

**CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE
SERVICIOS DE SALUD**

Carlos Hernando Sánchez Fierro

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO –COC-
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Bogotá D.C

2003

CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

CARLOS HERNANDO SÁNCHEZ FIERRO

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar el título de
odontólogo

Asesora Metodológica
Dra. Stella Márquez Verbel
Administradora de Empresas
Especialista en Diseño y Evaluación de Proyectos

Asesora Científica
Dra. Claudia Bastidas Ramírez
Odontóloga M.A.S

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
BOGOTÁ D.C.
2003**

El trabajo de grado denominado “calidad de la atención en instituciones de servicios de salud”, elaborado por CARLOS HERNANDO SÁNCHEZ FIERRO, ha sido aprobado como requisito parcial para optar el título de odontólogo.

Firma del Asesor Metodológico

Firma del Asesor Científico

Firma del Coordinador del departamento
de Investigación y Salud Pública

Bogotá D.C., 15 de Agosto de 2003

*Dedico este triunfo a Dios y a
mis padres: Luis Hernando y
Martha Cecilia, quienes con su
esmero y apoyo incondicional
hicieron posible tan anhelado
logro.*

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa su agradecimiento a:

La Escuela de Administración de Negocios EAN, quien facilitó información valiosa para realizar este estudio.

La Dra. Stella Márquez, por su orientación y apoyo permanente en la realización de este trabajo

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	11
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2 JUSTIFICACION	14
1.3 PROPOSITO	15
1.4 MARCO DE REFERENCIA	16
1.4.1 Marco Legal	16
1.4.2 Marco Conceptual	20
1.4.3 Marco Teórico	24
1.5 OBJETIVOS	34
1.5.1 General	34
1.5.2 Específicos	34

2. MÉTODO	35
2.1. TIPO DE ESTUDIO	35
2.2. OBJETO DE ESTUDIO	35
2.3. UNIDADES TEMÁTICAS	35
2.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	35
2.5 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	41
3. RESULTADOS	43
3.1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE CALIDAD	43
3.1.1 Desarrollo empresarial	47
3.1.2 Diferentes definiciones de calidad	51
3.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD	54
3.2.1 Calidad en salud	54
3.2.2 Componentes de calidad del servicio	62
3.2.3 Lineamientos de la calidad en los servicios de salud	66
3.2.4 Sistema de garantía de la calidad en salud	68
3.2.5 Sistema de garantía de calidad en Colombia	70
3.2.6 Qué quiere Colombia como garantía de calidad	72
3.3 EXPERIENCIAS DE CALIDAD EN INSTITUCIONES DE SALUD	74
3.3.1 Cómo se logra la calidad en una IPS	74
3.3.2 Investigaciones sobre implementación de un sistema de garantía de la calidad en las IPS	75

4. DISCUSIÓN	78
5. CONCLUSIONES	79
6. RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	81

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Matriz de revisión bibliográfica

36

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Componente de la calidad según Juran	44
Figura 2. Modelo DOPRI	70

INTRODUCCIÓN

El grado de calidad en salud es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios

Avedis Donabedian

El mundo moderno demanda, cada vez, más de un esfuerzo de las organizaciones de servicios para satisfacer sus necesidades y expectativas. Se quiere, se necesita y se desea que los productos y/o servicios sean excelentes, por ello es muy importante y es casi prerrequisito de supervivencia, que todas las instituciones que prestan servicios de salud se encaminen por la gran autopista de la calidad.

La calidad de la atención en salud es un compromiso interinstitucional que relaciona tres entes: el estado, los proveedores y los usuarios (OMS, OPS, 2000). Quizá en ninguna otra área de servicio pueda exigirse, con mayor énfasis, la garantía de la calidad en la salud, en virtud a que ésta se traduce en el máximo compromiso del hombre para con sus semejantes. Con la salud nacen los ideales, se agiganta el espíritu, se genera la empresa, se proyecta la prosperidad. Es por esto que se define como el bien máspreciado del ser humano, al que tiene el máximo derecho y por el que deben luchar él y su entorno.

Mucho se ha investigado sobre la *calidad de la atención en salud* y muchas han sido las discusiones y planteamientos teóricos realizados por diversos estudiosos

e investigadores del tema; existiendo un consenso universal sobre su necesidad, pero estamos aún lejos de alcanzarla en todas sus dimensiones. La garantía de la calidad debe constituir la razón de ser de las instituciones de salud. Ningún ser humano puede aspirar a condición diferente si es su misma vida la que está puesta en manos de estos organismos.

Con la presente investigación se pretendió, a partir de la revisión y recopilación valiosa de diferentes autores e investigadores en el tema de la calidad, abordar y profundizar en los planteamientos, enfoques, características y modelos presentados por ellos para alcanzar la tan anhelada calidad de la atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Todo ello conduce a el propósito de proporcionar a los profesionales de la salud elementos de juicio que les permita una mejor comprensión del tema, dejando en sus manos la posibilidad de reflexionar sobre la necesidad imprescindible de garantizar la calidad en la atención en salud como un compromiso personal, profesional, una obligación social y una respuesta ética a las expectativas del individuo, la familia y la comunidad en cuanto a conservar y proteger su bien máspreciado, la salud.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de la atención en salud es, sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de regular, vigilar, administrar y prestar los servicios de salud a la población, así como también representa una necesidad sentida de los demandantes de dichos servicios.

