

Cada vez más, la promoción de la salud está siendo reconocida como un elemento esencial para el desarrollo de la salud.

La promoción de la salud es un proceso para permitir a la gente el control sobre su salud y para mejorarla.

La promoción de la salud, a través de inversiones y acciones, actúa sobre los

determinantes de la salud para crear la mayor ganancia de salud para la gente, contribuir significativamente a la reducción de inequidad en salud, asegurar los derechos humanos y construir un capital social.

El último objetivo es incrementar las expectativas de salud y reducir las diferencias en las expectativas de salud entre países y grupos.

La Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud ofrece una visión y enfoque para la promoción de la salud en el próximo siglo. Refleja el compromiso firme de los participantes en la 4ª Conferencia Internacional de promoción de la salud para aprovechar la amplísima gama de recursos para abordar los determinantes de la salud en el siglo XXI.

Podemos concluir que a las declaraciones internacionales ya conocidas de Alma Ata (1976) Ottawa (1986) se añade esta otra de Yakarta.

Después de leer el comunicado oficial que aquí se reproduce, es importante preguntarnos por los resultados de Promoción de Salud alcanzados a partir de las declaraciones anteriores de la O.M.S.

Qué ha sucedido a nivel internacional y muy especialmente a nivel nacional, qué cambios se han producido a nivel local, en el contexto societario particular en el que cual cada uno de nosotros se desenvuelve día a día.

La necesidad de un Modelo adecuado en salud, basado en las prioridades a nivel nacional, orientado hacia una atención integral y continua, con énfasis en la acciones de promoción y prevención, a través de las redes de Atención Primaria de la salud y que busque involucrar a la comunidad en la búsqueda de soluciones a los problemas de la salud, se hace perentoria en Venezuela

La aparición de nuevas técnicas de investigación y evaluación para poder valorar y validar programas y los procesos de cambios en el sector salud, conjuntamente con la tecnología aplicada al campo de la comunicación, representan importantes aportes que deben ser asumidos por los sistemas de salud, ya que permiten el fortalecimiento y mejoramiento del sector, así como facilitan el logro de la viabilidad financiera , mejorando la eficiencia de los servicios.

Todo modelo que adoptemos y hagamos viable y sostenible en el tiempo debe tener como objetivos promover la calidad y la búsqueda de la excelencia en la atención a las personas garantizada para todos, siendo la calidad el elemento fundamental para la toma de decisiones a nivel del proceso de la atención médica.

Actualmente existen en Venezuela dos proyectos de cooperación de la O.P.S. (Organización Panamericana de la Salud) :” Proyecto para la transformación del sector salud, desarrollo de la rectoría del MSDS y del sistema nacional de salud”

“Proyecto para el desarrollo de las intervenciones de la política de atención integral, dirigido a personas, comunidades y medio ambiente.

Ambos proyectos están orientados a mejorar la calidad de vida y por ende la calidad del proceso de atención médica, mediante la instrumentación de políticas y ejecución de planes dirigidos al logro de una salud integral y al desarrollo social.

Creemos que es de suma importancia que en ambos proyectos, las dimensiones de la calidad del proceso de atención: técnica, humana y "amenidades" definidas por A. Donabedian, puedan también ser valoradas por los consumidores sanitarios.

Como ya hemos hecho referencia en relación a la Calidad técnica, la apreciación de estos usuarios carece de la capacidad de evaluación de quienes proveen directamente la atención médica, dada la "asimetría de información", sin embargo su opinión debe ser tenida en cuenta, así como también la que expresan sobre la relación interpersonal o calidad humana y el grado de satisfacción en relación a sus necesidades y expectativas.

De acuerdo con el ya citado autor y experto Frenk J. (1994) en su definición de las "amenidades" (comodidades o ambiente físico de la atención), " son todas las características del lugar de prestación de servicios, que hacen la atención a la salud conveniente, confortable, agradable, privada y , hasta cierto punto deseable ", queremos destacar que, aunque muy influidas por deseos, educación y niveles socio económicos de los usuarios, como también lo están sus opiniones relacionadas a las otras dos dimensiones de la calidad, la valoración que estos hacen de "las amenidades", deben ser elementos que constituyan, junto los relacionados a calidad técnica y humana, importantes fuentes de información para la toma de decisiones en los procesos de mejora continua de la atención médica o atención a la salud.

