



UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
Dirección General de Estudios de Postgrado

POSTGRADO EN GERENCIA DE SERVICIOS ASISTENCIALES
DE SALUD

TRABAJO DE GRADO

Calidad: ¿En los Servicios de Salud?

Presentado en la Universidad Católica Andrés Bello

Por:

Dra. Magali Fair Blanco-Fombona

Como requisito para el grado de:

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Prof. Asesor: Miguel Leal

Caracas, abril de 2006

INDICE	Pág.
RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
CAPITULO I: JUSTIFICACION, OBJETIVOS, METODOLOGIA	
I.1 Justificación	7
I.2 Objetivos de la investigación	9
I.2.1 Objetivo General	9
I.2.2 Objetivos Específicos	9
I.3 Metodología	10
CAPITULO II: MARCO TEORICO	
II.1 Concepto de Calidad	11
II.2 Breve Historia de la Calidad	13
II.2.1 Hitos Japoneses en la historia de la Calidad	19
II.2.2 Evolución histórica de la Calidad	22
II.3 Desarrollo del concepto de Calidad	23
II.3.1 Evolución del concepto de Calidad en las Empresas de Producción	23
II.3.2 Calidad en las Empresas de Servicios	25
II.3.3 Calidad en los Servicios de Salud	32
II.4 Calidad en salud en la República Bolivariana de Venezuela	38
II.4.1 Marco Legal Colombiano	43
II.5 Calidad y sus Dimensiones	47
II.5.1 Datos biográficos del Dr. Avedis Donabedian	51
II.6 El Sistema de Calificación	54
II.6.1 Sistema de Gestión y Aseguramiento de la Calidad	55
II.6.1.1 Círculos de Calidad	56
II.6.2 El Modelo Europeo de Excelencia: La Autoevaluación	58
II.6.3 Sistema de aseguramiento de la Calidad: ISO: 9000	59
II.6.4 Acreditación a Instituciones de salud por la JCAH	62
II.7 ¿Cómo medir la calidad en un Servicio de Salud?	66
II.7.1 ¿Cómo construir un cuestionario de Satisfacción del cliente?	68
CONCLUSIONES	79
RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFIA	83

RESUMEN

Esta monografía se realiza con el propósito de explorar la Calidad, desde sus inicios históricos, evolución del concepto desde las empresas de producción hasta las empresas de servicios, haciendo especial énfasis en las empresas de servicios de salud. Posteriormente se investiga que papel juega “la calidad” en la legislación venezolana; cómo es el sistema de gestión y aseguramiento de la calidad a nivel internacional. El significado histórico de la palabra calidad es el de aptitud o adecuación del uso, (Juran, J.M, 1990). Se dice que un producto o servicio es de calidad cuando satisface las necesidades y expectativas del usuario o cliente. La evolución de los conceptos de Calidad en las últimas décadas han determinado que los preceptos que antes se aplicaban estrictamente a una tarea de control ejercida en alguna dependencia de la fábrica, empresa o taller de manufactura hoy se hayan convertido en una importante herramienta de gestión, que se aplica en todas las áreas de una organización. En el sector salud se han difundido varias definiciones de Calidad, entre las cuales la más conocida: *“Proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y perdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica”* (Dr. Avedis Donabedian-1984). En 1966 Donabedian publicó su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continuó desarrollando posteriormente y que constituirían una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria.

Palabras claves: calidad, empresas de producción, empresas de servicios, servicios de salud, sistema de gestión, aseguramiento de la calidad.

Disciplina: Dirección de Empresas

Área: Gerencia de Servicios de salud

INTRODUCCION

La calidad en el cuidado médico se define como el grado en el que los servicios de salud para los individuos y la población aumentan la probabilidad de lograr los resultados de salud deseados y esos resultados son consistentes con el conocimiento profesional (Consumer Report, 1998; Griffin, 1995).

Para los gerentes de servicios de salud la búsqueda “de la calidad del servicio” representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para estos profesionales de la salud.

Ofrecer un servicio profesional es la elaboración progresiva de un conjunto de acuerdos imprescindibles para que la intervención profesional pueda llevarse a cabo. Representa una instancia realmente creativa, ya que integra aspectos técnicos – conceptuales y de comportamiento. No es otra cosa que lograr en la realidad que el paciente (cliente o usuario) tome la decisión de elegir el servicio y la ejecute en consecuencia.

Para ello debemos empezar por analizar que es lo que tenemos para ofrecer a los potenciales usuarios y de que herramientas nos vamos a valer para ejecutarlo.

Como oferente de un servicio, el profesional posee una amplia gama de herramientas específicas a utilizar para detectar oportunidades y aumentar la cantidad de usuarios satisfechos.

La propuesta de servicio debe orientarse a resolver los problemas del usuario y a agregarle valor al mismo como individuo. El verdadero desafío en esta etapa es comprender que cada usuario está ubicado mental y conceptualmente en planos diferentes.

Esta comprensión de la realidad del mercado, permitiría la elaboración de una propuesta de servicio profesional única y excluyente para cada usuario, que contemple su punto de vista particular y agregarle los beneficios adicionales que excedan el marco de su expectativa.

Un servicio profesional brindado por profesionales diferentes no es el mismo servicio; lo cual impone la idea de propuestas alternativas para el desarrollo del mismo tipo de tareas.

El saber que sustenta el servicio esta sujeto a variaciones temporales, como corolarios de los importantes avances científicos y técnicos y el desafío intelectual que en la profesión se plantea cotidianamente. Es muy importante saber comunicar ese mayor conocimiento que se posee y esos avances utilizarlos no porque sea una moda sino porque la dolencia del usuario así lo requiera.

El mercado potencial al que apunta esta estrategia, aprecia el servicio profesional como algo intangible, desconocido y por ende difícil de comprender. En cambio, los profesionales de la salud lo conocen perfectamente, crecieron con él, le dieron detención y forma; aunque a veces lo sobre valoran o lo desvaloran por no poder ser objetivos en su apreciación.

El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades. Por tanto, los gerentes de servicios de salud deben admitir que ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los usuarios e incluso sobrepasarlas, “DEBEN MEDIR LA CALIDAD DE SU SERVICIO EN FORMA REALISTA”. Esto implica conocer las virtudes y defectos del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello deben establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio.

Con este trabajo de investigación se busca explorar la teoría acerca de la calidad, su historia, evolución, aplicación en empresas de producción y aplicación en los servicios de salud y como evaluarlos.

CAPITULO I: JUSTIFICACION, OBJETIVOS, METODOLOGIA

I.1 JUSTIFICACION

A pesar que los servicios asistenciales de salud están sujetos a muchas regulaciones por parte del Estado, la calidad de sus servicios no está garantizada. Por esta razón es que la necesidad de recibir servicios médicos de calidad, debe ser un punto clave en la política pública de cualquier país.

Es muy complejo medir la calidad de un servicio médico debido a las características inherentes a la prestación de un servicio como son: intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad de producción y consumo (Prasuraman et al., 1985). Los servicios son intangibles porque no es posible contarlos, medirlos, almacenarlos, tener inventario, probarlos o verificarlos antes de la venta. Sólo la experiencia del usuario, (paciente), puede decidir si los servicios de cuidado de salud son de calidad. Sin embargo, hay ciertos factores que influyen en el servicio esperado como son:

- La comunicación entre las personas: la opinión que se forma un cliente potencial muchas veces depende de lo que oye decir de los otros clientes.
- Las necesidades personales: lo que puede esperar un cliente depende de las características y circunstancias personales de cada cual.
- Experiencias previas: los clientes que en ocasiones anteriores han utilizado un servicio no tienen las mismas expectativas que los clientes que nunca lo han hecho.
- Comunicación externa: la propaganda mediante el uso de mensajes directos e indirectos.

Otra dificultad para medir la calidad en el servicio es que la naturaleza del desempeño diverge de una transacción a otra. Esta heterogeneidad puede ocurrir porque el servicio es brindado por diferentes médicos, enfermeras y personal general a una gran variedad de pacientes con necesidades y expectativas diferentes. La variación entre las personas que dan servicios de salud puede deberse a su adiestramiento, experiencias, habilidades personales y personalidad. Las necesidades de los pacientes varían entre personas y entre visitas a la consulta. Las necesidades y los niveles de desempeño también pueden ser influenciados por factores como la estación del año, el día de la semana y la hora del día. La interacción entre el personal prestador del servicio de salud, los usuarios y factores de tiempo pueden combinarse en un número infinito de maneras que afectan la calidad del servicio prestado. Otra dificultad es que no se puede separar la producción del consumo de los servicios, porque estos se consumen a la vez que son producidos, por lo que se dificulta el control de calidad (Jun et al., 1998).

I.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

En los objetivos de esta monografía se especificarán los objetivos que se persiguen alcanzar; incluye el objetivo general y los objetivos específicos.

I.2.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una investigación teórica sobre la Calidad y su aplicación en los Servicios de Salud.

I.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desarrollar mediante una revisión bibliográfica el origen, antecedentes y conceptos de la Calidad.
- Conocer como ha evolucionado el concepto de Calidad desde las empresas de producción hasta las empresas de servicios.
- Conocer la aplicación de los conceptos de Calidad Total en las empresas de servicios de salud.
- Conocer y exponer la legislación venezolana y la colombiana en lo que respecta a la calidad en salud.
- Desarrollar las dimensiones de la Calidad.
- Exponer como es el Sistema de Gestión y Aseguramiento de la Calidad y su desarrollo a nivel mundial.
- Proponer recomendaciones factibles de aplicar por los gerentes de servicios de salud.

I.3. METODOLOGÍA

La metodología aplicada en el desarrollo de este trabajo sobre “Calidad: ¿En los Servicios de Salud?”, fue el desarrollo de una monografía que deriva del griego "mono" que significa único y "graphein" que significa describir.

El significado de “monografía” es extenso, es un texto argumentativo, con función informativa, que presenta y organiza los datos obtenidos sobre una determinada temática, de varias fuentes, analizados con una visión crítica.

Es un trabajo de investigación científica con tema restringido y extensión variable. Si ha de ser destinada a un público muy especializado y competente en la materia, la misma suele llamarse disertación o artículo técnico. El término científico supone el desarrollo de un proceso lógico de conocimiento de la verdad sobre algo.

Se presentan los resultados de forma organizada y sistemática. Para sustentar la descripción y posición asumida se aporta evidencia bibliográfica de trabajos profesionales y de estudios de investigación.

El tipo de monografía utilizada en este caso fue de tipo recopilativa que, luego de elegido el tema se realizó una investigación bibliográfica en distintos orígenes, consultando todas las fuentes disponibles referentes al tema seleccionado.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

II.1 CONCEPTO DE CALIDAD

Calidad: etimológicamente proviene del latín *Qualitas* que significa el conjunto de cualidades o propiedades que caracterizan una cosa o a una persona.

El significado histórico de la palabra calidad es el de aptitud o adecuación del uso, (Juran, J.M, 1990). Se dice que un producto o servicio es de calidad cuando satisface las necesidades y expectativas del usuario o cliente en función de los siguientes parámetros:

- Seguridad que confiere el producto o servicio al cliente o usuario.
- Fiabilidad o capacidad que tiene el producto o servicio para cumplir las funciones especificadas, sin fallas y por un periodo determinado.
- Servicios que ofrecen el fabricante o distribuidor en caso de fallo del producto o servicio.

La Sociedad Americana para el Control de Calidad, (A.S.Q.C.) por sus siglas en inglés, define la calidad como el conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del cliente o usuario.

La relación entre la calidad de un producto o servicio y el precio que el cliente debe pagar no se contempla en las definiciones anteriores por lo que algunos autores prefieren definir la calidad siguiendo a Peter Drucker dejando claramente definida la relación calidad/precio, que en definitiva será el aspecto diferencial en el que se basará el cliente a la hora de adquirir un producto o servicio. Por tanto se puede definir la calidad como aquello que el cliente está dispuesto a pagar en función de lo que obtiene y valora. De esta definición se

desprende la necesidad del uso de especificaciones, por lo que el concepto de calidad genera otras definiciones, entre las que se encuentran:

- a) Característica de calidad o propiedad de un producto o servicio que contribuya a su adecuación al uso: rendimiento, apariencia, sabor, fiabilidad, etc.
- b) Calidad de diseño o adecuación de las características de calidad diseñadas para la generalidad de usuarios o clientes.
- c) Calidad de conformidad o calidad de fabricación que indica la fidelidad con que un producto se ajusta a lo establecido en su proyecto.

Solo se obtendrán productos o servicios de calidad cuando se puedan definir el conjunto de características de calidad que garanticen una total adecuación al uso por parte del cliente o usuario, tomándolos en cuenta como parte interesada. Resumiendo, la calidad de un producto o servicio se puede entender como el nivel de excelencia que se ha escogido alcanzar para satisfacer el sector mercado al cual va dirigido el producto o servicio, cumpliendo las exigencias de dicho sector, y representa, al mismo tiempo, la medida en que se logra dicha calidad.

Desde el punto de vista del modelo industrial, la calidad tiende a definirse en función de la aceptación del producto por el cliente: Juran la define como “idoneidad o aptitud o para el uso” (Juran, J.M. 1990); en tanto que para Ishikawa es la “satisfacción de los requisitos de los consumidores de ese producto o servicio”. (Ishikawa, K. 1985).

Norma ISO 8402 define la calidad como:

“Conjunto de propiedades o características de un producto o servicio que le confieren aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas.”

En términos generales, la calidad puede definirse como el conjunto de características de un bien o servicio que logra satisfacer las necesidades y expectativas del cliente. (OPS. Programa de garantía y mejoramiento de la calidad en los servicios de salud en América Latina).

W. Edwards Deming (1992), describe la calidad como “un grado predecible de uniformidad y confiabilidad de un producto a bajo costo y acorde con el mercado.” Esto solo será posible si se establece un control estadístico de la calidad, si se logra el cambio en la cultura organizacional y se compromete a los trabajadores en los procesos de producción de la empresa. Una observación que acompaña esta definición establece que al determinar si un producto o servicio satisface su aplicación debe considerarse el efecto de tal producto o servicio a la sociedad.

II.2 BREVE HISTORIA DE LA CALIDAD

Las necesidades humanas de calidad han existido desde los comienzos de la historia, aunque los medios empleados para satisfacer estas necesidades, el proceso de gestión de la calidad, han sufrido grandes cambios y se halla en continua evolución.

Hasta fines del siglo XIX, la calidad como concepto se limitaba, según Feigenbaum, a un control efectuado por el operario de una fábrica. No había hasta entonces una valoración pertinente desde los dueños o directivos de una empresa. La ciencia y el cálculo penetran y renuevan los procesos industriales, pero la gestión continua siendo empírica.

Es a comienzos del siglo XX cuando la medida y el método científico penetran tanto en la organización como en la gestión de las empresas por dos vías diferentes:

- “La organización científica del trabajo”, cuyo principal ideólogo fue F. W. Taylor, quien publicó a principios de 1911, “The principles of Scientific Management”. En EEUU, las fábricas de Ford fueron las que adoptaron por primera vez el sistema Taylor de “organización

científica”, el cual se fundamenta en la separación entre planificación y ejecución, lo que hace posible un aumento de la productividad, pero origina un efecto negativo en la calidad. El “taylorismo” respondía a las necesidades específicas de expansión rápida de la producción con una mano de obra no cualificada, lo que hacía necesario la centralización de las informaciones y decisiones en el pequeño número de personal cualificado.