La calidad de la atención en salud ha sido motivo de diversas discusiones e interesantes planteamientos teóricos realizados por diversos estudiosos e investigadores del tema; para sumergirnos en él, se hace necesario conocer los diferentes enfoques y trabajos vigentes. Vale la pena relacionar lo expuesto por connotados autores como: Humberto de Moraes Novaes, Abedis Donabedian A., La doctora Palmer R.H. de la universidad de Harvard, Ricardo Galán Morera y Gustavo Malagón Londoño, entre otros; los conceptos y definiciones de la Organización Mundial de la Salud, OMS; los requerimientos consignados en la normatividad vigente para el sector, así como también la revisión de resultados y conclusiones encontradas en trabajos de investigación en instituciones prestadoras de servicios de salud.

Todas las anteriores revisiones ponen de manifiesto que la calidad de la atención en salud, en su más amplia concepción, totaliza la gran complejidad que caracteriza a los servicios de salud en sus diversos componentes: contexto, demanda, oferta, procesos, resultados e impacto con su respectiva retroalimentación.

En estas condiciones y para comprender en toda su dimensión el concepto de calidad en salud, se hace necesario realizar una revisión bibliográfica que permita dar respuesta a: ¿Cómo ha evolucionado el concepto de calidad y qué se debe entender por calidad de la atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud?

1.2 JUSTIFICACION

Es importante que los prestadores de servicios de salud asuman la responsabilidad de adoptar e implementar los procesos, procedimientos y normas vigentes que garanticen la calidad de la atención en salud a los usuarios de dicho servicio. Las demandas del modelo de seguridad social en salud, vigente para el país, exigen cada vez más, de los prestadores de servicios de salud alcanzar estándares de calidad universalmente aceptados, con el objeto de ser más competitivos.

Por lo anteriormente planteado, se hace necesario que los profesionales del área de la salud conozcan y manejen todo lo referente a la calidad de la atención en las instituciones de salud en cuanto a elementos, componentes; características sistema obligatorio de garantía de la calidad y las normas que la reglamentan. Pero mucho más que el conocimiento de todos estos aspectos, es necesario que los profesionales de la salud estén comprometidos con el mejoramiento continuo de los procesos y procedimientos que garanticen un óptimo y eficiente servicio.

1.3 PROPÓSITO

La presente investigación es de gran utilidad ya que proporciona elementos de juicio y conceptos relacionados con la calidad de la atención en salud, a partir de la revisión y recopilación de información valiosa de diferentes autores, así como la presentación de algunos resultados arrojados por investigaciones realizadas en instituciones prestadoras de servicios de salud acerca de la implementación de sistemas de calidad. Todo esto servirá a los profesionales de la salud en general, al gremio de la odontología en particular, y a los usuarios de los servicios de salud para informarse y profundizar sobre los diferentes aspectos relacionados con la calidad de la atención en salud y sobre los planes de mejoramiento y calidad adoptados por algunas instituciones prestadoras de servicios de salud.

1.4 MARCO DE REFERENCIA

1.4.1 Marco legal. Para la adopción e implementación de procesos que garanticen la calidad en la prestación de los servicios de salud es necesario conocer la normatividad que reglamenta y establece medidas para la prestación con calidad de los servicios de salud, la cual relacionamos a continuación:

La Ley 9 de 1979, por medio de la cual se dictan medidas sanitarias, en su capítulo IV, artículo 155 establece las normas sanitarias para la prevención de los agentes biológicos, físicos o químicos que alteran las características del ambiente exterior de las edificaciones hasta hacerlo peligroso para la salud humana, e incluye en la clasificación de dichas edificaciones a los establecimiento hospitalarios y similares, así mismo la misma ley en su artículo 241, dispone que el Ministerio de Salud reglamentará lo relacionado con las condiciones sanitarias que deben cumplir las edificaciones para establecimientos hospitalarios y similares, para garantizar que se proteja la salud de sus trabajadores, de los usuarios y de la población en general.

La Ley 10 de 1990, declara la salud como un servicio público, esencial y obligatorio que podrá ser prestado por el Estado a través de particulares y en sus artículos 1 y 49, establece un sistema de fijación de normas de calidad de los servicios de salud y los mecanismos para vigilar y controlar su cumplimiento, así también impone sanciones para las instituciones según la naturaleza y gravedad

de las infracciones de cualquiera de las normas previstas por dicha ley. Además la misma ley en su artículo 8º. Dispone que al Ministerio de Salud le corresponde dictar todas las normas científico-administrativas de obligatorio cumplimiento por las entidades que integran el sistema.

Por otra parte, *la Constitución Política de Colombia de 1991* en sus artículos numero 48 y 49 define la seguridad social, la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos obligatorios a cargo del Estado, el cual se encargará de dirigir, orientar, regular, vigilar y controlar la prestación de los servicios públicos esenciales, en sujeción del principio de eficiencia, característica fundamental de la calidad.

La ley 100 de 1993, en su artículo 153, dentro de los fundamentos del servicio público, en su numeral 1 dice “**Equidad:** El sistema de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia independientemente de su capacidad de pago y riesgo...”, en su numeral 3 “**Protección Integral:** el sistema de seguridad social en salud brindará atención en salud integral en cuanto a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia...” y como si fuera poco, el numeral 9 dice “**Calidad:** El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna,

personalizada, humanizada, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesional. De acuerdo a la reglamentación que expida el Gobierno, las instituciones prestadoras deberán ser acreditadas ante las entidades de vigilancia”.

La Resolución 4445 de 1996, en cumplimiento del título IV de la ley 9ª, en lo referente a condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y afines, reglamenta todo lo relacionado con: requisitos para la construcción y ubicación de instituciones prestadoras de servicios de salud, Instalaciones sanitarias, disposición sanitaria de residuos líquidos y sólidos, control de emisiones atmosféricas, condiciones de pisos, cielo rasos, techos y paredes, accesos, áreas de circulación, salidas y señalización, características de Las áreas y prevención de accidentes.