CAPITULO 3. MARCO METODOLOGICO

Los criterios de investigación que se emplearon en este proyecto de investigación corresponden al nivel de investigación y al diseño de investigación definidos, de acuerdo con el autor Aria F.G. (1999)

Entendiendo el Nivel de investigación referido al grado de profundidad con que se aborda el objeto o fenómeno en estudio, esta investigación se clasifica como de tipo exploratoria, aunque el tema de investigación en este caso es muy conocido y ha sido objeto de multiplicidad de estudios.

El Diseño de Investigación es el de Investigación Documental, basada en la obtención y el análisis de datos provenientes de una profunda y extensa revisión bibliográfica del tema de investigación.

“La investigación documental constituye un proceso científico y sistemático de indagación , organización interpretación y presentación de datos e información alrededor de un tema, basado en la estrategia de análisis de documentos “ (UNA 1992)

En relación a las Técnicas e Instrumentos de recolección de Datos se utilizaron el análisis documental y el análisis de contenido.

Se adoptaron, de acuerdo con el autor Arias, F (1999), parcialmente las normas establecidas en el manual de publicaciones editado por la American Psychological Association., el cual ha difundido mundialmente el sistema autor – fecha.

Se utilizó el sistema autor – fecha para referirnos a determinado autor durante el desarrollo de la monografía.

La bibliografía se diseñó de acuerdo a las normas establecidas por el autor citado:

Artículos:

- a) Apellido del autor, (coma)
- b) Inicial del nombre. (punto)
- c) Año de publicación entre paréntesis. (punto)
- d) Título del artículo. (punto)
- e) Nombre de la publicación subrayada, (coma)
- f) Número del volumen subrayado
- g) Número del ejemplar (si lo contiene) entre paréntesis, (punto)
- h) Número de las páginas. (punto)

Textos:

- a) Apellido del Autor, (coma)
- b) Inicial del nombre. (punto)
- c) Año de publicación entre paréntesis. (punto)
- d) Título de la obra subrayado o en itálicas
- e) Ciudad : (dos puntos)
- f) Editorial. (punto)

Publicaciones en Internet:

Direcciones de website.

BIBLIOGRAFÍA

Artículos científicos y publicaciones

Andersen, R., Aday, L.A. (1974). Marco terico para el estudio del acceso a la Atención Médica. Health Services Research, 9: 208-220

Belfiori, C. y Cagna, B. (1996) Proceso interactivo y subjetividad del paciente internado. Estrategias de intervención en investigación en Salud, 1 (2)

Bergner, M. et al. (1981) El perfil del impacto de la enfermedad : elaboración y revisión final de un indicador del estado de salud. Medical Care 19 (8): 785-805

Borini, I., Fernanadez de Busso, N y col. (1987) Evaluación de la calidad de la atención médica. Metodología y resultados obtenidos Revista Médica y Sociedad, 10 : (1, 2)

Cantero Pullán E. y col. (1994) Encuesta entre usuarios de servicios de salud en enfermería en A.P.S. Revista de la Escuela Andaluza de Salud Pública, 4

Donabedian A. (1984) La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación La Prensa Médica Mexicana S.A.

Donabedian, A. (1985) Explorations in quality assessment and monitoring.
Health Administration Press Vol. III

Donabedian, A (1986) "La investigación sobre la calidad de la atención médica"
Revista Salud y Seguridad Social del Instituto Mexicano de S.S.

Donabedian A (1988) . The assessment of technology and quality: A comparative study of certainties and ambiguities .The Journal of Technology Assesment Health Care 4 487-496

Donabedian, A. (1989) Hacia una visión integradora de la investigación y educación en Salud Pública Revista Salud Pública Mexicana, 31: 569 – 573

Donabedian, A. (1990) La Dimensión internacional de la evaluación y monitoreo de la calidad " Revista la Salud Pública Mexicana, 32: 113 – 117

Donaedian, A. (1990) Garantía y monitoreo de la calidad de la Atención Médica
Revista del instituto de salud Pública Mexicana " Perspectivas " Primera edición

Donabedian, A. (1993) Prioridades para el progreso de la evaluación y monitoreo de la Calidad de Atención Salud Pública de México vol 35: (1), 94-47

Donabedian, A. (1993) Continuidad y cambio en la búsqueda de la Calidad
Revista salud Pública de México, 35: (3).