- La otra vía fue la de la *burocracia*. “El modelo ideal de burocracia”, de Max Weber, cuyos principios de regulación detallada, de decisión despersonalizada y de personal reglamentado, guiaron la organización de las administraciones y en muchos aspectos de toda la sociedad.

Tanto el taylorismo como la burocracia son universos jerarquizados (jerarquía de competencias), cerrados (cada uno en un espacio técnico funcional) y no participativos, salvo el pequeño grupo dirigente. Este sistema no prevee ningún circuito de ascenso de información, de escucha o de expresión de los niveles subordinados, ya que no existe nada que aprender de los empleados.

La utilización de este concepto origina que la importancia dada a la calidad disminuyera al mismo tiempo que la responsabilidad por la misma se hiciera cada vez más vaga y confusa. La consecuencia final fue que la alta dirección se desligó del proceso de gestión de la calidad.

En el siglo XX se produce un gran crecimiento en bienes y servicios, aparecen grandes industrias para producir, comercializar y mantener bienes de consumo, cada vez más complejos y con más exigencias en cuanto a calidad. Sigue el crecimiento de los Departamentos Centrales de inspección que comienzan a denominarse: de Control de Calidad, Garantía de Calidad, etc., encabezados por un Director de Calidad. La actividad básica de estos departamentos continuaba siendo la de inspección y ensayo: separa los productos buenos de los malos. El resultado de esta actividad era la reducción del riesgo de que los productos defectuosos fueran enviados al cliente.

Es en la Primera Guerra Mundial cuando la comprobación de calidad ya no es ejecutada por el obrero sino por el capataz, por lo que adquiere ya una mayor

importancia dentro del proceso productivo. Luego, entre las dos guerras aparece el Control de Calidad por Inspección o lo que conocemos como el Control de Calidad Moderno.

En 1931, Walter Shewhart publicó *"Economic Control of Quality of Manufactured Products"* (Control Económico de la Calidad de Productos Manufacturados), en el que se plantean los principios básicos del control de la calidad, sobre la base de métodos estadísticos, centrándose en el uso de Cuadros de Control. Se le considera, por este hito, como el padre del Control de Calidad Moderno. Diez años más tarde se publicaron los "Estándares Z" conocidos como los estándares de la Guerra, que enfocaban el uso de los Cuadros de Control para el análisis de datos y su aplicación durante la producción. Y también en 1941 Leslie E. Simons publicó *"Un Manual de Métodos Estadísticos para Ingenieros"*.

Estos tres aportes eran los únicos pilares en que se sustentaba el campo del control de calidad durante los años cuarenta en el mundo occidental, donde hasta ese momento la calidad y el mejoramiento no tenían mayor relevancia para las empresas, sino hasta 1947, fecha en que un grupo de empleados de Johns- Manville terminaron de rodar y editar un video llamado " Control de Calidad Moderno " con el objetivo de promover los aspectos básicos del control de calidad en su empresa entre los empleados e indirectamente a la gerencia : cuadros de control, histogramas, límites para gráficos de barras y cuadros R, así como muestreo. Fue tan exitoso, que trascendió a la empresa y fue utilizado en muchas otras durante décadas. Sin embargo, la verdadera importancia de la calidad no se asentaría en occidente sino hasta los años 80.

Mientras tanto, concluida la Segunda Guerra Mundial, Japón debía asumir la nada fácil tarea de reconstruir el país. En aquel momento, las fuerzas de ocupación de los EE.UU., decidieron apoyar en la reconstrucción de la economía y la infraestructura de manera directa, con el objetivo de evitar que el Japón recuperara su capacidad bélica. A las tierras niponas llegaron un importante número de expertos estadounidenses para ayudar en la labor, pero antes de esto, debían ganar la confianza de los japoneses, quienes aún los veían como los enemigos. Para ello crearon la CCS (Civil Communication

Section), que debería difundir mensajes pro-EEUU en la población, entre otros a través de programas de radio. Lamentablemente, la población no contaba con radios.

Se construyeron establecimientos industriales orientados a la fabricación de radios, pero luego de la guerra, los administradores experimentados del Japón fueron alejados de puestos de esta naturaleza por su labor durante la guerra y el personal con el que se contaba carecía de formación y experiencia, por lo que el resultado fue productos de bajísima calidad.

Para apalejar este problema se creó el NETL (National Electric Testing Laboratory), con la responsabilidad de controlar la calidad. Sin embargo, poco tiempo después se reconoció que esta estrategia nunca podría alcanzar buenos resultados en el largo plazo, así que se reorientaron los esfuerzos hacia la capacitación de esta nueva generación de administradores, programa que se realizó conjuntamente por la CCS y la JUSE (Unión de Científicos e Ingenieros del Japón).

Entre los temas de la capacitación, se incluyó el Control Estadístico de la Calidad (SQC – Statistical Quality Control) y especialmente los aportes en este campo de Walter Shewhart. La JUSE vio en esta temática una razón, tal vez la principal, de la victoria de los EEUU en la guerra y orientó su interés hacia este campo, solicitando a la CCS que les recomendara a expertos que pudieran profundizar y reforzar el tema.

En aquel entonces Shewhart no estaba disponible, así que recomendaron a un profesor de la Universidad de Columbia, que había estudiado y aplicado los métodos de Shewhart, **W. Edwards Deming**. Ya en 1947 Deming había estado en el Japón como parte de una misión de observación económica, por lo que los japoneses ya lo conocían, facilitando su incorporación como instructor. En 1950, durante dos meses, Deming entrenó a cientos de ingenieros y administradores, así como a ejecutivos de primer nivel, enfocándose principalmente en tres aspectos claves:

- El ciclo **PDCA**.
- Las causas de las variaciones.
- El control de procesos con Cuadros de Control.

El Ciclo PDCA es un concepto ideado originalmente por Shewhart, pero adaptado a lo largo del tiempo por algunos de los más importantes personajes del mundo de la calidad, W. Edwards Deming.

EL CIRCULO DEMING

El Ciclo PDCA básico se conoce comúnmente como el Círculo Deming. Consiste en una serie de cuatro elementos que se llevan a cabo consecutivamente:

P: PLAN (PLANEAR): establecer los planes.

D: DO (HACER): llevar a cabo los planes.

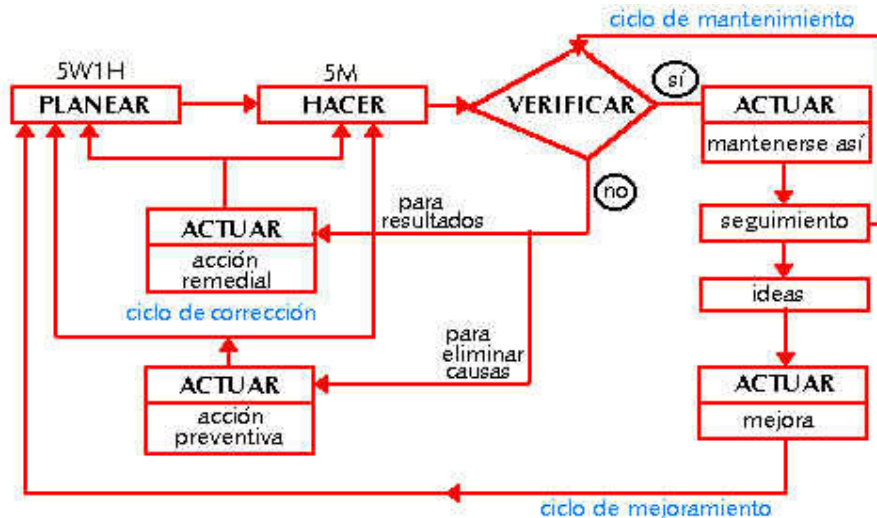
C: CHECK (VERIFICAR): verificar si los resultados concuerdan con lo planeado.

A: ACT (ACTUAR): actuar para corregir los problemas encontrados, prever posibles problemas, mantener y mejorar.



ESQUEMA DEL DR. MIYAUCHI

El Dr. Miyauchi propone un gráfico explicativo y algo ampliado para el Ciclo PDCA:



5W1H es una expresión común para definir el proceso de planificación, compuesto por 5W y 1H, que son los aspectos que debemos cubrir para tener una planificación adecuada:

5W: What – Qué Who – Quien When – Cuando Why – Porqué Where - Donde

1H: How - Como

EL APOORTE DE ISHIKAWA

Ishikawa también aportó en este campo, dividiendo los dos primeros pasos del Ciclo PDCA en dos etapas cada uno, resultando en un proceso de seis pasos:

P: 1) Determinar Metas y Objetivos y 2) Determinar Métodos para alcanzar las metas.

D: 3) Dar Educación y Capacitación y 4) Realizar el Trabajo.

C: 5) Verificar los efectos de la realización.

A: 6) Empezar la acción tomada.

Al inicio, cuando los japoneses aplicaron las enseñanzas de Deming, los resultados fueron bastante buenos, pero poco a poco se regresaba a la situación inicial, bajó la motivación a nivel de trabajadores, la información recolectada no era exacta y los ejecutivos no mostraban interés en continuar con el SQC. Para tratar de solucionar este dilema, la JUSE invitó a Joseph M. Juran para realizar conferencias y charlas respecto del Rol de la Gerencia en la Promoción de las Actividades de Control de Calidad. Esta visita marcó el salto en Japón de los primeros pasos en Calidad hacia la Calidad Total, al introducir aspectos como la definición de las políticas de calidad y la planificación de la calidad. Que se reforzó con el lanzamiento en japonés del libro " The Practice of Management " de Peter Drucker, en el que se plantea la Administración por Objetivos.

Los japoneses fusionaron las enseñanzas de Deming y Juran con la Administración por Objetivos y dieron los primeros pasos hacia la Planeación Estratégica de la Calidad y hacia la Administración de la Calidad Total (TQM – Total Quality Management). En 1950, se creó el Premio Deming.

II.2.1 Hitos japoneses en la historia de la Calidad

- ✓ En 1957 Kaoro Ishikawa publica un libro en el que se resalta la importancia de la Administración y las Políticas Operacionales, base de lo que se conoce como el Control de Calidad en Toda la Compañía (Company-Wide Quality Control- CWCQ), que en términos generales es muy parecido al Control de Calidad Total.
- ✓ Juran hizo otra visita en 1960, en la que hizo hincapié en la responsabilidad de la gerencia en la definición de objetivos y en la planificación para mejorar, que abrió las puertas al Hoshin Kanri o Policy Deployment. Este modelo de dirección por objetivos es de carácter

piramidal, en el que de las opciones estratégicas se deducen, escalón a escalón, los objetivos particulares que las sustentan, y cada uno de la organización esperan de su jefe los objetivos, para luego negociar las modalidades y los medios.

- ✓ Durante los 60, Shigueo Shingo desarrolló Poka Yoke y los sistemas de inspección en la fuente, los que plantearía formalmente después.
- ✓ En 1962, Kaoru Ishikawa (empresario y consultor japonés) constituyó los Círculos de Control de Calidad en Japón a fin de lograr el mejoramiento de la calidad. Los empleados japoneses aprendieron y aplicaron técnicas estadísticas sencillas.
- ✓ En noviembre de ese mismo año, JUSE (Unión of Japanese Scientists and Engineers) organizó la primera conferencia de control de calidad para supervisor. Poco a poco, los primeros miembros de los círculos de calidad fueron capaces de aplicar sus propios conocimientos en su trabajo diario, logrando mejoras en cada una de las partes de los procesos productivos.
- ✓ En Mayo de 1963 se llevó a cabo la “Primera Conferencia de Círculos de Control de Calidad” en la ciudad de Sendai y fue el inicio de lo que han llamado “El Milagro Japonés”, pues con rapidez acelerada fueron creciendo el número de círculos y conferencias, al grado de que la oficina central no fue suficiente, teniendo que hacer oficinas regionales para su control. También se desarrollaron varias modalidades de círculos, en las diferentes áreas de actividades de grupo, con enfoque de ventas, administración, finanzas, servicios, consultorías, turismo, hospitales, escuelas. oficinas gubernamentales y centros de investigación.
- ✓ En la década de los '70 se produjo el impacto japonés de los Círculos de Calidad (Ishikawa, 1962). Este argumentó que en lugar de centralizar el control de la calidad del trabajo de producción cotidiano, para confiárselo exclusivamente a un servicio especializado, lo que se necesita es integrar ese control al proceso de fabricación. Así, la calidad de la producción se convierte en asunto de todos los servicios, en lugar de ser la carga de uno sólo.
- ✓ En 1972, el astillero de la Mitsubishi en Kobe hace un gran avance en los conceptos modernos de calidad, profundizando y centrando los conceptos del Hoshin Kanri. Esto resultó en un enfoque ampliado de la Calidad desde

el diseño de un producto hasta su consumo o uso, lo que llamaron Despliegue de la Función de Calidad o QFD (Quality Function Deployment), que derivaría posteriormente en el concepto de Concurrent Engineering.

- ✓ En Japón, Shigueo Shingo desarrolla Poka Yoke y los sistemas de inspección en la fuente y para 1977 plantea formalmente el Cero Control de Calidad como una estrategia para conseguir el "Cero Defecto", (ZD), lo cual -a su criterio- nunca se conseguiría con la forma en que el Control Estadístico de la Calidad enfocaba el problema.
- ✓ En la década del 80, Genichi Taguchi introdujo el DOE como parte del Método Taguchi. EL DOE es un enfoque usado para identificar los factores o pasos que más contribuyen a la generación de variaciones dentro de las especificaciones de un producto. El DOE se enfoca a identificar los factores que afectan el nivel de respuesta de un producto o proceso a determinados agentes, a fin de generar un modelo matemático predictivo.
- ✓ Cinco años más tarde, en 1985 Motorola acuña el término Sigma 6 como objetivo de calidad, cero defectos, que es un Control Estadístico de la Calidad o de los Procesos (SQC o SPC, Statistical Quality Control o Statistical Process Control, en inglés).
- ✓ En 1986, Edwards Deming, tras su experiencia en Japón, publica "Out of the Crisis", donde explica detalladamente su filosofía de calidad, productividad y posición competitiva, incluyendo sus famosos 14 Puntos para la Administración (actualmente conocidos como los 14 Puntos de Deming).
- ✓ En 1987 aparece la serie ISO 9000, la cual reúne el trabajo de la ISO en Administración y Aseguramiento de la Calidad desde 1979.
- ✓ En 1994, Deming publica su libro "The New Economics", en el que plasma su Sistema del Conocimiento Profundo, necesario, según este matemático, para transformar el estilo gerencial actual en uno óptimo.