La Ley 715 de 2001, en su artículo 42, establece como responsabilidad de la nación definir el sistema único de habilitación, el sistema de garantía de la calidad y el sistema único de acreditación de instituciones prestadoras de salud, entidades promotoras de salud y otras instituciones que manejen recursos del SGSSS.

El Decreto 2309 de 2002, establece el sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud, definiendo como componentes del sistema: el sistema único de habilitación, la

auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud, el sistema único de acreditación y el sistema de información para la calidad.

La Resolución 01439 de 2002, adopta los formularios de inscripción y novedades para el registro especial de prestadores de servicios de salud, los manuales de estándares y de procedimientos y se establecen las condiciones de suficiencia patrimonial y financiera del sistema único de habilitación de prestadores de servicios de salud.

La Resolución 01474 de 2002, define las funciones de la entidad acreditadora y adopta los manuales de estándares del sistema único de acreditación.

De la normatividad anterior se concluye que la calidad de la atención es un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud en el país, lo cual conlleva a la necesidad de implantar un sistema de garantía de calidad en todas las instituciones prestadoras de servicio de salud, que pueda ser evaluado regularmente para lograr mejoras progresivas de dicha calidad. Si bien es cierto, que el tema de la calidad ha sido una preocupación permanente de todo profesional de la salud, es explicable que frente a las exigencias de la ley colombiana, exista un nuevo interés por implementarla en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

1.4.2 Marco conceptual

✓ **ACREDITACIÓN:** procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado que tiende a garantizar la calidad de acuerdo con estándares mínimos, básicos o, más elaborados y exigentes. Comenzó por iniciativa de organismos no gubernamentales (JCAHO en Canadá y EU; COMCAM, ITAES en Argentina).

✓ **ATENCION DE SALUD:** conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. (MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 de 2002)

✓ **CALIDAD:** entendida bajo una de las definiciones que propone Donabedian de calidad de la atención es "la capacidad esperada de lograr el más alto beneficio neto posible de acuerdo con la valoración de los individuos y de la sociedad." (DONABEDIAN, 1990).

✓ **CALIDAD DE LA ATENCION DE SALUD:** se entenderá como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. (MINISTERIO DE SALUD, Decreto 2309 de 2002).

✓ **GARANTÍA DE LA CALIDAD:** es la versión de la calidad donde la misma es observada desde afuera. La persona o grupo evalúa lo que otra persona o grupo ha producido. Es la forma clásica de encarar la calidad en los servicios de salud y bajo este concepto se encuentran los tipos de comités de calidad hospitalaria y todas las actividades de auditoria médica (en EE.UU: Peer Review Organizations (PRO), Professional Services Review Organizations (PSRO)).

✓ **INTEGRALIDAD:** es la característica del estudio de enfocar el estudio y tratamiento del usuario abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico, social e interrelacionándolo con sus dimensiones familiar y comunitaria. (GALAN, 2000)

✓ **INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS:** son entidades oficiales, privadas, mixtas, comunitarias y solidarias organizadas para la prestación de servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas. (Ley 100 de 1993, art 185).

✓ **OPORTUNIDAD:** es la satisfacción de las necesidades de salud en el momento indicado, con los recursos adecuados y de acuerdo con la naturaleza y severidad del caso. (GALÁN, 2000)

✓ **PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD:** defínanse como prestadores de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud, los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes. Se consideran como instituciones prestadoras de servicio de salud a los grupos de práctica profesional que cuenten con infraestructura. (MINISTERIO DE SALUD, Decreto 2309 de 2002)

✓ **PRODUCTO O SERVICIO:** Todo bien tangible o acción concreta (llevada acabo por una persona o un grupo) recibida por la siguiente persona en el proceso productivo (cliente interno) y, finalmente por el cliente externo. (CHIAS J., 1999)

✓ **RACIONALIDAD LÓGICO – CIENTÍFICA:** se refiere a la utilización del saber médico y de la tecnología biomédica disponible en un momento dado, para atender un problema de salud específico, con los criterios de enfoque lógico y óptimo. Los conceptos de eficacia, eficiencia y efectividad están ligados a este componente: la eficacia hace relación a la aplicación de una tecnología de salud cuya utilidad ha sido demostrada, la eficiencia se refiere a que la atención debe ser efectiva pero con unos costos razonables de aplicación y la efectividad se relaciona con la utilidad de la atención dentro de las circunstancias institucionales y socioeconómicas de aplicación. (MALAGÓN, 2000)

✓ **SATISFACCIÓN DEL USUARIO:** constituye la complacencia del usuario con los servicios, con los proveedores y con los resultados de la atención. (MALAGÓN, 2000)

✓ **SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD:** es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. (MINISTERIO DE SALUD, decreto 2309 de 2002).

✓ **SUFICIENCIA E INTEGRALIDAD:** al hombre como ser biosicosocial se le deben satisfacer sus requerimientos de salud de manera integral en sus aspectos de promoción, prevención, curación recuperación y rehabilitación, mediante el suministro oportuno de los recursos indispensables. (MALAGÓN, 2000)

✓ **USUARIOS:** Los usuarios o clientes son definidos con relación a un determinado proceso. Son los que reciben el producto o el servicio resultante de un proceso. En estos términos pueden ser usuarios interno o externos respectivamente, cuando el producto es intermedio, o cuando se trata de un producto final de la actividad de la organización. (CHIAS, J., 2001)

1.4.3 Marco Teórico. Una característica del mundo a finales del presente siglo ha sido, sin lugar a dudas, el esfuerzo mancomunado para lograr la calidad en productos y servicios, como un imperativo para no sucumbir ante el peso y fuerza de la competencia, de una parte, y por otra, ante la necesidad y exigencias cada vez mayores del usuario. (MALAGÓN, 2002). La calidad corresponde a uno de los atributos que todo usuario busca en la prestación de servicios y aún con mayor importancia si se trata de los servicios de salud.