Donabedian, A. (2001) Una experiencia directa con la calidad de la atención”
Informando & reformando Boletín trimestral del NAADIIR /AL,8

Doyle, Vicki (1997) La contribución del cliente en la promoción de la atención
con Calidad Boletín Salud con calidad N 2.

Edgman et al (1996) The relationships between reported problems with care and
patients evaluations Quality Re. Bull.18: 53-59

Fineberg, H.V., Hiatt, H.H. (1978) Evaluation of Medical Practices: the Case of
Technology Assessment The New England of Medicine 301 (20): 1086-1091

Flagle, C.(1971) Toward an integrated methodology for the analysis of Health
Care Systems Operations Research 19: 1300-1322

Gallardo, C., y col. (1997) Perspectivas de los usuarios en A.P.S. del Area 9 del
Insaluden la Comunidad Autónoma de Madrid . Publicación de Insalud,
Comunidad de Madrid

Hilleboe, H (1972) Approachs to national health planning Geneva World Health
Organitacion

INEI – Instituto nacional de Estadística e Informática (1999) Demanda de Atención en Servicios de Salud (1998-1999)

<http://inei.gob.pe/inei4/novedad/informes/ie-inv1499.htm>

ISAPRE - Chile (1998) Encuesta de Salud de usuarios en servicios de salud privados <http://isapre.cl/Actualidad/encuesta-adimark.htm>

Koran, L.M. (1975) . The realibility of clinical methods, data and judgments. The New England Journal of medicine, 293 (13): 642-646. The New England of Medicine, 293 (14): 695-701

Ministerio de Salud Pública de Chile (1998) Encuesta de satisfacción entre usuarios de hospitales de área Oriente de Santiago

<http://minsal.cl/novedades/comunicados/Adimark.html>

Morehead, M.A. La Auditoría Médica como Instrumento Operativo. American Journal of Public Health, 57 (1969): 1643-1656

Morris, M.J. (1969) Fallos en la comunicación médico –paciente. Respuesta de los pacientes a las recomendaciones del médico. The New England Journal of Medicine, 280: 535-540

Picker Institute Europe (1987- 2000) Trough the eyes of the patient

<http://www.pickereurope.org/surveys/approach.htm>

Penchnssky, R (1981) the concept of acces: Definition and relation ship with consumer satisfaction Medical care:19: 127-140

Romano, M. (2000) y col. Niveles y criterios de satisfacción en usuarios de subsistemas de salud. Fundación insalud

Rutstein et al. (1976). Measuring the Quality of Medical Care: a Clinical Method. The New England of Medicina 294: 582-588Francis, V., Korsch, B.M.,

Smallwood, R.D, Sondik, E. J(1973) The optimal control of partially observable Markov processes over a finite horizon. Operations Research 21:1071- 1088.

Smallwood, R., Sondik, e. Offensend, F. (1971) Toward and integrated methodology for the analysis of health-care systems. Operations Research 19:1300- 1322.

Starfield, B. (1973) Health services research: A working Model . The New England of Medicine, 289 (3): 132-136

Valenzuela,a. y col. (2000) Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una organización no gubernamental Salud Pública de México 42: 422-430

Vazquez, J. (1994) Estudio comparativo sobre el gradod e satisfacción de los usuarios de una A.B.S y un C.A.P. no reformado Investigaciones de Salud Universidad Pompei,Fabra Barcelona 161-166

Von Bertalanffy.(1933) Modern Theories of Developments: an Introduction to Theoretical Biology.