II.2.2 Evolución histórica del concepto de calidad

Etapa	Concepto	Finalidad
Artesanal	Hacer las cosas bien independientemente del coste o esfuerzo necesario para ello.	- Satisfacer al cliente. - Satisfacer al artesano, por el trabajo bien hecho - Crear un producto único.
Revolución Industrial	Hacer muchas cosas no importando que sean de calidad (Se identifica Producción con Calidad).	- Satisfacer una gran demanda de bienes. - Obtener beneficios.
Segunda Guerra Mundial	Asegurar la eficacia del armamento sin importar el costo, con la mayor y más rápida producción (Eficacia + Plazo = Calidad)	Garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y el momento preciso.
Posguerra (Japón)	Hacer las cosas bien a la primera	- Minimizar costes mediante la Calidad - Satisfacer al cliente - Ser competitivo
Postguerra (Resto del mundo)	Producir, cuanto más mejor	Satisfacer la gran demanda de bienes causada por la guerra
Control de Calidad	Técnicas de inspección en producción para evitar <u>la salida</u> de bienes defectuosos	Satisfacer las necesidades técnicas del producto.
Aseguramiento de la Calidad	Sistemas y procedimientos de la organización para <u>evitar</u> que se <u>produzcan bienes defectuosos</u>	- Satisfacer al cliente. - Prevenir errores. - Reducir costes. - Ser competitivo.
Calidad Total	Teoría de la administración empresarial centrada en la permanente satisfacción de las expectativas del cliente.	- Satisfacer tanto al cliente externo como interno. - Ser altamente competitivo. - Mejora continua.

II.3. DESARROLLO DEL CONCEPTO DE CALIDAD

Los conceptos e innovaciones en calidad se originaron en las empresas de producción, donde se han desarrollado y luego han sido exportadas a los otros tipos de empresas, como por ejemplo, las empresas de servicio.

El concepto de calidad, en todas sus acepciones, aparece y se desarrolla en la industria de la producción, extendiéndose posteriormente a otros tipos de empresas como son las de servicios, entre ellas, los Servicios Sanitarios, con las peculiaridades propias de cada una de ellas.

II.3.1 Evolución del concepto de Calidad en las Empresas de Producción

La evolución de los conceptos de Calidad en las últimas décadas han determinado que los preceptos que antes se aplicaban estrictamente a una tarea de control ejercida en alguna dependencia de la fábrica, empresa o taller de manufactura hoy se hayan convertido en una importante herramienta de gestión, que se aplica en todas las áreas de una organización.

Tradicionalmente, "*Calidad*", en su definición básica implica *satisfacción del cliente*. Este, siempre fue visto como el consumidor final de los productos o servicios y era el destinatario de los esfuerzos dirigidos a interpretar y satisfacer sus necesidades.

La calidad era controlada al finalizar el proceso de producción mediante inspecciones, desechando aquellos productos que se consideraban no cumplían con las pautas de calidad determinadas.

Esto implicaba evitar el impacto de la falla en el cliente, pero a un costo muy elevado ya que el proceso estaba terminado y el gasto consumado.

Sin embargo, los conceptos de Calidad se han desarrollado en los últimos años y han ampliado el universo de todos los involucrados en el proceso productivo. Los clientes de una organización son, además del consumidor final, los dueños de la misma, sus empleados, sus proveedores y en última instancia la sociedad. Todos estos actores esperan que las actividades de la organización realizadas con efectividad y eficiencia logren satisfacer sus expectativas.

Otro punto de desarrollo importante es el paso del *Control*, como único factor de determinación de la Calidad de un producto, al concepto de *gestión*. Todas las actividades de la empresa quedan bajo el manto del *Sistema de Gestión de Calidad*.

En los años ochenta, el mundo occidental comienza a tomar conciencia de la Gestión de la Calidad, y comienza a adoptar gran parte de las ideas y prácticas del Control de Calidad japonés para producir los cambios que se requerían en sus respectivos países, así pues allí también se comienza hablar de TQM (Gestión de la Calidad Total).

Hacia finales de los ochenta en la industria automotriz se empezó a destacar la importancia del control estadístico de procesos. Se exigió a proveedores y a los proveedores de éstos la aplicación de tales técnicas. El control estadístico de los procesos se basa en dos supuestos:

- La naturaleza es imperfecta
- En los sistemas todo es variable

La probabilidad y la estadística desempeñan un papel principal en la comprensión y control de los sistemas. Tablas, diagramas y gráficos son herramientas conceptuales de los que los gestores pueden servirse para resumir los datos estadísticos, para medir y entender las variaciones, para evaluar el riesgo y tomar decisiones. Involucra el muestreo estadístico y el

empleo de gráficos para determinar el grado aceptable de variación. Utilizando la desviación estándar pueden fijarse límites superior e inferior de control.

Por otra parte, surgió el innovador concepto de la mejora continua de la calidad (CQI, Continuous Quality Improvement), para el cual se necesitaba también de la administración de la Calidad Total (TQM, Total Quality Management).a través de la Gestión de la Calidad Total (TQM).

Precisamente, debido a las necesidades del mercado mundial, el desarrollo de las comunicaciones y otras variables de los tiempos modernos, surgió la necesidad de establecer un grupo de normas para la implementación de un *Sistema de Gestión y Aseguramiento de la Calidad* que pudieran servir a cualquier organización, grande o pequeña, inserta en cualquier rama de la producción y localizada en cualquier lugar del mundo.

A finales de la década de los ochenta aparecen las normas internacionales ISO 9000, derivadas de la norma militar BS 5750. A este grupo de normas internacionales se hará mención más adelante.

II.3.2. Calidad en las Empresas de Servicios

En las últimas décadas, estos conceptos que se han desarrollado en las empresas de producción, han comenzado a aplicarse en las empresas de servicios, incluyendo los servicios sanitarios, con los consiguientes problemas inherentes a las características propias de los diferentes tipos de servicios.

Tradicionalmente las industrias se han clasificado en:

- a) Actividades manufactureras, que consisten fundamentalmente en la transformación de las materias primas en artículos acabados, duraderos o no.
- b) Actividades no manufactureras, que son todas las demás y que a su vez se dividen en:
 - Industrias de minería, agrícolas y construcción.
 - Industrias de servicios: de transporte (ferroviario, aéreo, autobuses, etc.), servicios públicos (telefonía, energía, etc.), restaurantes y hoteles, comercialización (alimentación, automóviles, ventas al mayor, etc.), finanzas (bancos, seguros), inmobiliarias, informativos, servicios profesionales (médicos, abogados, etc.), administración pública (defensa, sanidad, educación, etc.).

Se considera servicio a todo aquel trabajo que se realiza para otra persona, una sociedad, una empresa o para toda una comunidad. Un servicio se presta porque satisface las necesidades del cliente mejor que si lo hiciera el mismo, por carencia de posibilidades técnicas, por oferta de alternativas más económicas y fáciles, o sencillamente por satisfacción de necesidades de índole fisiológica o psicológica.

Una empresa de servicios es un sistema integrado de tecnologías e instalaciones especiales. La empresa vende el producto de dicho sistema a sus clientes de diversas formas, como por ejemplo:

- Alquiler de instalaciones o equipos (automóviles, apartamentos, etc.).
- Uso de instalaciones como autobuses, teléfonos, etc.
- Asesoramiento profesional como médico, jurídico, etc.
- Prestaciones sanitarias como Hospitales.
- Mantenimiento y/o reparación de productos como talleres de automóviles.
- Liberación de trabajo propio, como servicios de restaurantes.

Para cumplir esta gran variedad de cometidos, la empresa de servicios vende directamente al cliente, y es en este apartado donde estas empresas difieren

fundamentalmente de las de producción o manufactureras. Esta venta directa las pone en contacto directo con un gran número de clientes. Cada uno de estos contactos implica la prestación de un servicio de buena o de mala calidad y lleva consigo un gran componente subjetivo tanto por parte del cliente como de la persona que presta el servicio, además de poseer unas condiciones que no pueden repetirse, condiciones que terminan al finalizar la prestación del servicio. En estos aspectos radica la diferencia fundamental con las empresas de producción y la dificultad de aplicación de los conceptos de calidad total a las mismas.

En resumen, podemos decir, que el servicio reúne fundamentalmente tres características:

1. **Intangibilidad**, por la dificultad de aplicarles especificaciones uniformes que aseguren la garantía de calidad tal como se le realiza a los objetos físicos de producción, ya que en gran medida su calidad va a depender de la percepción y evaluación que de dicho servicio realice el cliente.
2. **Heterogeneidad**, especialmente para aquellos servicios que implican un amplio rango de actividades, como por ejemplo los servicios asistenciales. Es difícil garantizar una conducta consistente o uniforme en las personas que producen el servicio.
3. **Inseparabilidad de su producción y su consumo**. La calidad se alcanza en el mismo momento en que el servicio está en interacción con el cliente, y cuando la participación de este último en el proceso es intensa, tal como ocurre en la relación enfermo-profesional de salud, la influencia sobre el proceso es mayor, lo que dificulta aún más el control externo de la calidad de ese servicio.

Debido a estas tres características fundamentales de los servicios, la calidad de los servicios puede considerarse como la capacidad para satisfacer las expectativas del cliente a quien va dirigido (nivel de excelencia), usando la palabra expectativa en el sentido de lo que el cliente desea que suceda. Esta ha sido abordada por diferentes autores desde perspectivas diversas, coincidiendo en lo siguiente:

- a) Su evaluación es difícil y compleja.
- b) Esta valoración no debe atender únicamente a los resultados, sino que debe incluir también el proceso en el que se ofrece.
- c) La satisfacción con el servicio se define como el resultado de la diferencia existente entre las expectativas previas (EP) y la apreciación subjetiva del servicio (AS). De esta forma cuando $EP > AS$ se obtiene una calidad de apreciación inaceptable; si $EP = AS$ la calidad percibida es satisfactoria; y si $EP < AS$ se considera que la calidad es más que satisfactoria, estimándola como ideal, siendo por consiguiente una medida sujeta a la relatividad cultural de los criterios del cliente.

En cuanto a los componentes que influyen en el cliente para determinar la calidad de los servicios, Prasuraman los representa con las siguientes variables:

- Fiabilidad: referida a la consistencia en su correcta ejecución (hacerlo bien a la primera). Incluye precisión y cumplimiento del servicio en el tiempo definido.
- Responsabilidad: en cuanto a la actitud positiva y disposición facilitadora de quien proporciona el servicio.
- Competencia o posesión de habilidades: conocimientos necesarios para ofrecer el servicio. Además de los aspectos técnicos también se incluyen las concernientes a las relaciones interpersonales.
- Accesibilidad: facilidad en la obtención del servicio, por lo que comprende una rápida y sencilla localización, recepción y consecución del servicio.
- Cortesía: incluye todos los aspectos que favorecen la relación interpersonal, orientadas al respeto y consideración hacia la otra persona.
- Comunicación: en términos de saber escuchar al cliente y expresar en un lenguaje sencillo las características del servicio.

- Credibilidad: significa honestidad, prestigio y confianza que puede ofrecer la empresa, institución o persona que proporciona el servicio.
- Seguridad: o ausencia de peligro, riesgo o duda, e incluye seguridad física, financiera y/o confidencialidad.
- Conocimiento del cliente: se refiere al esfuerzo de entender y satisfacer del mismo.
- Tangibilidad: comprende aquellas evidencias físicas que rodean al servicio, (aparición física de quien lo proporciona, material o equipamiento utilizado, entorno ambiental en donde se realiza,...).

Estos y otros componentes pueden conocerse, en parte, con anterioridad a la obtención del servicio, como es la tangibilidad o la credibilidad. Pero la mayoría solo pueden ser evaluados en el momento en que se consume el servicio (fiabilidad, cortesía, responsabilidad, competencia y seguridad). Por lo que, aunque los clientes dispongan de información basada en su propia experiencia o en la de otros, dada la heterogeneidad que caracteriza a los servicios, estos requieren de una constante reevaluación.

Como primer paso para poder valorar la calidad de un servicio, se debe realizar la definición de las características del mismo. Es una actividad que va íntimamente ligada al diseño del producto relacionado con el servicio.

A partir de la definición o diseño del producto, el equipo responsable del servicio, con el auxilio de los equipos de Marketing y Ventas, se sacan las conclusiones de los estudios de mercado, de los resultados de las encuestas o de cualquier otra fuente de información, lo que nos permitirá:

- a. Identificar las características del servicio que afectan a las decisiones de la compra del producto por el cliente.
- b. Conceptúa esas características en atributos medibles (indicadores).
- c. Define el valor estándar de esos indicadores.
- d. Asigna “pesos específicos” a cada atributo.

- e. Valora la calidad del servicio a partir de las valoraciones de cada uno de los atributos definidos y cuantificados.

Posteriormente se realiza la definición del proceso de prestación del servicio, siguiendo un camino análogo a la definición del servicio en sí, utilizando fuentes de información similares. La diferencia principal entre ambos estriba en que el proceso de prestación del servicio no puede ser definido de forma tan rígida, ya que una parte importante de su calidad se basa en la actitud y aptitud de los que los prestan.

Para definir este proceso de prestación de forma que sea medible su calidad, se deben realizar los siguientes pasos:

- a. Identificación de las características de calidad de la prestación.
- b. Traducción de esas características en atributos medibles (indicadores).
- c. Definición del valor estándar de esos indicadores.
- d. Asignación del “peso específico” de cada atributo.
- e. Valoración de la calidad de la prestación del servicio a partir de las valoraciones de cada uno de los atributos definidos y cuantificados.

Normalmente la prestación de un servicio conlleva la realización de una serie de actividades diferentes, por lo que si desea medir la calidad lo más conveniente sería considerar las diferentes actividades de carácter individual y establecer una o varias magnitudes para cada una de ellas, de forma que midiéndolas se tenga conocimiento de su calidad real. Esta forma de medición tiene las siguientes ventajas:

- Permite seleccionar solamente aquellas actividades que más influyen en la calidad final, de forma que se simplifique al máximo el proceso de medición, registro y análisis de datos.
- Permite emprender acciones de mejora bien orientadas, ya que la consideración del servicio y de su prestación, como una serie de actividades individualizadas y la medición de cada una de

ellas por separado, indica de forma clara y rápida cuál de esas actividades tiene un nivel de calidad más bajo, y por tanto cuáles son las acciones de mejora a emprender. Evidentemente la calidad real del servicio será aquella tenga la actividad de peor nivel cualitativo.

En el conjunto de características que definen la calidad existen algunas que pueden medirse objetivamente y otras que solo pueden medirse de forma subjetiva, por que existen dos tipos de indicadores de la calidad de un servicio, unos subjetivos y otros objetivos.

Los indicadores subjetivos son los que se definen para conocer cuál es el grado de percepción y satisfacción del cliente cuando se le presta el servicio. Al medir su calidad se está midiendo en qué grado satisface los deseos del cliente, y se están obteniendo datos que permiten una mejora por dos vías diferentes:

- a) El ajuste del servicio a lo que el cliente realmente quiere. Se comprueba que en ocasiones la empresa está ofreciendo elementos dentro del servicio que el cliente realmente no aprecia por lo que sería conveniente suprimirlos para abaratar costes, o bien, sustituirlos por otros elementos que al ser apreciados por el cliente incrementen la calidad del servicio.
- b) La mejora en la ejecución del servicio de manera que el cliente quede satisfecho al recibirlo.