La calidad, esencialmente, se relaciona con la percepción del cliente, donde este compara el producto o la experiencia en el servicio con su propio conjunto de expectativas y se forman un juicio dependiente de la experiencia adquirida, es decir, una aceptación o un rechazo. Por tanto, la calidad total es la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes. (CARDONA, 2000)

Durante los últimos años el tema de *la calidad* ha tenido un insospechado auge, así como de los diferentes métodos para conseguirla. Además de las estrategias tradicionalmente utilizadas, como auditorias y acreditación, se ha tratado de aplicar a la salud una serie de herramientas gerenciales a partir de las experiencias tomadas en otros campos (GÓMEZ P.1997). Paralelamente, los países han tenido importantes trasformaciones en la organización del sistema nacional de seguridad social en salud, en donde la calidad del servicio se ha considerado como uno de los pilares fundamentales para la prestación de este;

de igual forma, el tema de evaluación de calidad de la atención ha sido motivo de intensas e interesantes discusiones. Para algunos es un aspecto tan sutil y variable de una situación a otra, que no es susceptible de especificación y consideran que debe ser realizada por los clínicos analizando caso por caso. Otros consideran que puede ser realizada con gran precisión y especificación (GALAN, 2000).

La tendencia actual es la de considerar la calidad de la atención como una propiedad compleja que puede ser sometida a un análisis sistemático y una evaluación aceptable que, lejos de ser perfecta es suficiente para los propósitos prácticos de generar información que permita la toma de decisiones, dirigidas a proporcionar una atención de buena calidad para los usuarios de los servicios de salud.

Para evaluar la calidad de la atención es necesario conocer los distintos enfoques para definir esta propiedad. Existen tres enfoques: el técnico-científico, el lógico, y el óptimo de la calidad. El primero se refiere al contenido del saber médico y a la tecnología médica disponible, corresponde a la oferta de lo mejor para el paciente en términos del saber médico y la tecnología. (MALAGÓN, 2000).

En el segundo la calidad se define en función de la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones conducentes a mejorar la prestación de los servicios. El enfoque óptimo es la respuesta a distintas alternativas, por ejemplo, prioridad entre la prevención y la curación, entre programas ambulatorios y hospitalarios, atención con personal profesional o auxiliar, entre otros. En este enfoque la calidad de los servicios corresponde al logro de los objetivos de los mismos con el menor costo posible. (Correa, 1999).

Para dicha evaluación se han intentado desarrollar numerosos sistemas que midan la calidad, pero tradicionalmente han sido utilizados dos modelos que se describen continuación.

El primero, desarrollado por el señor Donabedian, el cual evalúa tres áreas a saber: la estructura, los procedimientos y los resultados. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. Los procesos corresponden al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención. (Donabedian, 1990)

Los resultados corresponden al impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, grupos o poblaciones, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

El segundo modelo, desarrollado por el señor Galán, es más amplio en cuanto a áreas de evaluación y posibilidades de inferir sobre los distintos atributos de calidad descritos anteriormente, pues analiza el contexto en el cual se presta la atención, la demanda, la oferta, el proceso, los resultados, y el impacto. (GALAN, 2000)

Para el análisis del contexto en el modelo de Galán se recomienda revisar la normatividad vigente que regula la prestación de los servicios de salud. Asimismo, se deben consultar los documentos que definen las relaciones entre una y otra entidad, o con la comunidad en general (convenios, contratos, entre otros). De esta manera se puede precisar el marco ambiental en el cual opera la entidad prestadora de salud. (GALAN Ricardo, 2000).

En el análisis de la demanda se pueden consultar las estadísticas que regularmente recoge la entidad prestadora de salud, obtenidas a partir de los diarios de consulta, la clasificación socioeconómica de los pacientes y las historias clínicas. Si la información no esta disponible, se puede procesar una muestra representativa de dichos documentos.

En la oferta se deben estudiar las estructuras orgánica y funcional, así como los recursos y el sistema de información. Para tal fin, conviene revisar los instrumentos administrativos de creación de la institución, los manuales de funciones, la planta de personal, los inventarios de recursos físicos y los estados financieros.

En cuanto a los procesos, que son de especial importancia en la evaluación, se deben examinar los de carácter administrativo y el correspondiente a la atención médica. Para los primeros, los manuales operativos constituyen la fuente principal de información. (GALAN Ricardo, 2000).

Para los procesos de atención médica, las principales fuentes corresponden a los flujogramas de los distintos servicios, los protocolos de atención, la historia clínica y los registros periódicos de los tiempos de espera de cada una de las etapas del proceso, que se obtienen por encuesta directa los usuarios.

Los resultados, que corresponden básicamente a la producción de la institución, la concentración, oportunidad, utilización de los recursos, gastos de atención y costo-beneficio de las actividades intermedias y finales, se analizan con base en las estadísticas institucionales (consultas, egresos, cirugías, etc.). Los cálculos de productividad, rendimiento y costos se realizan con la información sobre recursos

humanos, físicos y financieros, y con la producción de actividades intermedias y finales. (QUEVEDO, 1999).

Para el análisis del impacto, en cuanto a los cambios de los riesgos de enfermar y morir y al costo-beneficio de la atención, las estadísticas de la institución proporcionan la información que se requiere. Para medir la satisfacción de los clientes externos e internos se requiere de encuestas realizadas en muestras representativas.

De lo anterior se puede concluir que la gran mayoría de la información que requiere el modelo de evaluación se encuentra disponible en las instituciones, y la información adicional, que corresponde a información primaria, puede obtenerse a través de visitas a las distintas dependencias y servicios, entrevistas y encuestas en muestras representativas. (GALAN, 2000).