Vuori H. (1987) Introducir el control de calidad Un ejercicio de audacia. Control de la calidad asistencial 2:(1)

Vuori H. (1982) Quality assurance of health services: Principles and methods Public Health in Europe N.16 Copenhagen : WHO, regional Office of Europe

Weinstein, M.C., Stason, W.B. (1977) Foundations of cost- effectiveness for health and medical practices. The New Journal of Medicine 296: 716-721

White, K.L. (1978) Organización de la atención de Salud: Perspectiva epidemiológica. Acta Hospitalaria 18 (3)

W.H.O. (1989) The Principles of quality assurance. Quality assurance in Health Care 1: (89)

W.H.O. (1989) Training in quality assurance Quality assurance in health care 1: (97)

W.H.O.(1989) The organization of quality assurance Quality assurance in health care 1: (111)

Textos:

Albrecht, K, (1997) **La excelencia en le Servicio** Bogotá: 3 R Editores

Arias, F. G. (1999). **El proyecto de Investigación** Caracas: Editorial Episteme

Crosby, Philip (1987) **La Calidad no cuesta** México: Celanese Mexicana

Deming W.E. (1989) **Calidad, Productividad y Competitividad: La Salida de la crisis.** Madrid: Ediciones Diaz de Santos S.A.

Durán Joseph (1986) **La Trilogía de Jurán** Ediciones Diaz de Santos S.A. Madrid

Feigenbaum, Armand (1986) **Control Total de la Calidad** México: Edit. CECSA

Galán Morena (1996) **Evaluación Integral Administración Hospitalaria.** Bogota: Edit. Médica Internacional

Gibson, I. (1997) **Las organizaciones** .Bogotá: Mc Graw Hill

Gonzalez, A y col. (1994) **Calidad total en atención primaria en salud** Madrid: Edit. Diaz de Santos S.A.

Ishikawa, Kaoru (1986) ***Que es el control total de la calidad?*** México: Edit. Norma

Lolas, F. (2000) ***Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad. Derechos*** Panamá: O.P.S./ O.M.S.

Médici, A. (2000) ***Las reformas en salud en A. Latina y el caribe. En la hora de los usuarios : reflexiones sobre economía política de las reformas de salud.*** México: Sánchez y Zuleta editores

Moraes Novares, H. (1991) ***Ejemplos de indicadores de calidad de la atención médica especificado por servicios o especialidades para ser revisado y adaptado alas condiciones locales*** Washington D.C.: O.P.S. / O.M.S.

Pabón, H. (1985) ***Evaluación de los Servicios de Salud*** Modelo Prides Cali: Edit.. XYZ.

Paganini, J. M. (1993) ***Calidad y Eficiencia de la Atención Médica Hospitalaria.*** Washington D.C.: O.P.S.

Palmer R.H. (1989) ***Evaluación de la asistencia médica ambulatoria. Principios y prácticas.*** Madrid: Ministerio de Salud y Consumo

Pedersen, D. 1992) ***El dilema de lo cuantitativo y lo cualitativo: de las encuestas a los métodos rápidos en investigaciones de salud*** Ciencias sociales y Medicina Perspectivas Latinoamericanas. Santiago de Chile : Editorial universitaria.

Ribas, J., Vellorí (1992) L. ***Técnicas de documentación e investigación***
Caracas: Universidad Nacional Abierta

Sonis Abraham (1978) ***Medicina sanitaria y administración de salud. Atención en salud. Tomo I*** Buenos Aires: Librería El Ateneo Editorial

Vuori H (1988) ***El control de la calidad en los servicios sanitarios***. Barcelona:
Edit.Masson

Conferencias

OMS y UNICEF (1978)

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud:

"Salud para Todos en el Año 2000 " Alma Ata, Kazajstán, ex URSS

O.M.S. (1986)

Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, realizada en "Carta de Ottawa", Ottawa, Canadá)

O.M.S.(1997).

IV Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud:

"Nuevos re-presentantes de una nueva era. La Promoción de la Salud hacia el Siglo XXI", Yakarta, Indonesia

49^a. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (1997)

" Normas para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención Médica."

Hamburgo, Alemania

Tesis

Santi, Maggia.

“ Aspectos de Calidad percibidos por los Usuarios Externos de los
Servicios Odontológicos pertenecientes a la Alcaldía del Municipio Baruta “

Maestría Gerencia en Servicios de Salud

Universidad Católica Andrés Bello Caracas