La vía más común de medición de estos indicadores son las encuestas, cuestionarios o preguntas. La forma de medición es la respuesta del cliente y por tanto su percepción sobre los aspectos que se le presentan a consideración. Dentro de este tipo de indicadores es fundamental la evaluación del grado de satisfacción del cliente, ya que en definitiva es el cliente el que nos va a dar la “calidad real del servicio”, y por tanto el punto de referencia al cual tenemos que tender.

Los indicadores objetivos son aquellos que se definen para conocer hasta qué punto se están cumpliendo las especificaciones preestablecidas para el servicio y su prestación. Los datos obtenidos aportan una idea no solo del grado de adecuación del servicio sino también de los caminos de mejora.

II.3.3. Calidad en los Servicios de Salud

En el sector salud se han difundido varias definiciones de Calidad, entre la más relevantes están: *“Es el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.”* (M.I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS - 1998) o las más conocida: *“Proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y perdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores) con su cosmovisión y formación académica”* (Dr. Avedis Donabedian-1984) siendo este último autor la referencia obligada al respecto por ser quien más ha investigado y escrito sobre el tema.

En las instituciones prestadoras de servicios de salud, la calidad asistencial es probablemente la característica más apreciada tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud.

Los primeros datos relacionados con la calidad asistencial los encontramos en el año de 1858, cuando Florence Nightingale, (enfermera), introduce en el ámbito hospitalario dos importantes principios que se pueden relacionar con la calidad. Por un lado apoyó la formación de las enfermeras, y por otro estudió

las tasas de mortalidad de los hospitales militares en el curso de la guerra de Crimea, observando una reducción drástica de la tasa de mortalidad en dichos hospitales, pasando de un 40% a un 4%.

Posteriormente, en 1910, Flexner, evaluó colegios de enseñanza médica en Canadá y Estados Unidos, descubriendo la gran ausencia de normas relativas a la educación médica, por lo que recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.

En 1912, Codman desarrolló un método que permitía clasificar y medir los “resultados finales” de la asistencia hospitalaria. En 1913, a consecuencia de los informes de Flexner y Codman, el Colegio Americano de Cirujanos emprendió estudios sobre la normalización de Hospitales.

Fue en Canadá, en 1950, cuando se creó el *Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales*, y en 1951, en los Estados Unidos, la *Joint Comisión on Accreditation of Hospitals* (JCAH). Estos organismos permitieron la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

En 1966, el **Dr. Avedis Donabedian** publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continuó desarrollando posteriormente y que constituirían una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control tenía tres pilares básicos:

- 1) Análisis de la estructura: se valora la capacidad de los medios materiales (edificios, instalaciones, etc.), medios humanos (índice de personal, dedicación, etc.) y la estructura organizativa (gobierno, grado de participación, etc.).
- 2) Análisis del proceso: se valora la calidad de los métodos, es una forma indirecta de análisis, analizando lo que hace, cómo lo hace y su funcionamiento. Su base fundamental es el análisis de la Historia Clínica, y consiste en seleccionar por muestreo un grupo de historias clínicas y analizar el método de trabajo realizado para establecer el diagnóstico y el proceso terapéutico. Además también se observa de

forma directa el trabajo del médico y de enfermería en las consultas externas.

- 3) Análisis de los resultados: se valora la calidad del producto o resultado final de la asistencia. Los métodos anteriores, el estructural y el de proceso, son indirectos, es decir, no garantizan la calidad que el usuario o “cliente externo” recibe.

En Estados Unidos investigaron la validez de estos métodos indirectos, comparando sus resultados con el estado de salud de los “clientes” que fueran atendidos por el Hospital, comprobando que la relación causa-efecto, no es siempre directa, lo que pone en duda la validez de estos métodos como mecanismo de valoración de la calidad.

A finales de los años sesenta, cuando la acreditación pasa a ser una condición necesaria de los Hospitales para entrar en los programas de financiación de MEDICARE y MEDICAID, nace el concepto de audit. Médico, que opone al estudio externo que realizaba la acreditación, la opinión de los profesionales del hospital sobre la práctica que realizaban.

Los audits médicos son un método de control interno de una institución para verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Se han definido como la participación de un grupo de expertos clínicos avalados por la experiencia para evaluar la calidad de la atención prestada a los enfermos y contribuir a la mejora de los conocimientos sanitarios. Posteriormente, la JCAH los incorporó a su programa de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.

En 1972, se crean los Professional Standard Review Organizations, las cuales son organizaciones encargadas de revisar la calidad de los hospitales concertados por MEDICARE y MEDICAID, con lo que aparecen los primeros estudios protocolizados del proceso asistencial, basados en la documentación clínica, para valorar la fiabilidad del diagnóstico y si las atenciones hospitalarias habían sido adecuadas.

En 1976, en Estados Unidos se funda la National Association of Quality Assurance Professionals (NAQAP) y en 1980 la Canadian Association of Quality Assurance Professionals. Estas asociaciones se crean en torno al control de calidad en los hospitales y se encaminan a garantizar la calidad asistencial.

Por otra parte, desde la década de los cincuenta los hospitales han experimentado grandes cambios en relación a su tecnología, a los diferentes profesionales dependientes de los mismos y a la gran diversidad de personal y de los usuarios. Esta proliferación de la tecnología ha tenido un efecto notable sobre la vida hospitalaria, en especial sobre las tareas que deben llevarse a cabo, el espacio en que se ejecutan y el ritmo de las actividades cotidianas dentro del recinto hospitalario. Además, las diferentes profesiones del campo de la salud han experimentado grandes cambios, como por ejemplo, la medicina se ha fragmentado en numerosas especialidades y subespecialidades. A todo esto se añade el incremento en las últimas décadas de las demandas de servicio tanto de los usuarios como de los empleados de los hospitales, sumado esto a recortes presupuestarios. Frente a todo esto la única alternativa válida es la mejora de la eficiencia del sistema mediante el aumento de la calidad de los servicios sanitarios, lo cual solo puede llevarse a cabo mediante una estrategia de gestión.

Hasta hace poco la calidad en el ámbito asistencial se basaba exclusivamente en el control y se entendía como un conjunto de profesionales, generalmente médicos, reunidos en torno a una comisión, para el estudio de un determinado tema. Este grupo, trabajando independientemente de la directiva, podía llegar a unas conclusiones que luego no calaban en la institución y como consecuencia conducían a la desmotivación de sus integrantes y al descrédito del sistema. Siempre se ha concebido como una actividad de inspección verificadora que las actuaciones asistenciales se atenían a unos estándares fijados de antemano y aceptados por la comunidad científica, y se asumía la responsabilidad de la calidad desde una óptica externa al propio sistema.

Los principales inconvenientes de este enfoque son el crear la falsa imagen de que la calidad depende de la inspección del producto final y no del proceso

de actuación en sí, aporta poca información sobre los problemas de calidad, siendo lento el circuito entre la obtención de la información y la corrección del problema.

Como consecuencia de todo esto, al aplicar los conceptos de **calidad total** en las empresas de servicios podríamos definir la calidad como la totalidad de funciones y características de un servicio que determinan su capacidad para satisfacer las necesidades de los usuarios. Esta definición eleva al usuario de los servicios de salud al estatus de “cliente” al constituirlo en prioritario, y contempla el servicio desde una óptica integral, como una totalidad de funciones características.

Esta definición de calidad descansa sobre unos principios básicos:

- La calidad se consigue entre todos (atañe a toda la organización).
- No es un problema de “medios” sino de “actitud”.
- El profesional responsable de su trabajo es el más capacitado para mejorarlo.
- El profesional bien informado puede resolver, solo o en grupo, los problemas de su área.

En resumen, se podrá utilizar un modelo de *Calidad Total*, cuyas principales características son las siguientes:

- Existe un compromiso y una participación de toda la dirección.
- Todo el personal toma parte en la preparación, realización y evaluación de actividades.
- La mejora de la calidad debe afrontarse y seguirse de forma planificada y sistemática.
- Es un proceso continuo.
- Debe orientarse hacia los usuarios, considerados como clientes, y a la sociedad.
- Todos los integrantes del sistema deben conocer los logros de las actuaciones.

La Gestión de la Calidad Total debe comprender desde la calidad de las prestaciones y servicios, hasta la calidad de la administración, reconociendo para ello como primer objetivo la necesidad imperiosa de conocer las necesidades y requerimientos tanto de los clientes internos como externos a la organización.

Debemos entender entonces que cuando de calidad total se trata se está hablando de la calidad en todas y cada una de las actividades y procesos de la organización.

En una institución prestadora de salud la calidad es imprescindible. Debe existir calidad en los procesos de aprovisionamiento o compras, calidad en la reservación de los turnos a los pacientes, calidad en las prestaciones, calidad en los servicios de comida, calidad en los servicios a los acompañantes, calidad en los sistemas internos de información, calidad en el mantenimiento de los equipos, calidad en los servicios de urgencia, calidad en cada uno de los servicios que se prestan. Todos estos procesos constituyen eslabones en los servicios que la institución de salud brinda, razón por la cual se debe perseguir de manera sistemática la detección de fallas o defectos, para su prevención y erradicación.

La mejora continua de la calidad trae consigo un importante efecto sobre la productividad, y consecuentemente en los costes. Ya se trate de los niveles de calidad, como de los correspondientes a la productividad y los niveles de costes, estos pueden ser monitoreados y controlados mediante la utilización de los Controles Estadísticos de Procesos (CEP).

El CEP aplicado a la gestión empresarial del área de producción permite visualizar la capacidad del sistema para operar dentro de determinados niveles de calidad, productividad, costos y rentabilidad, distinguiendo las variaciones propias del proceso de aquellas que son especiales, de manera tal de aplicar las medidas correctivas que sean necesarias de acuerdo a sus características.

Si lo aplicáramos en el área de cirugía o tratamientos nos permitiría conocer el coste medio, pero también los niveles máximos y mínimos dentro de los cuales está operando el sistema, permitiendo a partir de ello aplicar una serie de herramientas y metodologías que permiten la reducción en los niveles de costes.

II.4 CALIDAD EN SALUD EN LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

La situación económica internacional conduce a los países a la contención del gasto público en cada uno de ellos, lo que naturalmente implica una contención del gasto sanitario, un freno en la expansión y una racionalización en los servicios, hechos que entran en contradicción con la mayor exigencia social en cuanto a la atención de la salud. Frente a esto se debe mejorar la eficiencia del sistema de salud mediante el aumento en la calidad del mismo.

En nuestra legislación, es en la Ley Orgánica de Salud publicada en Gaceta Oficial el 17 de septiembre de 1998, donde se hace mención expresa a la calidad en salud. En su Título I, Disposiciones preliminares, en el Artículo 3, se habla sobre los principios bajo los cuales funcionarán los servicios de salud para garantizar la protección de la salud a todos los habitantes del país. Estos principios son de universalidad, participación, complementariedad, coordinación y calidad, el cual cito a continuación: *“Principio de Calidad: En los establecimientos de atención médica se desarrollarán mecanismos de control para garantizar a los usuarios la calidad en la prestación de los servicios, la cual deberá observar criterios de integridad, personalización, continuidad, suficiencia, oportunidad y adecuación a las normas, procedimientos administrativos y prácticas profesionales”*.

Más adelante, esta misma ley vuelve hacer mención de la calidad:

Título III, De los Servicios para la Salud, Capítulo IV, De la Contraloría Sanitaria

Artículo 33: ...*“La Contraloría Sanitaria garantizará:... La calidad de los servicios de atención médica y de saneamiento ambiental”.*

Esta Ley Orgánica de Salud también contempla acerca de las evaluaciones, certificaciones y acreditaciones de los servicios de salud, lo que está íntimamente relacionado con la calidad. De las evaluaciones, encontramos en el artículo 11: ...*“El Ministerio de la Salud tendrá las siguientes atribuciones:... Ejercer la supervisión y evaluación continua de los servicios públicos para la salud... ”.* De las certificaciones y acreditaciones, en el artículo 15: *“En el ejercicio de sus funciones los gobernadores tendrán las siguientes atribuciones:... Realizar periódicamente las actualizaciones de la certificación y la acreditación de los establecimientos de atención médica, de acuerdo con las directrices técnicas dictadas por el Ministerio de la Salud”.*

En su Capítulo II, Del Funcionamiento de los Establecimientos de Atención Médica, también encontramos lo referente a acreditaciones y certificaciones de los establecimientos de salud.

Artículo 42: *“Por acreditación se entenderá el proceso obligatorio de evaluación de los recursos institucionales de los establecimientos de salud, mediante el cual se otorga un registro reconocido en toda la Nación, que tiende a garantizar la calidad de la atención y en el cual se dejará constancia de la calificación o clasificación de los establecimientos de atención médica”.*

Artículo 43: *“La certificación es un registro obligatorio que deben cumplir los nuevos establecimientos de salud, previo a su puesta en funcionamiento y define las condiciones mínimas estructurales y funcionales que deben poseer dichos establecimientos, así como su categorización. Este registro debe renovarse periódicamente y cuando se hayan ampliado, remodelado o disminuido las facilidades previamente certificadas.*

En el Reglamento de la Ley se especificarán las normas, procedimientos, categorizaciones y periodicidad de la acreditación y de la certificación”.

Ahora bien, esta Ley Orgánica de Salud será derogada cuando entre en vigencia la nueva Ley de Salud y Sistema Público Nacional de Salud a partir de su publicación en Gaceta Oficial. Esta última aun se encuentra en discusión en la Asamblea Nacional, siendo aprobada su primera discusión el 14 de diciembre de 2004, y distribuido un informe para su segunda discusión el 17 de agosto de 2005. A pesar de ello cabe revisarla puesto que toma muy en cuenta, al menos en papel, la calidad no solo en la prestación de los servicios de salud sino en la calidad de vida de la población.

La LEY DE SALUD Y DEL SISTEMA PÚBLICO NACIONAL DE SALUD (LSSPNS), tiene por objeto regular el derecho constitucional a la salud como parte del derecho a la vida y todo lo relacionado con la salud integral de la persona y la colectividad, el desarrollo de un entorno social saludable, la organización y funcionamiento del sector salud, tanto público como privado. Acerca del Sistema Público Nacional de Salud, en su artículo 2, crea este sistema que integra las políticas, planes y acciones, así como los órganos, entes y servicios de salud del sector público destinados a la promoción de la calidad de vida y salud, prevención de la enfermedad, tratamiento oportuno y la rehabilitación de calidad a las personas en todo el país.

En cuanto a la concepción de la salud, en el artículo 3 la define: *“La salud es el estado de completo bienestar físico, social y mental, se manifiesta como la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento del Sistema Público Nacional de Salud y producto de sus determinantes sociales, ambientales y biológicas. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida”.*

La OMS define salud como: “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación

biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral”. Si comparamos esta definición con la concepción de salud de la ley, este último es mucho más amplio, donde no solo está involucrada la salud de la persona como ser individual, sino que también involucra a la salud colectiva y al entorno biosicosocial, ambiental y cultural para alcanzar la calidad de vida y bienestar.

En el artículo 6 de la LSSPNS, en lo que a las competencias del órgano rector se refiere:... “3. *Diseñar, implantar y desarrollar la estrategia promocional de calidad de vida y salud*; 17. *Registrar y recertificar los profesionales y técnicos de la salud, incluyendo el nivel de especialistas*; 18. *Ejercer la regulación, vigilancia y control de la práctica de los profesionales y técnicos en salud*;...”.