Sin embargo, conviene destacar que el enfoque moderno de la auditoria médica no esta dirigido al alcance rígido de los estándares, sino mas bien al mejoramiento de la calidad de la atención y de la operación general de los servicios. De acuerdo con este enfoque, las instituciones serían valoradas por los logros concretos en el proceso de mejoría continuada de la calidad, en lugar de puntajes rígidos derivados de estándares convencionales.

Desde el punto de vista práctico, la calidad se puede evaluar utilizando los indicadores de impacto, que miden los cambios de riesgos de enfermar o morir, la satisfacción de los usuarios proveedores y el costo-beneficio. (QUEVEDO, 1999).

Si los indicadores muestran cambios significativos en el tiempo es posible asumir que la institución esta brindando una atención de buena calidad, presunción que se puede confirmar analizando los indicadores de las cinco áreas precedentes, los cuales mostraran que los atributos de la calidad se logran en las distintas dependencias y servicios (oportunidad, suficiencia, continuidad, racionalidad lógico-científica).

La garantía de calidad, en su más amplia concepción, totaliza la gran complejidad que caracteriza los servicios de salud, incluyendo su estructura y el desarrollo del recurso humano. (GALAN, 2000).

Dentro de este contexto se la puede considerar como un proceso analítico científico administrativo, con una alta vocación de educación, que busca asegurar un excelente nivel de calidad en la prestación de servicios de salud, y un alto grado de utilización racional de los mismos por parte de los usuarios del sistema por parte del sistema, con una clara percepción por parte de estos y también de los proveedores, de la calidad del servicio ofrecido. (GALAN, 2000).

Un sistema de garantía de calidad en una institución prestadora de servicios es el conjunto de acciones sistemáticas y continuas que realiza la entidad para lograr el mejor beneficio para su usuario, con el mínimo riesgo, dados los recursos con que cuenta, y que le permite atender de manera confiable, accesible, segura y en el tiempo oportuno sus necesidades. (SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ, 2003).

Es importante resaltar, como lo hace Donabedian, que la satisfacción de los proveedores de la atención es una causa principal de su buen desempeño y se convierte en una necesidad fundamental para la calidad.

Debe agregarse que la calidad tiene grados variables y puede ser analizada desde diferentes puntos de vista. El profesional o los grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben ser empleados, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario (SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ, 2003). Los usuarios están cada vez más informados, son más exigentes y al enfrentarse con prestadores y aseguradores que les ofrecen opciones diferentes, pueden comparar y escoger (GÓMEZ P., 1997). Éste evaluará los beneficios de su atención por variables subjetivas, como el trato que recibió, el lugar en el cual fue atendido, la oportunidad y confianza que le generó el prestador del servicio y el resultado obtenido (la revisión de los síntomas, el

mejoramiento de su condición funcional. (SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ, 2003).

Como punto final, al considerar la atención de salud como un bien público, en el que sus beneficios y riesgos sobrepasan al propio individuo, la sociedad debe evaluar la calidad de la atención, como el agregado de beneficios que resulta para toda la población, dando preferencia a procedimientos que puedan satisfacer las necesidades de muchos, involucrando la equidad y el acceso, dentro del juicio sobre calidad. (SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTÁ, 2003).

Así pues, la calidad es un concepto relativo, nunca absoluto, que requiere puntos de referencia que permitan la comparación (estándares), los cuales reflejan un consenso y una valoración social de cómo conseguir mayores beneficios para un paciente o para toda la población, o para ambos.

La preocupación por una mejor calidad debe existir y ser evaluada por cada proveedor que preste individualmente un servicio, por grupos de ellos que participen en la atención, por la institución que los agrupe, por las empresas que contraten los servicios, y de forma global, por las localidades, municipios, departamentos o países, considerando siempre que en la definición de estándares se incluyen valoraciones sociales que imponen límites a los beneficios

individuales, lo cual cabe dentro de la responsabilidad del prestador sobre la calidad. (CASTAÑO, 1998)

De acuerdo a todo lo anteriormente presentado por diferentes estudiosos e investigadores del tema calidad y especialmente en lo que ha calidad de la atención en las instituciones de servicios de salud, se refiere, es evidente que éste es impostergable, y, si bien ha sido una preocupación permanente de todo profesional de la salud, se ha pensado equivocadamente que ella se da per se en la atención, que se mejora con la sola voluntad de mejorarla o que ella es un problema exclusivo de auditorias y sanciones. Es explicable que frente a la exigencia de los pacientes, de la ley colombiana, de los costos de la no calidad, de la necesidad de ser productivos y de los dilemas éticos, exista un nuevo interés por definir *calidad* y por buscar las estrategias más efectivas para lograrla en las instituciones prestadoras de servicios de salud –IPS–.

Siendo, entonces el tema de *calidad de la atención en salud* impostergable, se hace necesario investigar y profundizar en él, así como en el conocimiento de experiencias en la implementación de sistemas de garantía de la calidad en las instituciones del sector, que permita a los profesionales de la salud analizar y mejorar el sistema de atención actual en el país, y, en este empeño de *construir calidad*, hacen parte todos aquellos que han asumido la responsabilidad de investigar sobre el tema.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General. Realizar una revisión bibliográfica sobre la calidad de la atención en salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud.

1.5.2 Objetivos específicos

- Definir el concepto de calidad desde la perspectiva de los diferentes autores y su evolución.
- Comprender el concepto de calidad de la atención en salud, así como de sus diferentes componentes.
- Describir como se han implementado los procesos o sistemas de calidad en algunas instituciones del sector.

2. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica

2.2 OBJETO DE ESTUDIO

Calidad de la atención en salud

2.3 UNIDADES TEMÁTICAS

- ✓ Evolución del concepto de “calidad”
- ✓ Calidad de la atención en salud
- ✓ Experiencias de calidad en instituciones de salud

2.4 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para efectos de la recolección de información se diseñó una matriz bibliográfica que se muestra en la tabla 1.

TABLA 1. Matriz de revisión bibliográfica

No. Orden	Referente bibliográfico	Función de la revisión	Tema
1	ALARID HJ. <i>Filosofía de la calidad</i> . OPS. Washington D.C. 1997	Contexto conceptual	Génesis y evolución de la calidad
2	BAEZ C., Olga. Evaluación de la calidad de un subsistema de salud de la Policía Nacional. EAN. Bogotá 2000.	Enfoque metodológico y fuente de ideas (Trabajo de grado)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones.
3	BERNAL, Cesar A. Metodología de la investigación para administración y economía. Edit. Prentice Hall. Bogotá, 2000; 119-121	Enfoque metodológico	Elaborar el marco de referencia de la investigación
4	BERRY L. <i>Un buen servicio ya no basta. Cuatro principios del servicio excepcional al cliente</i> . Grupo editorial Norma. Bogotá, 1997.	Fuente de ideas para la investigación	Concepto de servicio, usuario, cliente.
5	CARDONA O., LINEROS R. Estrategias del servicio. EAN. Bogotá, 2002; p 32	Enfoque conceptual, fuente de ideas	Servicio al cliente, atención al usuario de servicios de salud.
6	CARLZON J. <i>El momento de la verdad</i> . Ediciones Diaz Santos, S.A. Bogotá D.C., 1991	Enfoque contextual	Satisfacción del cliente o usuario de servicios
7	CASTAÑO Y., Ramón. Cómo medir la calidad. Revista Vía Salud, Vol. 1. Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá, 1998; p 7	Enfoque teórico	Evaluación y medición de la calidad
8	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política. 1991; art.	Contexto legal	Salud como servicio público y principios fundamentales del servicio
9	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 9 de 1979; art. 155, 241. Cap. IV	Contexto legal	Medidas sanitarias
10	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990.	Contexto legal	Normas de calidad
11	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100/1993; art. 153	Contexto legal	Fundamentos, exigencia de calidad en salud
12	CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 de 2001 de 1993	Contexto legal	Definición Sistema de habilitación y acreditación en salud.
13	CORTÉZ, María Mercedes. Evaluación de la calidad de la atención en el servicio de odontología en el Centro de Salud la Calera. EAN. Bogotá, 1999.	Enfoque metodológico y conceptual (Artículo científico)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones
14	CROSBY BP. <i>Calidad sin lagrimas</i> . Décima reimpresión. México, 1986.	Enfoque conceptual	Concepción moderna de la calidad
15	CROSBY BP. <i>Reflexiones sobre la calidad</i> . Mc Graw Hill. México, 1996	Enfoque conceptual	Concepción moderna de la calidad

...Continúa Tabla 1.

No. orden	Referente bibliográfico	Función de la revisión	Tema
16	CUERVO, Diego. La evolución de la calidad total en una entidad de salud. Revista Management. No. 13. Bogotá 2000; p 105-115	Enfoque metodológico y conceptual (Artículo C.)	Resumen, introducción, estrategias de calidad, garantía de la calidad.
17	CAMACHO M., Astrid. Evaluación de la calidad de la atención en salud en el centro odontológico Dispensario Norte y propuesta de un programa de garantía de la calidad. EAN. Bogotá, 1999	Enfoque metodológico y fuente de ideas (Trabajo de grado)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones.
18	CASTAÑO, Ramón. Cómo medir calidad. Revista Vía salud. Vol. 2. Bogotá, 2003; p 6	Fuente de ideas (Artículo científico)	Resultados y conclusiones
19	CHIAS, Josephe. El mercado son personas. Editorial Mc. Graw Hill. Bogotá, 1999; p 16-17	Enfoque conceptual	Definición de usuario, cliente, producto, servicio
20	DE LEÓN P. <i>Guía para el mejoramiento de una institución de salud</i> . Serie GEHOS No. 1. Bogotá, 1992	Fuente de ideas para la investigación	Orientaciones para la implementación y el seguimiento de sistemas de calidad.
21	DELGADO F., Mercedes. Calidad e innovación tecnológica en salud. Revista Dirección y Organización. No. 19. Bogotá, 1998; p 125-132	Enfoque metodológico (Artículo científico)	Resumen, introducción, sistemas de calidad para el desarrollo de nuevos productos.
22	DEMING WE. <i>It does work</i> . Quality. Vol.19 Issue 8. 1980.	Enfoque conceptual	Definiciones y conceptos de calidad
23	DE MORAES NOVAES H. <i>Programa de garantía de la calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el caribe</i> . En Salud Pública de México. Vol. 35 No. 3, 1993.	Fuente de ideas para la investigación	Orientaciones sobre programas de calidad y acreditación
24	DONAVEDIAN, Avedis. Evaluación de la atención al paciente. OPS, 1970. Serie GEHOS. Guía para el mejoramiento de un hospital. Bogotá, 1992.	Enfoque conceptual	Definiciones, procesos, evaluación de la calidad en la atención hospitalaria.
25	DONAVEDIAN, Avedis. Prioridades para el proceso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Universidad de Michigan. México, 1993	Enfoque conceptual	Definiciones, procesos, evaluación de la calidad de la atención en salud
26	DONAVEDIAN, A. <i>La dimensión internacional de la evaluación de la garantía de la calidad</i> . Salud Pública. México, 1990. No. 32; p 113-117.	Enfoque conceptual y fuente de ideas	Las tres dimensiones de la calidad de la atención en salud.

... Continua Tabla 1.

No. orden	Referente bibliográfico	Función de la revisión	Tema
27	EAN. Evaluación de los sistemas de calidad de gestión en PREVIMEDIC LTDA. Bogotá, 1999	Fuente de ideas para la investigación (Trabajo de grado)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones
28	ESPARRAGOZA, Alberto. Sistemas de calidad total y costos asociados en la calidad.	Enfoque metodológico (Artículo científico)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones
29	ESPINEL F., HIGUERA A, PAEZ F. Situación de garantía de la calidad-salud II. EAN. Bogotá, 1997.	Enfoque metodológico (Artículo científico)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones
30	GALÁN MORERA, Ricardo. Evaluación integral. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. Primera edición, Bogotá 1996.	Enfoque conceptual	Definiciones y evaluación de la calidad de la atención en salud.
31	GÓMEZ De León, Patricia. Calidad en salud. Revista Vía Salud. Vol. 1. Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá, junio 1997; p 4.	Fuente de ideas para la investigación	Importancia de la calidad en las instituciones de salud y conceptos.
32	GUTIERREZ Z., Diva. Evaluación de la atención de los servicios de salud de la IPS DAR SALUD 2000. EAN. Bogotá, 2000	Enfoque metodológico y conceptual (Artículo científico)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones
34	GUTIERREZ S., Luz Helena. Diseño y aplicación del programa de garantía de la calidad de atención en la institución prestadora de servicios de salud CREAR SALUD S.A. EAN. Bogotá 2000.	Enfoque metodológico y fuente de ideas (Trabajo de grado)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones
35	GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA. Garantía de Calidad. 1998; p 15.	Contexto conceptual	Componentes del Sistema para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
36	ICONTEC- ISO 9000, ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003, ISO 9004. <i>Gestión de calidad y elementos del sistema de calidad</i> . Instituto Colombiano de Normas Técnicas. Bogotá D.C. 1992	Contexto conceptual	Técnicas y estándares para medir la calidad
37	ISHIKAWA, Kaoru. ¿Qué es control de calidad?, la modalidad japonesa. Editorial Norma. Colombia 1993; p 11-19,39-45, 83-88	Contexto conceptual	Características del control de calidad japonés, la garantía de la calidad, el control total de la calidad
38	JARAMILLO, Iván. El futuro de la Salud en Colombia. Edit. FESCOL, 4ta. Edición. Bogotá 1999	Contexto conceptual y legal	Propósitos de la Ley 100 de 1993, principio de calidad en la ley 100.

... Continúa

No. Orden	Referente Bibliográfico	Función de la revisión	Tema
39	JOHNSON, Mike. La batalla por el talento empresarial. Edit. Prentice Hall. Madrid, 2001;p76-77	Contexto conceptual	Las mejores prácticas de otras empresas.
40	JURAN, J.M. y GRAYNA F.M. Análisis y planeación de la calidad. Edit. Mc Graw Hill. 3a. edición. México, 1996	Contexto conceptual	Conceptos básicos
41	JURAN, J.M. Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos. Editorial Diaz de Santos. 1990	Contexto conceptual	Contextos, características y gestión de la calidad
42	JURAN, J.M. Historia de la calidad: <i>Juran's Quality control Handboock</i> , 4ª. Ed. Mc Graw Hill Boock Company, Nueva Cork, 1988; p 35	Contexto conceptual	Historia de la calidad y conceptos básicos de calidad.
43	LENNIS R., Roberto. Calidad y servicio. Revista Empresarial y Laboral. No. 45. Bogotá 2002; p 36-37	Fuente de ideas para la investigación	Perspectiva del usuario y de los proveedores de servicios de salud
44	MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 de 2002	Contexto legal y conceptual	Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en el SGSSS. Definiciones y componentes.
45	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 01439 de 2002	Contexto legal	Sistema de Habilitación en salud
46	MINISTERIO DE SALUD. Resolución 01474 de 2002	Contexto legal	Sistema de Acreditación en salud.
47	MORENO, Susana. Evaluación Integral de la calidad en la clínica AFTA. EAN. Bogotá, 1999	Enfoque metodológico y fuente de ideas (Trabajo de grado)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones
48	PALMER, R.H. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y prácticas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989	Enfoque conceptual y fuente de ideas	Definiciones y medición de calidad en la atención en salud.
49	OMS/OPS. <i>La garantía de la calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe</i> . Federación Latinoamericadna de Hospitales. 1992	Enfoque conceptual y fuente de ideas	Garantía de la calidad en hospitales, experiencias de otros países
50	POLIT, D. y HUNGLER B. Investigación científica en las ciencias de la salud. Edit. Mac Graw Hill. México, 1999.;	Enfoque metodológico	Objetivos de la revisión bibliográfica, alcances de la investigación bibliográfica, búsqueda de bibliografía pertinente para revisiones de investigación.