La estrategia promocional de salud es definida en el artículo 7: “*La estrategia promocional de salud se define como el esfuerzo sostenido e intersectorial de preservación y desarrollo de la autonomía de los individuos y colectividades para hacer efectiva la respuesta a sus deseos y necesidades, en la búsqueda de alcanzar condiciones de calidad de vida a través de respuestas integrales ante las inequidades sociales y el impacto positivo en los indicadores de salud.*”

La estrategia promocional de la calidad de vida y salud se expresa articuladamente en acciones de educación para la salud, protección de la vida, disminución de riesgos, accidentes y enfermedades, restitución de la salud y rehabilitación integral, así como en la legislación y en todas aquellas iniciativas que fortalezcan el desarrollo y la justicia social”. El desarrollo de la estrategia estará a cargo del ministerio con competencia en salud al cual le corresponde el diseño, implantación y desarrollo de dicha estrategia, (artículo 8), así como será también de su competencia la educación para la calidad de vida y la salud, (artículo 9).

En cuanto a la tecnología en salud, artículo 52, “...*Se entiende por gestión tecnológica en salud al conjunto de procedimientos técnicos y estrategias gerenciales dirigidas a garantizar la seguridad, eficacia, efectividad,*

accesibilidad y calidad de todas las tecnologías aplicadas en el área de salud... El ministerio con competencia en materia de salud regulará y controlará la pertinencia, adquisición, idoneidad, y accesibilidad de las tecnologías en salud que se introduzcan y difundan en el país, en concordancia con las necesidades de la población. Para ello, diseñará e instrumentará políticas, normas y procedimientos sobre la base de los lineamientos políticos del sector salud, y en aplicación de criterios de mejoramiento continuo de calidad, productividad, eficiencia, confiabilidad, seguridad, excelencia y las implicaciones éticas, culturales y sociales...”.

En su artículo 78, sobre la regulación de los establecimientos prestadores de servicios y programas de salud, hace mención directa de la calidad de la atención: *“El ministerio con competencia en materia de salud regulará y controlará a los establecimientos públicos y privados que presten servicios de salud, para lo cual diseñará mecanismos de registro, habilitación, clasificación y acreditación que tienda a garantizar las condiciones estructurales y funcionales que deben poseer dichos establecimientos, así como la calidad de la atención...”*. En el mismo artículo define acreditación: *“... se entiende por acreditación el procedimiento periódico y obligatorio de evaluación de las condiciones y los recursos de los establecimientos tomando en cuenta los estándares de calidad previamente aceptados. El ministerio con competencia en materia de salud determinará los criterios obligatorios y los adicionales voluntarios para la acreditación”*.

En el artículo 79 regula los planes y pólizas de salud con el objeto de garantizar una cobertura oportuna y de calidad.

Como se puede observar, a todo lo largo de esta nueva ley de salud, (aun en discusión), se hace mención de la “calidad de vida” y de la “calidad de salud”, sin embargo, no está definida en ninguno de sus artículos, por lo que no nos es posible saber que entiende la ley por calidad o hasta donde se amplía el horizonte de su concepto. Pero aun así, es menester de los gerentes de servicios de salud y profesionales de la salud saber que existe un mandato legal de velar por la calidad de los servicios de salud que es necesario concretar.

II.4.1 MARCO LEGAL COLOMBIANO

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (S.G.S.S.S) en Colombia establecido mediante la Ley 100 de 1.993 dispone que uno de los fundamentos del servicio público de salud sea la calidad (art. 153, N. 9 Ley 100 de 1.993) y la relaciona con mecanismos de evaluación y control de los servicios de salud que garanticen unas condiciones de calidad, en términos de atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua, según los estándares nacionales y los procedimientos en la práctica profesional.

Además de establecer la Calidad como un fundamento del S.G.S.S.S., la Ley 100 de 1.993 en sus artículos 186, 199, 227 y 232 dispone que reglamentará el Sistema de Acreditación para brindar información a los usuarios sobre la calidad de la prestación de servicios de salud y promover su mejoramiento, como también que definirá normas para medir la satisfacción de los usuarios, los tiempos máximos de espera por servicios, según patologías y necesidades del paciente. Así mismo, los artículos 227 y 232 disponen la obligatoriedad de los Sistemas de Garantía de Calidad y auditoría por parte de las IPS (Instituciones prestadoras de Salud) y EPS (Entidades Promotoras de Salud), con el objeto de garantizar la adecuada calidad en la prestación de los servicios.

Con base en esta legislación el Ministerio de Salud reglamentó el Sistema de Garantía de Calidad en los Prestadores de Servicios de Salud, en el cual se estableció como uno de los objetivos generales, la necesidad de estimular el desarrollo de un Sistema de Información sobre la Calidad para facilitar la labor de auditoría, de vigilancia y control, como también para informar a los usuarios. (Artículo 5, N. 4, Decreto 2174 de 1.996)

Paralelamente, y con el objeto de instruir a las instituciones sobre la aplicación de la normatividad en materia de Calidad, la Superintendencia Nacional de Salud expidió varias circulares, como son: la Circular Externa No. 014 del 28 de diciembre de 1995, sobre la Atención de Urgencias; la Circular Externa 022

del 13 de noviembre de 1.996, sobre las competencias del Nivel Departamental sobre Inspección, Vigilancia y Control (IVC) del SGSSS que dispone que las actividades de inspección, control y vigilancia de la calidad en la prestación de los servicios de salud buscan verificar que los prestadores del Servicio Público de Salud realicen sus actividades de acuerdo con el marco jurídico que los regula, en especial frente al cumplimiento de los principios rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, contenidos en la Ley 100 de 1993, dentro de los que está el de Calidad.

Con la expedición de la Ley 715 del 21 del 2001 se reafirma el mandato de la Ley 100 de 1.993 y se dispone el ajuste del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, así como la reglamentación de los Sistemas de Habilitación y de Acreditación de EPS y EPS (Capítulo I. Artículo 42.10 y 42.15).

Es así que después de casi nueve años y por segunda vez, se expide la actual reglamentación en materia de Garantía de Calidad, basada en un amplio estudio contratado por el Ministerio de Salud, la cual contó con una discusión de casi dos años y la participación de los integrantes del S.G.S.S.S. en Colombia, así como de dos organismos extranjeros (QUALIMED de México y CONSEJO CANADIENSE DE ACREDITACIÓN).

Mediante el Decreto 2309 del 15 de Octubre del 2002 se dispone su aplicación en los Prestadores de Servicios de Salud, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud. En su artículo 6, del decreto en mención define las características del S.O.G.C. del S.G.S.S.S., con el objeto de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, así:

1. Accesibilidad. *Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.*

2. Oportunidad. *Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su*

vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda, y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. Seguridad. *Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencia científicamente probada, que propenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.*

4. Pertinencia. *Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, de acuerdo con la evidencia científica, y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.*

5. Continuidad. *Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.”*

En esta reglamentación se enfatiza la necesidad que las organizaciones de salud cuenten con mecanismos de auditoria, define su operación y funcionamiento en cada una de ellas (Art. 39, EPS, IPS, Ministerio Público (MP) y Direcciones Territoriales de Salud (DTS)), como también establece la necesidad de adoptar indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención. Con base en esta información, estas Entidades deben implementar acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales, en las que evalúen de manera continua y sistemática, la concordancia entre los parámetros establecidos y los resultados obtenidos, para el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, la seguridad, la oportunidad, la pertinencia y la continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

En el artículo 40 del mismo decreto se definen los procesos de carácter prioritario que deben ser objeto de evaluación para cada una de ellas. En el caso de las EPS, ARS y MP, éstas deben realizar procesos de autoevaluación sistemática de la suficiencia de su red de servicios de salud; del desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, como también deberán verificar

que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados. Adicionalmente las EPS deberán evaluar sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, y al acceso y oportunidad de los servicios.

En las IPS las Auditorias de Calidad deben enfocarse como mínimo en procesos de Auto-evaluación de eventos identificados como prioritarios, con base en el cumplimiento de las características de calidad establecidas en el Artículo 6 del Decreto 2309/02, como también de la satisfacción de los usuarios, con relación a los servicios ofrecidos, (Artículo 42).

La ley 100 de 1993, en sus artículos 186 y 227 establece la creación de un Sistema de Garantía de Calidad y de Acreditación en Salud.

Con el fin de mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud en los aspectos de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, el entonces Ministerio de Salud reglamentó el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. La medida está contenida en el Decreto 2309 del 15 de octubre de 2002.

El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad, que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada que voluntariamente quieran demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación.

El Ministerio de la Protección Social, a través de una resolución de noviembre de 2003, adjudicó el concurso de Méritos MPS-03-2003 que designa al Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, como entidad acreditadora para el Sistema Único de Acreditación (SUA).

Como podemos apreciar, la legislación Colombiana tiene bien definido su Sistema General de Seguridad Social en Salud en lo que a la Calidad de atención en Salud se refiere, de tal forma, que las instituciones prestadoras de

salud en Colombia saben a que normativa legal están sujetos y obligados por la ley, y en que se basarán las evaluaciones y acreditaciones de sus instituciones; cosas que sin embargo, aun no sabemos por nuestra legislación venezolana, a pesar, que como vimos antes la calidad es “nombrada” en la Ley Orgánica de Salud de 1998 y en la futura Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud cuando sea publicada en Gaceta Oficial.

II.5 CALIDAD Y SUS DIMENSIONES

Desde el punto de vista de los diversos esfuerzos desarrollados en el campo asistencial, las definiciones de calidad han ido variando desde abordajes tan cualitativos como los expresados en los Criterios de Lee y Jones¹[1] hasta definiciones como la del Institute of Medicine: calidad del cuidado de la salud es *“la medida en que los servicios de salud tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional”*. (Suñol, R. 1998).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, establecer de manera clara y precisa la definición de la calidad en salud es difícil; sin embargo, quien más ha trabajado este concepto es el Dr. Avedis Donabedian, quien desde finales de los años 60’s y hasta su muerte se convirtió en la máxima autoridad mundial sobre la calidad de la atención médica. El definió la calidad en salud así: “la calidad en salud es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Es la obtención de los mayores beneficios

[1] Artículo derivado del Proyecto de investigación del mismo nombre. Financiado por la Vicerrectoría Académica de la Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia y cuyos autores fueron: Nelson Ardón Centeno, Zuleima Rubio Silva, Clara Isabel Parra Navarro, Rosa Daza de Caballero, Claudia Ariza Olarte y Andrés Felipe Cubillos Novella.

con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes” (Donabedian, A. 1980).

Para una conceptualización más completa de calidad en salud se necesita considerar la relación entre el valor de la mejoría del estado de salud y los recursos necesarios para producir dicha mejoría. Donabedian al respecto especifica que “la atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos, el primero, como la atención técnica que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo como la relación interpersonal, que es la interacción social y económica entre el profesional de la salud y el paciente” (Donabedian, A. 1990).

En las definiciones anteriores se deduce que la calidad implica varias dimensiones, las cuales son la dimensión técnica, la seguridad, el servicio y el costo racional, de las que la dimensión técnica es la más importante, ya que consiste en la mejor aplicación del conocimiento a nivel de la idoneidad profesional y la tecnología a nivel de los procedimientos y equipos disponibles en favor del paciente. Refiriéndose a la calidad técnica, Avedis Donabedian reitera que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de un modo que rinda los máximos beneficios para la salud sin aumentar de forma proporcional los riesgos, (Public Health Policy. 1988). La dimensión de la seguridad busca que al tratar un paciente se consiga mayor beneficio que riesgo para él mismo; por tanto, en las medidas de calidad respectivas se debe ponderar en que grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos y se enfatiza que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros. En la tercera dimensión de la calidad, a nivel del servicio, se considera importante la oportunidad y continuidad con que se presta la atención, siendo muy importante la relación interpersonal con el paciente, las características del lugar en que se preste el servicio y la facilidad de acceso que se tenga para la prestación del servicio. La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su relación con los beneficios y riesgos que se derivan de ello, ya que al mejorar la calidad puede

implicar incrementar los costos, pero también, el hacer uso innecesario o inadecuado de servicios se generan aumentos que no aumentan la calidad, (SDS, Guía. 2000).

Bajo los preceptos de Donabedian, otros autores han escrito sobre las dimensiones de la calidad. Tal es el caso del Dr. Oscar Alonso Dueñas Araque (Colombia), quien las resume en tres dimensiones: **la dimensión técnico científica** con lo cual se pretende garantizar servicios seguros a los usuarios dentro de la balanza riesgo-beneficio, **la dimensión administrativa** referida a las relaciones prestadores-consumidores que se relacionan con los procesos de atención de que dispone la organización, y hace un especial énfasis a **la dimensión humana** tradicionalmente desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención en salud ya que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biosicosocial.

En la dimensión técnico científica de la calidad, el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo cual las instituciones deben garantizar estos aspectos y son las entidades de control y los gremios científicos los que deben verificar que los profesionales y las instituciones de salud cumplan con parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios seguros y con un mínimo de estándares.

La dimensión administrativa, esta referida a las relaciones prestadores – consumidores que hacen relación a las facilidades que la institución dispone para la mejor prestación de los servicios y que generan valor agregado para el usuario a costos razonables y sostenibles. En esta dimensión el usuario tiene mayor capacidad de evaluar la calidad, situación que ha generado que las instituciones prestadoras de servicios de salud hayan trabajado más sobre los procesos de prestación de servicios buscando hacerlos más eficientes y eficaces, impulsado los cambios más sobresalientes en los últimos años.

Bajo los preceptos anteriores se concluye que la calidad de los servicios de salud es la característica con que se prestan dichos servicios, determinada por la estructura y los procesos de atención a costos razonables y sostenibles

que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario, convirtiéndose en un imperativo social y económico en la mayor parte de los países del mundo.

La dimensión humana, es un aspecto fundamental y caso siempre olvidado, aun cuando la razón de ser de los servicios de salud es brindar atención y garantizar la salud de un ser humano.

La OMS define salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social que implica un normal funcionamiento orgánico y una adaptación biológica del individuo a su ambiente, lo que le permite su desarrollo integral. Bajo este precepto el conjunto de factores que determinan la relación salud enfermedad tiene componentes biológicos (genético, ambiente, físicos, etc.) determinantes geográficos y determinantes sociales (cultura, religión, ideología, economía, etc.).

Por lo tanto, la medicina y los servicios de salud no solo son una disciplina científica y mecánica, sino que tiene un componente humanista y social fundamental.

El objetivo de los servicios de salud debe ser personalizar la atención en salud, de acuerdo a las necesidades del individuo y de su entorno humano (familiares, amigos etc.), deseos y circunstancias propias de cada momento, en que el paciente utiliza los servicios de salud moldeando los servicios de acuerdo a las necesidades y expectativas de éste; en términos populares ponernos en los zapatos de él y buscar satisfacer sus necesidades y expectativas, pero además, debemos pensar en satisfacer también las necesidades y expectativas de los familiares del paciente y de su entorno social y laboral (amigos, vecinos, compañeros de trabajo, empresa, etc.) que se convierten en parte fundamental de la relación medico – paciente o institución paciente.

El paciente es la fuente de control. El paciente debe tener la información necesaria garantizando que la entienda y la comprenda y la oportunidad de

ejercitar el grado de control para que sean ellos mismos los que escojan y decidan libremente sobre los aspectos que los afectan en relación con su salud. Para esto el paciente debe tener acceso a su propia información médica y conocimiento clínico. Por esto Clínicos y Pacientes deben comunicarse efectivamente y compartir información para que finalmente los pacientes tengan la claridad absoluta y la objetividad para la toma de decisiones. Por ello la transparencia y la veracidad de la información son necesarias.

En este sentido, entonces, la calidad en salud 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. Sin embargo, es importante que la calidad de la atención que se brinda en salud sea regulada y evaluada constantemente bajo criterios estandarizados, para así garantizar un servicio sanitario óptimo.

II.5.1 Datos Biográficos del Dr. Avedis Donabedian

El Dr. Avedis Donabedian es conocido como fundador del estudio de la **calidad de la atención a la salud** y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad. Nació en Beirut, Líbano, el día 7 de Junio de 1919 en el seno de una familia Armenia y vivió en un pueblo árabe al norte de Jerusalén. Estudió Medicina en la Universidad Americana de Beirut y en 1953 se trasladó a los Estados Unidos para estudiar Salud Pública en Harvard. En 1961 se convirtió en Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, en donde desarrolló la parte medular de su trabajo. Falleció el 9 de Noviembre del año 2,000.

Después de graduarse como médico en la Universidad Americana de Beirut, su ansia de aprendizaje, lo llevaron a la Universidad de Harvard, donde

obtuvo una Maestría en Salud Pública en 1955. Luego de un período de enseñanza breve en el Colegio Médico de Nueva York, pasó a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan. Allí llegó a ser reconocido como uno de sus más renombrados miembros.

Al momento de su muerte ejercía la cátedra Nathan Sinai como Profesor Emérito Distinguido de Salud Pública. También era miembro del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América y Miembro Honorario del Real Colegio de Médicos Generales del Reino Unido y de la Academia Nacional de Medicina de México.

Murió a la edad de ochenta y un años. Aunque se habla de diversos modelos y metodologías para mejorar la calidad, lo más efectivo continúa siendo la determinación de los líderes y responsables de conducir los servicios. Es importante resaltar que con su determinación conceptual y convencido de la validez de sus postulados, dijo Avedis Donabedian en 1996...“Cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”.

Su familia fue víctima del pueblo armenio y en su infancia le tocó ser testigo de revueltas sociales durante su estadía en un pequeño pueblo cercano a Jerusalén. Esta exposición temprana a sucesos dramáticos seguramente influyó en su vida espiritual.

Al recibir la Medalla Sedgwick al Servicio Distinguido en Salud Pública -en 1999- la condecoración más alta otorgada por la Asociación Norteamericana de Salud Pública, Avedis habló y dijo las siguientes palabras:

“Pertenezco a un pueblo oprimido, perseguido, casi aniquilado por un cruel enemigo que dispersó sus restos sin dejar esperanza de retorno. ¿Acaso es sorprendente que los pensamientos de amistad, cordialidad, calor de hogar, sean tan preciados? ”.

Avedis Donabedian puso tal énfasis en el tema específico de la calidad de la atención en la salud que cambió los paradigmas establecidos hasta entonces.

A través de ocho libros y más de 50 artículos y numerosas cátedras, Avedis transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora se entiende que la respuesta social a los problemas de salud, no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales. En la mayoría de sus escritos Avedis estuvo a la vanguardia de sus contemporáneos, descubriendo un vasto panorama intelectual.

En un artículo de 1966 introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. La cúspide del trabajo de Avedis Donabedian es la serie de tres volúmenes sobre exploraciones en la evaluación y monitoreo de la calidad, que constituyen la sistematización definitiva de conceptos, métodos y evidencias.

En una conferencia de la Sociedad Internacional de Calidad de Servicios de Salud, realizada en Venecia Italia, expresó con claridad los puntos clave relacionados con el rol que deberían desempeñar los clientes en el mejoramiento de la calidad. El tema desarrollado por el Dr. Avedis Donabedian planteaba los siguientes roles del cliente:

DEFINIDORES de la calidad

EVALUADORES de la calidad

INFORMANTES de la calidad

CO-PRODUCTORES de la atención

EJECUTORES de la garantía de calidad

CONTROLADORES de los prestadores

REFORMADORES del servicio de salud

Cada una de sus escrituras – en artículos o libros – estableció las pautas para investigaciones que modificaron el lenguaje de la profesión y sentaron las bases para la salud desde lo social.

Como resultado del esfuerzo de Avedis Donabedian, los sistemas de salud son campo de investigación y ya no se ve solo al paciente, sino al entorno en el cual él esta como parte del logro – o no – de su estado de salud.

El Boletín de la Organización Mundial de la Salud, en su número de junio de 2000, publicó uno de sus pocos manuscritos inéditos. En este documento Avedis reflexionaba sobre la evaluación de la competencia del médico. En la introducción a este artículo ponía énfasis en el impacto de la calidad en la atención.

En conclusión, la influencia global del Dr. Donabedian ha sido tal, que sus libros y artículos han sido traducidos a varios idiomas, entre ellos, francés, inglés, español y armenio.

II.6 EL SISTEMA DE CALIFICACIÓN

Todo sistema de certificación también cuenta con una estructura básica y un proceso propio. El concepto parte del valor que una comisión, comité u organismo gubernamental o no gubernamental le den a cada atributo. Este debe estar basado por principio a las normas y leyes aplicables a cada país; su cumplimiento está sujeto a otorgarle siempre una escala de medición.

En relación a proporcionarles una calificación al cumplimiento de los procesos de atención en un hospital, el asunto se complica un poco, ya que no hay estándares aplicables a todos los sistemas de salud, aunque si debe responder a ciertos lineamientos básicos en calidad, como el que todo el

personal los conozca, aplique sistemáticamente, que participe en su actualización y de la forma en los cuales se mide su desempeño. Los sistemas de calificación de procesos de alguna manera tocan esos puntos y les dan cierto valor.

Por supuesto, el hospital deberá demostrar que hace lo que dice hacer, frecuentemente en forma documentada por sus manuales, bitácoras, informes, estadísticas, licencias, etc.

II.6.1 Sistema de Gestión y aseguramiento de la Calidad

Debido a las necesidades del mercado mundial, el desarrollo de las comunicaciones y otras variables de los tiempos modernos, surgió la necesidad de establecer un grupo de normas para la implementación de un *Sistema de Gestión y Aseguramiento de la Calidad* que pudieran servir a cualquier organización, grande o pequeña, inserta en cualquier rama de la producción y localizada en cualquier lugar del mundo.

Después de la Segunda Guerra Mundial, Japón se encontró con que sus productos se conocían en el mundo con el sello de bajo precio, pero también de muy baja calidad. En 1962, Kaoru Ishikawa argumenta que en lugar de centralizar el control de la calidad del trabajo de producción cotidiano, para confiárselo exclusivamente a un servicio especializado, lo que se necesita es integrar ese control al proceso de fabricación. Así, la calidad de la producción se convierte en asunto de todos los servicios, en lugar de ser la carga de uno sólo. Por esto se considera a Kaoru Ishikawa como el padre de los círculos de calidad. El primer círculo de calidad se formó en Japón en 1962.

Los directivos y consultores japoneses comprendieron que no podían producir artículos de alta calidad, con solo impartir capacitación a la alta

gerencia e ingenieros. Era fundamental el pleno compromiso de los trabajadores de línea encargados de manufacturar los productos, para lo cual se los hizo partícipes. De tal forma empezaron a organizarse de manera voluntaria, en los talleres y otros lugares de trabajo, grupos de trabajadores dirigidos por sus propios supervisores. Estos grupos se dieron en llamar “*Círculos de Control de Calidad*”. Al principio se reunían a los efectos de estudiar y comentar de manera conjunta la revista sobre Control de Calidad “*FQC*”, lo cual les servía de base para resolver los problemas que se presentaban en sus lugares de trabajo.

Hoy día las actividades de los Círculos de Control de Calidad se han constituido en una de las herramientas fundamentales de las cuales hacen uso las empresas de alta competitividad a los efectos de incrementar la participación y compromiso del personal, aumentar su autoestima y motivación, mejorar la calidad de vida laboral, mejorar los niveles de calidad, incrementar la productividad y reducir los costes.

Los círculos de calidad se difundieron rápidamente como técnica de participación en Estados Unidos y Europa tras haber alcanzado amplio éxito y popularidad en Japón.

II.6.1.1 Círculos de calidad

Es un pequeño grupo de empleados que realizan un trabajo igual o similar en un área de trabajo común, y que trabajan para el mismo supervisor, que se reúnen voluntaria y periódicamente, y son entrenados para identificar, seleccionar y analizar problemas y posibilidades de mejora relacionados con su trabajo, recomendar soluciones y presentarlas a la dirección, y, si ésta lo aprueba, llevar a cabo su implantación.

Los círculos de calidad son un instrumento que utiliza la Dirección cuando su filosofía es participativa y cree en el concepto de "calidad total", es decir, en la idea de que la calidad se mejora ininterrumpidamente en el lugar de trabajo.

A principios de los `60 empiezan a aplicar de forma sistemática el control de la calidad en dos líneas diferentes de investigación y trabajo:

- La gestión de calidad en el ámbito de Empresa
- Los círculos de calidad.

Por lo tanto la introducción de los Círculos de Calidad vino como parte de un proceso de evolución natural.

Los puntos focales de los círculos de calidad son:

- La calidad. Se puede considerar como el gran objetivo de los círculos; los mercados son cada vez más competitivos y los clientes tienen un mayor nivel de educación y exigencia lo que provoca que la calidad sea una preocupación central para la mayor parte de las empresas.
- La Productividad. Los círculos pueden colaborar a incrementar la productividad en un sentido más amplio y en todas las áreas de la empresa. Viene a ser la resultante de una correcta aplicación del conjunto de los recursos de la empresa, un índice fiable de que todos los recursos están bien dirigidos y administrados.
- La mejora de costes. El conocimiento de los costes evita el despilfarro y la mala administración de los recursos. Los círculos de calidad pueden colaborar decisivamente a la hora de reducir los costes de todo tipo: administrativos, comerciales, transportes, etc.
- La motivación. Gracias a los círculos de calidad se puede conseguir motivar de una forma constante a los trabajadores, ofreciéndoles oportunidades de participar en los objetivos de la empresa, y de sentirse valorados por el trabajo bien hecho.
- La integración. Los círculos de calidad facilitan la ruptura de los compartimentos estancos, y hacen que sus integrantes conozcan el trabajo de los demás y comprendan mejor sus necesidades y problemas.

- La reorganización. Cuando la reorganización puede ser lenta en el tiempo, y no son necesarias decisiones drásticas y urgentes, es una buena alternativa encomendar a los círculos el estudio de esta reorganización.

II.6.2 El modelo Europeo de excelencia: La autoevaluación

En la década de los 80, y ante el hecho de que la Calidad se convirtiese en el aspecto más competitivo en muchos mercados, se constituye (1988) la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (E.F.Q.M.), con el fin de reforzar la posición de las empresas europeas en el mercado mundial impulsando en ellas la Calidad como factor estratégico clave para lograr una ventaja competitiva global.

Siendo el reconocimiento de los logros uno de los rasgos de la política desarrollada por la E.F.Q.M., en 1992 se presenta el Premio Europeo a la Calidad para empresas europeas. Para otorgar este premio, se utilizan los criterios del Modelo de Excelencia Empresarial, o Modelo Europeo para la Gestión de Calidad Total, divididos en dos grupos: los cinco primeros son los Criterios Agentes, que describen cómo se consiguen los resultados (debe ser probada su evidencia); los cuatro últimos son los Criterios de Resultados, que describen qué ha conseguido la organización (deben ser medibles). Los nueve criterios son los siguientes:

1. Liderazgo:

Cómo se gestiona la Calidad Total para llevar a la empresa hacia la mejora continua.

2. Estrategia y planificación:

Cómo se refleja la Calidad Total en la estrategia y objetivos de la compañía.

3. Gestión del personal:

Cómo se libera todo el potencial de los empleados en la organización.

4. Recursos:

Cómo se gestionan eficazmente los recursos de la compañía en apoyo de la estrategia.

5. Sistema de calidad y procesos:

Cómo se adecuan los procesos para garantizar la mejora permanente de la empresa.

6. Satisfacción del cliente:

Cómo perciben los clientes externos de la empresa sus productos y servicios.

7. Satisfacción del personal:

Cómo percibe el personal la organización a la que pertenece.

8. Impacto de la sociedad:

Cómo percibe la comunidad el papel de la organización dentro de ella.

9. Resultados del negocio:

Cómo la empresa alcanza los objetivos en cuanto al rendimiento económico previsto.

Una de las grandes ventajas de la definición del modelo europeo de excelencia es su utilización como referencia para una Autoevaluación, proceso en virtud del cual una empresa se compara con los criterios del modelo para establecer su situación actual y definir objetivos de mejora.

II.6.3 Sistemas de aseguramiento de la calidad: ISO 9000

El Aseguramiento de la Calidad nace como una evolución natural del Control de Calidad, que resultaba limitado y poco eficaz para prevenir la aparición de defectos. Para ello, se hizo necesario crear sistemas de calidad que incorporasen la prevención como forma de vida y que, en todo caso, sirvieran para anticipar los errores antes de que estos se produjeran. Un Sistema de

Calidad se centra en garantizar que lo que ofrece una organización cumple con las especificaciones establecidas previamente por la empresa y el cliente, asegurando una calidad continua a lo largo del tiempo. Las definiciones, según la Norma ISO, son:

Aseguramiento de la Calidad:

Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas, implementadas en el Sistema de Calidad, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto satisfará los requisitos dados sobre la calidad.

Sistema de Calidad:

Conjunto de la estructura, responsabilidades, actividades, recursos y procedimientos de la organización de una empresa, que ésta establece para llevar a cabo la gestión de su calidad.

A finales de la década de los ochenta aparecen las normas internacionales ISO 9000, derivadas de la norma militar BS 5750. El número 9000 se refiere al código del grupo. Es la denominación de un grupo de normas internacionales aprobadas por la organización Internacional del trabajo que tratan sobre los requisitos que debe cumplir el Sistema de Calidad de las empresas. ISO es la abreviatura de International Organization for Standardization (Organización Internacional de Normalización). Con estas normas logran un desarrollo rápido de sus empresas hacia la calidad, pero también coloca una barrera en las fronteras del mercado común protegiendo sus productos del mercado externo.

ISO desarrolló las normas ISO 9000, cuya última versión del año 2000 (ISO 9001:2000) guía a las empresas en la implementación del sistema y su posterior certificación. Consta de principios básicos para la gestión de la calidad, que son reglas de carácter social encaminadas a mejorar la marcha y funcionamiento de una organización mediante la mejora de sus relaciones internas. Estas normas, han de combinarse con los principios técnicos para conseguir una mejora de la satisfacción del consumidor. Los principios básicos de la norma ISO 9001 son los siguientes:

- 1) Visión orientación hacia el consumidor: Las organizaciones, dependen de sus consumidores, y por eso debe de entender las necesidades presentes y futuras de los consumidores. Deben de adaptarse a las necesidades e incluso sobrepasar las expectativas de los consumidores.
- 2) El Liderazgo: Los líderes, establecen la unidad de propósito y dirección de la organización. Ellos pueden crear y mantener el desarrollo interno en el que los integrantes de la organización, se vean totalmente involucrados en alcanzar los objetivos de la organización. Desarrollar y entender las necesidades y expectativas de los consumidores. Asegurarse de que los objetivos de la organización están enlazados con las necesidades y expectativas de los consumidores. La comunicación de las necesidades y expectativas de los consumidores a través de toda la organización, midiendo la satisfacción del cliente, y actuando en función de los resultados.
- 3) Participación: involucrando a la gente en todos sus niveles son la esencia de la organización, y su completo desarrollo, permite que sus habilidades, sean usadas en beneficio de la organización.
- 4) Aproximación a los procesos: un resultado deseado, se alcanza con más eficiencia cuando sus actividades y recursos relacionados son manejados como procesos.
- 5) Aproximación a la gestión: identificando, entendiendo y gestionando - dirigiendo, previendo o, actuando- los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la efectividad de la organización y a la eficiencia en alcanzar sus objetivos.
- 6) La mejora continua: la continua mejora de la capacidad y resultados de la organización, debe ser el objetivo permanente de la organización.
- 7) Toma de decisiones mediante los hechos: está basada en el análisis de los datos y la información.
- 8) El beneficio mutuo en la relación con los proveedores: una organización y sus proveedores son interdependientes, se benefician mutuamente y aumentan la capacidad de ambas partes de crear riqueza.

Al implementar un Sistema de Gestión de Calidad se obtienen algunas ventajas, siendo sus principales beneficios los siguientes:

- Poseer un sistema que permita detectar metódicamente los requisitos de todos clientes y asegurar por consiguiente el cumplimiento de sus expectativas.
- Reducción de costos de producción al evitar desperdicios y re-trabajos por contar con procesos internos organizados y eficientes.
- Aumento de la productividad al hacer las cosas bien desde la primera vez.
- Mejora de la imagen y el posicionamiento en el mercado.

En cuanto a la implementación de un *Sistema de Gestión de la Calidad* es una actividad conjunta realizada por los miembros de la organización y un asesor especialista quienes luego de observar los procesos de la empresa proceden a redactarlos y sistematizarlos, en búsqueda de su optimización y del cumplimiento de los requisitos específicos de la norma (ISO 9001:2000). Este proceso, cuya duración varía entre seis y diez meses culmina al lograr un *Sistema* maduro y apto para recibir el *Certificado* de cumplimiento con las normas ISO 9001:2000, otorgado por un *Organismo de Certificación Acreditado*.

El *Certificado* brindará confianza a los clientes, empleados y proveedores sobre la voluntad de mejorar continuamente y satisfacer sus expectativas. Así se apreciarán los beneficios de una organización más eficiente, rentable y con una ventaja frente a un mercado cada vez más competitivo.

II.6.4 Acreditación a Instituciones de Salud por la JCAH

La Comisión Conjunta para la Acreditación de Instituciones de Salud (JCAH,

por sus siglas en inglés), es una entidad independiente sin fines de lucro que se encarga de evaluar que las instituciones de salud cumplan con los estándares profesionales establecidos para el cuidado de la salud.

Continuamente mejoran la seguridad y la calidad del servicio ofrecido al público proveyendo la acreditación y servicios relacionados que ayudan a mejorar el cuidado de la salud de las organizaciones.

JCAH define nueve dimensiones de calidad que son:

- **Eficacia:** grado al cual el cuidado del paciente ha mostrado cumplir con el o los resultados deseados o proyectados.
- **Conveniencia:** grado al cual el servicio es relevante a las necesidades clínicas del paciente dado el estado de conocimiento actual.
- **Eficiencia:** la relación entre los resultados del cuidado y los recursos utilizados para brindarlo.
- **Respeto y cuidado:** grado al cual el paciente o designado está involucrado en sus propias decisiones y al cual los proveedores de servicio tienen sensibilidad y respeto por las necesidades, expectativas y diferencias individuales.
- **Continuidad:** grado al cual el cuidado para los pacientes es coordinado entre los practicantes, entre las organizaciones y en el tiempo.
- **Efectividad:** grado al cual el cuidado es provisto en la manera correcta, dado el estado de conocimiento para alcanzar el resultado deseado o proyectado.
- **Urgencia en la prestación del servicio:** grado al cual el servicio provisto al paciente ocurre al tiempo más beneficioso o necesario.
- **Seguridad:** grado al cual una intervención o el riesgo en el cuidado son reducidos para el paciente y otros, incluyendo el proveedor de servicios de salud.
- **Disponibilidad:** grado al cual el servicio apropiado está disponible para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Bowers et al. (1994) realizaron un estudio basado en la administración de cuestionarios a pacientes. Investigaron doce atributos de calidad y concluyeron que sólo cinco determinan la percepción de calidad y satisfacción de los pacientes de los servicios hospitalarios de Estados Unidos. Estos atributos son:

- **Empatía:** cuidado, atención individualizada que la firma provee a sus clientes. Incluye:
 - ✓ **Acceso:** esto involucra el acercamiento y el fácil contacto. Esto quiere decir que el servicio es accesible fácilmente por teléfono; que el largo de espera en fila no es excesivo; hay horas de operación que son convenientes; la instalación está localizada en un lugar conveniente.
 - ✓ **Entendimiento o conocimiento del cliente:** involucra hacer esfuerzos para entender las necesidades de los clientes. Requiere aprender los requerimientos específicos de los clientes; proveer atención individualizada; reconocimiento del cliente regular.
- **Confiabilidad:** habilidad para realizar el servicio prometido de manera confiable y exacta.
- **Urgencia en la prestación del servicio:** voluntad para ayudar a los clientes y proveer un servicio rápido.
- **Comunicación:** mantener a los pacientes informados, en un lenguaje que ellos puedan entender, y escucharlos. Es posible que sea necesario cambiar el lenguaje a ser utilizado dependiendo del nivel de educación de los pacientes. Esto involucra además, la explicación del servicio por sí sólo; la explicación del costo del servicio; la relación entre el servicio y el costo; asegurar al cliente que el problema va a ser manejado.
- **Cuidado:** implica el involucramiento humano del personal en la situación del servicio con las emociones y enfoque de amor al paciente.

Jun, at el. (1998), utilizando tres grupos focales que incluían pacientes, médicos y administradores, encontraron un total de 11 de dimensiones de calidad para el cuidado de salud. Estas se definen de la siguiente manera:

- **Tangibles:** incluye la apariencia de las instalaciones, los procesos que utilizan y la limpieza.
- **Confiabilidad:** incluye consistencia, que quiere decir trato igual y precisión en los cobros.
- **Responsabilidad:** voluntad para ayudar a los clientes y proveer un servicio rápido.
- **Competencia:** educación, mejoramiento continuo que debe ser medido y reforzado.
- **Cortesía:** incluye la actitud de las personas con quienes se trata. La privacidad y el profesionalismo.
- **Comunicación:** explicación de la complejidad técnica, interacción y tiempo dedicado al paciente.
- **Acceso:** visibilidad y conveniencia.
- **Cuidado:** implica involucrarse personalmente en la situación del servicio con las emociones y una identificación tan grande con el paciente que casi llega a ser amor.
- **Resultados de los pacientes:** refleja el alivio del dolor, salvar una vida o descontento con la vida después de una intervención médica.
- **Entendimiento de los pacientes:** entendimiento de los pacientes y médicos.
- **Colaboración:** trabajo en equipo, conjunto sinérgico, ésta debe ser interno y externo al hospital.

II.7 ¿COMO MEDIR LA CALIDAD EN UN SERVICIO DE SALUD?

La calidad en el cuidado médico se define como el grado en el que los servicios de salud para los individuos y la población aumentan la probabilidad de lograr los resultados de salud deseados y esos resultados son consistentes con el conocimiento profesional (Consumer Report, 1998; Griffin, 1995). Para esto es necesario tener un cuidado apropiado, el cual se define como el cuidado para el cual los beneficios esperados exceden las consecuencias negativas (Jun et al., 1998).

La complejidad de medir la calidad del cuidado médico es evidente a través de características del servicio como lo son: intangibilidad, heterogeneidad e inseparabilidad de producción y consumo (Prasuraman et al., 1985). Los servicios son intangibles porque no es posible contarlos, medirlos, almacenarlos, tener inventario, probarlos o verificarlos antes de la venta. Sólo la experiencia del cliente puede decidir si los servicios de cuidado de salud manifiestan calidad. Sin embargo, hay ciertos factores que influyen el servicio esperado como lo son:

- _ La comunicación entre las personas: la opinión que se forma un cliente potencial muchas veces depende de lo que oye decir de los otros clientes.
- _ Las necesidades personales: lo que puede esperar un cliente depende de las características y circunstancias personales de cada cual.
- _ Experiencias previas: los clientes que en ocasiones anteriores han utilizado un servicio no tienen las mismas expectativas que los clientes que nunca lo han hecho.
- _ Comunicación externa: la propaganda mediante el uso de mensajes directos e indirectos.

Otra dificultad para medir la calidad en el servicio es que la naturaleza del desempeño diverge de una transacción a otra. Esta heterogeneidad puede ocurrir porque el servicio es brindado por diferentes médicos, enfermeras y

personal general a una gran variedad de pacientes con necesidades y expectativas diferentes. La variación entre las personas que dan servicios de salud puede deberse a su adiestramiento, experiencias, habilidades personales y personalidad. Las necesidades de los pacientes varían entre personas y entre visitas. Las necesidades y los niveles de desempeño también pueden ser influenciados por factores como la estación del año, el día de la semana y la hora del día. La interacción entre el personal del hospital, los pacientes y factores de tiempo pueden combinarse en un número infinito de maneras que afectan la calidad del servicio prestado. Otra dificultad es que no se puede separar la producción del consumo de los servicios, porque estos se consumen a la vez que son producidos, por lo que se dificulta el control de calidad (Jun et al., 1998).

Medir y responder a todo lo concerniente a la satisfacción del paciente brinda resultados beneficiosos tales como: provee datos solicitados por corporaciones (Freudenheim, 1990); aumenta las ganancias (Lueke, 1991); aumenta el mercado compartido (PMS Letter, 1990); mejora la retención de los pacientes; aumenta las referencias y recomendaciones de los pacientes hacia familiares y amigos (Strasser et al., 1991); aumenta la eficiencia y productividad; mejora la satisfacción del paciente; ayuda a la realización personal y profesional del personal de las instalaciones hospitalarias (Shaw, 1992); ayuda a la continuidad del cuidado; reduce la duración de la hospitalización (Lockman, 1983); reduce el riesgo de negligencias e impericia por parte de los profesionales de la salud (Mangels, 1991).

Muchos autores han investigado las dimensiones de calidad para los servicios médicos.

Coddington et al. (1987) encontraron cinco factores principales de calidad desde las perspectivas de los clientes. El primer factor lo denominaron como empatía/cuidado/respeto y cuidado. Éste es el factor que posee una mayor fuente de diferenciación para los clientes. La percepción en cuanto al personal médico, varía de acuerdo con sus habilidades y años de práctica. Los clientes asumen que los equipos y procedimientos son comparables en todos los hospitales a menos que tengan evidencia que indique lo contrario.

II.7.1 ¿Cómo construir un cuestionario de satisfacción del cliente?

A continuación se expondrá una de las herramientas más utilizadas para evaluar la calidad de los servicios de salud desde la percepción del usuario, como son los cuestionarios.

Cuando un trabajo de investigación requiere obtener información de cierta población de individuos, un cuestionario debe ser construido. La construcción de cuestionarios es una de las actividades de investigación más delicadas y críticas. Las preguntas correctas, proveen información válida y confiable para la toma de decisiones, probar una teoría o investigar un tema.

Peterson, (2000) presenta una serie de tareas que se deben realizar para construir cuestionarios efectivos, éstas son presentadas en la siguiente tabla:

Revisar la información que se requiere recoger por medio del cuestionario (problemas, oportunidades y decisiones a ser hechas)
Desarrollar y priorizar una lista de preguntas de investigación potenciales para proveer la información requerida.
Evaluar cada pregunta potencial: ¿Podrán los participantes potenciales entender la pregunta? ¿Podrán los participantes potenciales contestar la pregunta? ¿Los participantes potenciales contestarán la pregunta?
Determinar el tipo de pregunta a ser hecha (abiertas o cerradas).
Determinar la palabrería a utilizar en cada pregunta.
Determinar la estructura.
Validar el cuestionario.

1. Revisar la información que se requiere recoger por medio del cuestionario (problemas, oportunidades y decisiones a ser hechas)

La primera tarea en construir un cuestionario efectivo es revisar y entender los requerimientos de información del problema, oportunidad o decisión que requieren la construcción de un cuestionario. No se debe construir un cuestionario hasta que el investigador entienda los requerimientos de información y cómo estos van a ser utilizados.

En el ejemplo de cuestionario que se presentará más adelante, el propósito del cuestionario fue recoger información acerca de la percepción de la calidad en el servicio recibido por los pacientes de un hospital en Puerto Rico, en un trabajo realizado por Caroline Cuevas como tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias en Ingeniería Industrial en la Universidad de Puerto Rico, Recinto Universitario de Mayagüez, 2004. Su trabajo fue titulado “Modelo para medir la Calidad en los Servicios brindados por los Hospitales Puertorriqueños”.

2. Desarrollar y priorizar una lista de preguntas de investigación potenciales para proveer la información requerida.

Luego de tener claros los requerimientos de información necesarios, se debe hacer una lista de las posibles preguntas. Las preguntas deben ser lo más específicas posible ya que esto permite una evaluación más rápida.

En esta etapa se debe hacer un listado de todas las posibles preguntas que sirvan para recoger información relacionada con la calidad en el servicio ofrecido por los hospitales. Luego se le asigna un nivel de importancia.

3. Evaluar cada pregunta potencial

Cada pregunta potencial debe ser evaluada utilizando las siguientes tres interrogativas:

- _ ¿Los participantes del estudio podrán entender la pregunta?
- _ ¿Los participantes del estudio podrán contestar la pregunta?
- _ ¿Los participantes del estudio contestarán la pregunta?

Para que un cuestionario sea viable la respuesta a las tres preguntas anteriores tiene que ser afirmativa. A menudo esas interrogantes son contestadas en base a la experiencia del investigador. El investigador puede haber utilizado preguntas utilizadas en estudios similares.

4. Determinar el tipo de pregunta a ser hecha.

Existen dos tipos de preguntas básicas: las preguntas abiertas y las preguntas cerradas. Las preguntas abiertas no incorporan ningún tipo de respuesta. Los participantes del estudio son libres para proveer cualquier respuesta que consideren apropiada.

Las preguntas cerradas limitan las respuestas de los participantes a un grupo de respuestas predefinidas por el investigador mediante una escala. Una de las escalas más utilizadas es la escala Likert. Esta escala mide un rango de actitudes que van desde extremadamente positivas hasta extremadamente negativas.

Las preguntas incluidas en el cuestionario de ejemplo fueron preguntas cerradas y el tipo de escala fue la escala Likert con cinco alternativas: “Excelente”, “Sobre el promedio”, “Promedio”, “Bajo el promedio” y “Pobre”.

5. Determinar la palabrería a utilizar en cada pregunta.

Una vez se sabe el tipo de pregunta que se va a utilizar, es necesario decidir las palabras que se van a utilizar. Para que la información obtenida de una pregunta de investigación sea válida y confiable, la respuesta no debe estar influenciada por las palabras en la pregunta. Muchas veces diferencias sutiles en palabras producen respuestas considerablemente diferentes, por esta razón el investigador debe examinar las palabras de las posibles preguntas a ser utilizadas antes de incluirlas en el cuestionario. Hay cinco criterios muy útiles para la selección de las preguntas. De acuerdo con estos criterios las preguntas deben ser breves, relevantes, no ambiguas, específicas y objetivas.

6. Determinar la estructura

El proceso de determinar la estructura del cuestionario, es similar al de construir las respuestas individuales, consiste de una serie de decisiones y compromisos. Es responsabilidad del investigador minimizar las ineficiencias del cuestionario. Existen tres quías que se deben seguir:

1. Debe ser fácil de administrar, debe ser consistente con los objetivos de la investigación, Su estructura debe facilitar que se complete. Las preguntas deben ser fáciles de leer, se deben utilizar instrucciones informativas, debe haber suficiente espacio para las respuestas, se deben utilizar tamaño y tipo de letra apropiados y el cuestionario debe parecer profesional.
2. Debe ser estructurado para facilitar la transferencia de las respuestas de las preguntas a una forma manejable para el análisis.
3. Se debe evitar que las respuestas de la preguntas estén segadas por el orden en el cual son preguntadas y contestadas.

Todo cuestionario debe poseer tres secciones principales:

_ Introducción

- _ Preguntas sustantivas
- _ Preguntas de clasificación

La sección de introducción debe hacer que los participantes potenciales del estudio se involucren en el proyecto de investigación y que legitimen el proyecto de investigación. Toda introducción debe:

- _ poseer suficiente información para que los participantes potenciales puedan tomar una decisión informada y que deseen estar involucrados,
- _ pedir que el cuestionario se complete como una ayuda o un favor,
- _ que las preguntas sean contestadas de manera completa y cándida y, asegurar confidencialidad o anonimato.

7. Validar el cuestionario

Luego de que todas las precauciones y cuidados han sido tomados cuando se diseñó el cuestionario es necesario verificar su validez. En esta investigación se verificó la validez de contenido y la validez de construcción. Para evaluar la validez de contenido se seleccionó una muestra de administradores y de pacientes potenciales. Estos evaluaron cada una de las preguntas, las preguntas que se determinó no estaban claras fueron revisadas y parafraseadas. Posteriormente se evaluaron nuevamente hasta que se determinó que todas las preguntas estaban claras y los errores potenciales habían sido eliminados.

El próximo paso fue su administración. Luego de que los cuestionarios fueron administrados y sus resultados debidamente tabulados, esta investigación tomada como ejemplo, verificó la validez de construcción mediante el uso y las técnicas de análisis de correlación y de análisis de factores. Posteriormente lo analizaron utilizando análisis de regresión.

El cuestionario en cuestión fue el siguiente:

Introducción al cuestionario de satisfacción del paciente

Estimado Paciente:

Este cuestionario ha sido diseñado para recoger información que ayude en el proceso de mejoramiento de la calidad de los servicios ofrecidos por los Hospitales Puertorriqueños. La información suministrada es completamente anónima y los datos obtenidos serán analizados con el propósito de crear un modelo que sirva para medir la calidad en los hospitales de PR.

El cuestionario consiste de tres partes:

I. La primera parte sirve para recoger información general, haga una marca de cotejo al lado de la respuesta correcta.

II. La segunda parte es el cuestionario como tal, haga una marca de cotejo en la respuesta que exprese su sentir con el servicio de salud recibido. La escala es la siguiente:

5. excelente

4. sobre el promedio

3. promedio

2. bajo el promedio

1. pobre

III. Comentarios, incluya en esta sección cualquier comentario relacionado con el servicio recibido.

Por favor tómese varios minutos en contestar este cuestionario de la forma más sincera posible. De esto dependerá el éxito de este estudio.

Parte I: Información general

Marque con una marca de cotejo (/) a lado de la respuesta correcta.

Sexo: ____ F ____ M

____ Seguro médico: _____ Privado _____ No poseo seguro médico

EDAD	Marque al que pertenece
15-19	
20-24	
25-29	
30-34	
35-39	
40-44	
45-49	
50-54	
55-59	
60-64	
65-69	
70-74	
75 o más	

¿Había visitado el Hospital anteriormente? ____Sí ____No

Parte II: Cuestionario

Marque con una marca de cotejo (/) en el cuadrado que expresa su sentir con la aseveración de la línea correspondiente. La escala a utilizar es la siguiente:

- 5. Excelente
- 4. Sobre el promedio
- 3. Promedio
- 2. Bajo el promedio
- 1. Pobre

En general

- 1) En términos generales: ¿cómo usted evalúa el cuidado de la salud recibido?

- 5. Excelente
- 4. Sobre el promedio
- 3. Promedio
- 2. Bajo el promedio
- 1. Pobre

Acceso: conseguir cuidado

- 2) Conveniencia de la localización del hospital
- 3) Acceso a cuidado especial que necesitaba
- 4) Acceso al cuidado médico de emergencia
- 5) El tiempo de espera para ser atendido
- 6) Disponibilidad de información médica
- 7) Acceso a cuidado médico siempre que lo necesite
- 8) Servicios disponibles médicos disponibles

5	4	3	2	1

Tangibles

- 9) Apariencia de las facilidades físicas
- 10) Limpieza de las facilidades físicas
- 11) Equipo disponible
- 12) Apariencia del personal

5	4	3	2	1

Finanzas

- 13) Protección contra gastos médicos excesivos
- 14) Arreglos para usted obtener cuidado médico sin la necesidad de problemas financieros

5	4	3	2	1

Calidad técnica

- 15) Minuciosidad de los exámenes y exactitud de los diagnósticos.
- 16) Habilidad, experiencia y adiestramiento de los médicos
- 17) Minuciosidad del tratamiento

5	4	3	2	1

Comunicación

- 18) Explicación de los procedimientos y pruebas médicas
- 19) Atención brindada a sus quejas
- 20) Le aconsejan maneras de evitar enfermedad y permanecer saludable

5	4	3	2	1

Alternativas y continuidad

- 21) Cantidad de médicos de los cuales puede escoger
- 22) Arreglos para escoger un doctor personal
- 23) Facilidad de ver al médico de su selección

5	4	3	2	1

Cuidado interpersonal

- 24) Amistad y cortesía de parte de los médicos
- 25) Interés personal en usted y en sus problemas médicos
- 26) Respeto mostrado hacia usted, atención a su privacidad
- 27) Ayuda ofrecida por el médico y el personal durante su visita
- 28) Amistad y cortesía por parte del personal
- 29) Cantidad de tiempo que pasaron los médicos y el personal con usted durante su visita

5	4	3	2	1

Comidas

- 30) Servicios de comida provistos
- 31) Tiempo en el que fueron servidas las comidas

5	4	3	2	1

Resultados

32) Resultados del procedimiento médico

33) Calidad del cuidado y de los servicios

5	4	3	2	1

Parte III: Comentarios:

Muchas gracias por su amabilidad y sinceridad al contestar este cuestionario

En este cuestionario se evalúan en 11 puntos las distintas dimensiones de la calidad que utiliza la JCAH para evaluar y acreditar instituciones de salud.

Este tipo de instrumentos nos pueden servir para medir la calidad de la prestación de un servicio de salud desde el punto de vista del usuario, que al final, en este tipo de empresas, es precisamente el cliente o usuario nuestra razón de ser.

CONCLUSIONES

El objetivo de toda empresa más allá de su misión, que para el caso de las empresas dedicadas a la salud es la de mejorar la calidad de vida de sus pacientes y de la comunidad, es fundamentalmente la obtención de beneficios económicos, máxime cuando se tiene en cuenta los riesgos por participar de una actividad económica, por las necesidades de mejorar cada día las prestaciones y, las necesidades materiales de todos los que de una u otra forma participan en las prestaciones, ya sea de manera directa o indirecta.

Por ello resulta fundamental a los efectos de mejorar las prestaciones, conquistar mayores cuotas de mercado, lograr una solidez competitiva, y obtener un razonable rendimiento sobre la inversión, implementar una serie de herramientas y sistemas de gestión que permiten de manera eficaz y eficiente el logro de las metas y objetivos trazados por la dirección.

Adecuarse rápidamente a los nuevos tiempos debe ser la consigna. Hacerlo es incrementar el potencial de ganancias, no hacerlo es dar lugar a problemas y formar parte de ellos.

La calidad en la atención en salud en una organización hospitalaria es al mismo tiempo una función directiva y herramientas y métodos de gestión orientados al cliente, pero principalmente es un sistema de pensamiento empresarial, una filosofía de vida empresarial e individual.

La Calidad no solamente esta ligada a los medios, no es solo cuestión de automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, si no que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, concientes de que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio. De poco sirven los mejores conocimientos con las mejores habilidades técnicas profesionales, utilizando los mejores equipos y tecnologías y los mejores procesos, si se desconoce al paciente como eje fundamental y razón

de ser del ejercicio médico clínico. Terminaríamos siendo excelentes mecánicos pero pésimos médicos y trabajadores sanitarios.

Bajo los preceptos de Avedis Donabedian, que dieron lugar a las dimensiones de la calidad en salud, se concluye que la calidad de los servicios de salud es la característica con que se prestan dichos servicios, determinada por la estructura y los procesos de atención a costos razonables y sostenibles que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario, convirtiéndose en un imperativo social y económico en la mayor parte de los países del mundo.

El paciente debe tener acceso a su propia información médica y conocimiento clínico. Por esto Clínicos y Pacientes deben comunicarse efectivamente y compartir información para que finalmente los pacientes tengan la claridad absoluta y la objetividad para la toma de decisiones. Por ello la transparencia y la veracidad de la información son necesarias.

RECOMENDACIONES

La calidad en los servicios de salud es vista de la manera en que el servicio es ofrecido y no necesariamente en el conocimiento técnico de los proveedores. Para asegurar ventaja competitiva los gerentes deben, además de asegurar la competitividad técnica de los miembros de sus equipos, brindar a sus pacientes un servicio con dignidad y respeto.

- Algunas guías que pueden ayudar los gerentes son:

- _ Escuchar a los pacientes y monitorear y satisfacer las dimensiones de calidad que crean satisfacción en los pacientes.

- _ Establecer métodos para monitorear los cambios en la dimensiones de calidad a través del tiempo.

- _ Priorizar las dimensiones de calidad para poder ofrecer un mejor servicio a los pacientes.

- _ Identificar y resolver los problemas rápidamente enfocándose en los componentes humanos del servicio ofrecido.

- _ Incorporar la entrega de servicio de calidad en las descripciones de empleo.

- En otros países latinoamericanos, entre ellos, México, Puerto Rico, Argentina, Colombia, para citar solo algunos, la calidad en los servicios de salud, no solo está contemplada en sus legislaciones y reformas de salud, sino que además se les hace “seguimiento”, es decir, tienen mecanismos de control, de acreditación y certificación de sus instituciones de salud y han desarrollado herramientas o instrumentos para medir la calidad en la prestación de servicios de salud. En Venezuela, a pesar que está recientemente contemplado en las leyes de salud nos hace falta desarrollar e investigar mecanismos o instrumentos para medir la calidad en las instituciones de salud desde sus distintas dimensiones. Como gerentes debemos entender la importancia y aplicación de estas herramientas, tanto en instituciones

privadas como en las públicas ya que mejoraríamos drásticamente todo el sistema de salud, y no solo desde el punto de vista económico, mejorando sus ingresos, siendo más eficientes, sino que también tendríamos en retribución la satisfacción de nuestros clientes.

- Es necesario que apliquemos las normas internacionales y locales de acreditación y certificación en nuestros centros de salud lo que nos llevaría a utilizar seriamente los mecanismos de auditorias internas y externas con el fin de mejorar aspectos negativos y mantener los positivos.

BIBLIOGRAFÍA

Malagón Londoño, Gustavo (1998). *Auditoria en Salud*. 1era Edición. Editorial Médica Internacional. Colombia.

Cantú Delgado, Humberto. (1997). *Desarrollo de una Cultura de Calidad*. Editorial McGraw-Hill.

Valdés, Luigi. (1996). *Conocimiento es Futuro*. Sexta Edición.

Ishikawa, K., (1996). *¿Qué es el control total de la calidad?* Editorial Norma.

Santalla, Z. (2005). *Guía para la elaboración formal de reportes de investigación*. Venezuela: Publicaciones UCAB.

Castañeda, Luis. *La Calidad la hacemos todos*. México.

Sabino, C. (2000). *El proceso de investigación*. Caracas: Panapo.

García, J. (1993). *Indicadores de gestión para establecimientos de atención médica*. Venezuela: Disinlimed.

Aburto Jiménez, Manuel. *Administración por Calidad*. Editorial CECSA.

Ramírez Sánchez, Teresita de J., Nájera Aguilar, Patricia, et.al. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Revista de Salud Pública*. México, D.F., Vol. 40, No. 1.

Ardón Centeno, Nelson Roberto; Cubillos Novella, Andrés Felipe (2003). Sistema para el Monitoreo de la Calidad de la Atención en Salud por Indicadores en los Hospitales de I, II y III Nivel de Atención. *Revista virtual*

Gerencia en Salud, artículo 284. Bogotá, 2003. Recuperado en febrero de 2006 en www.gerenciasalud.com/art284.htm

ChileCalidad. *Historia de la Calidad.* Recuperado en febrero de 2006 en www.chilecalidad.cl/index.php?option=content&task=category§ionid=17&id=65&Itemid=182.

Schuldt, Jurgen E. (1998). Luxemburgo. *Historia de la administración de la calidad.* Recuperado en febrero de 2006 en www.geocities.com/WallStreet/Exchange/9158/hcal.htm.

Lefcovich, Mauricio. (2005). *Empresas Tradicionales versus Nuevas Empresas Competitivas.* Recuperado en enero 2006 en www.degerencia.com.

Otero M., Jaime; Otero I., Jaime I. (2002). *¿Qué es Calidad en Salud?* Recuperado en enero de 2006 en www.gerenciasalud.com/

Rubio Cebrián, Santiago. *Glosario de Economía de la Salud.* Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España, 1995.

El Pequeño Larousse Ilustrado. (2004). Ediciones Larousse, S.A.; México D.F.

Ley Orgánica de Salud de 1998. Recuperado en marzo de 2006 en www.todoensalud.com

Ley de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud. Informe para segunda discusión distribuido el 17-08-05. Recuperado en marzo de 2006 en www.asambleanacional.gov.ve