...Continúa Tabla 1

No. orden	Referente bibliográfico	Función de la revisión	Tema
51	SILICEO, A., CASARES D., y GONZÁLEZ J.L. Liderazgo, Valores y Cultura Organizacional. Edit. Mc Graw Hill. México, 1999; P 10	Fuente de ideas para la investigación	Grandes tendencias y fuerzas de cambio hacia el siglo XXI.
52	SILVA, Omar. Evaluación del sistema de control de gestión y garantía de la calidad PREVIMEDIC LTDA. EAN. Bogotá, 1999.	Enfoque metodológico y fuente de ideas (Trabajo de grado)	Problema, objetivos, resultados y conclusiones
53	TRIBIÑO, C.J. <i>Calidad de la atención a los usuarios de los servicios públicos domiciliarios</i> . Editorial biblioteca jurídica Dike. Bogotá, 1995	Enfoque conceptual	Experiencias de calidad de la atención en otros sectores
54	MALAGÓN G., MORERA R., y LAVERDE G. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana, 2da. Edición. Bogotá 2002; p 546, 560.	Fuente de ideas para la investigación	Evaluación integral, Indicadores y estándares de calidad en la atención médica.
55	MALAGÓN G., MORERA R., y LAVERDE G. Auditoría en Salud. Editorial Médica Panamericana. Bogotá 2001; p 485-490	Fuente de ideas para la investigación	Garantía de calidad en salud
56	MALAGÓN G., MORERA R., y LAVERDE G. Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana. Bogotá 2001; p 17-21, 27-30, 37-44	Fuente de ideas para la investigación	Visión sobre la calidad total, garantía de la calidad en salud, sistema de garantía de la calidad en salud.
57	MALAGON G. <i>Calidad en la atención en salud</i> . Editorial Médica Panamericana. Bogotá. 1999	Enfoque conceptual y teórico	Definiciones, conceptos, componente del SOGC.
58	URGATECHE L., Jorge. Cambio de actitudes y la calidad en servicios de salud.	Enfoque metodológico (Artículo científico)	Resumen, Introducción, compromisos con los proveedores de servicios
59	VERHEGGEN, Frank y HARTELON, Peter. La calidad de servicio en la atención en salud. Revista Salud Pública. Vol 35, No. 3. México, 1993	Enfoque metodológico (Artículo científico)	Resumen, Introducción, conclusiones.
60	WHITELEY R y HESSAN D. <i>Integración cliente - empresa</i> . Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. México, 1996.	Contexto conceptual	Características y expectativas del cliente.
61	Glosario General. http://www.expert-caspe.demon.co.uk . 2001; p 1-17	Contexto conceptual	Glosario general

...continúa Tabla 1.

No. orden	Referente bibliográfico	Función de la revisión	Tema
62	ASOREY, Graciela. La calidad del servicio profesional de salud. http://www.calidadensalud.com 2000; p 1-5	Fuente de ideas para la investigación	Calidad del servicio
63	OTERO M., Jaime. Avedis Donadabian y la calidad de la atención en salud. http://www.expert.com . 2001; p 1-7	Enfoque conceptual	Definiciones y conceptos de calidad de la atención en salud
64	ARROYO, José Luis. Evolución histórica del concepto de calidad. http://www.gestiopolis.com . 2001; p 1-7	Fuente de ideas para la investigación	Antecedentes y evolución del concepto de calidad
65	FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN. http://www.calidadensalud.com . 2000; p 1-2	Enfoque conceptual	Conceptos, experiencias, organismos internacionales.
66	Concepto de calidad. http://www.calidad.org . 2000; p 1-4	Fuente de ideas para la investigación	Definiciones y conceptos
67	OTERO, Jaime. El Dr. Karou Isikawa: padre de la calidad total. http://www.gerenciasalud.com . Perú, 2003; 1-4	Enfoque conceptual	Definiciones y conceptos
68	MOTA, Oscar M. Planeación en calidad. http://www.gerenciasalud.com . México, 2003; p 1-5	Enfoque conceptual	Definiciones, conceptos y procesos
69	OTERO, Jaime. Qué es calidad en salud. http://www.gerenciasalud.com . Perú, 2000; p 1-4	Enfoque conceptual	Definiciones y conceptos

Fuente: Márquez S., Sánchez C., 2003; adaptado de POLIT, D. y HUNGLER B.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó una revisión bibliográfica que permitió describir y caracterizar la calidad en los servicios de salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Para este propósito, se revisaron 51 obras de diferentes autores reconocidos entre los años 1980 y 2003; de manera análoga se procedió a la revisión de diez

artículos científicos comprendidos entre los años 1998 y 2003; también se revisaron siete trabajos de grado de la especialización Gerencia Hospitalaria de la Escuela de Administración de Negocios -EAN-. Posteriormente se procedió a diseñar la matriz bibliográfica, relacionada en la tabla 1, que permitió agrupar por unidades temáticas para el ulterior desarrollo de las mismas.

La matriz Bibliográfica se diseñó utilizando como referencia el modelo propuesto por POLIT, D. y HUNGLER B y consistió, en una tabla de tres columnas en la cual se relacionaron: primero el referente bibliográfico; segundo la función de la revisión en cuanto a el contexto legal, contexto conceptual, enfoque metodológico y fuente de ideas para la investigación y tercero el tema utilizado para la investigación.

3. RESULTADOS

3.1 EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO “CALIDAD”

Se ha discutido mucho sobre la evolución del concepto “*calidad*” y son muchos los autores que han hecho importantes aportes a su definición, siendo los más sobresalientes los que se relacionan a continuación.

Joseph M. Juran, Nacido en la ciudad de Braila, Rumania en el año de 1904, Rumania. Fue el precursor de la calidad en Japón. Se le considera el padre de la calidad y se le reconoce como quien destacó el aspecto humano en el campo de la calidad, es de aquí donde surgen los orígenes estadísticos de la calidad total.

En 1951 publicó su primer trabajo referente a la calidad, el cual se llamó Manual de control de calidad. Luego de esto contribuyó con las empresas japonesas de mayor importancia asesorándolas sobre la calidad y como lograrla dentro de los procesos de producción. En 1979 se fundó el Instituto Juran, el cual se dedicaba a estudiar las herramientas de la calidad. (Padilla, 2002).

Por calidad Juran entiende como la ausencia de deficiencias que pueden presentarse como: retraso en las entregas, fallos durante los servicios, facturas incorrectas, cancelación de contratos de ventas, etc. Calidad es adecuarse al uso.

Popularizó la trilogía de Juran, integrada en tres componentes, como se aprecia en la figura 1.

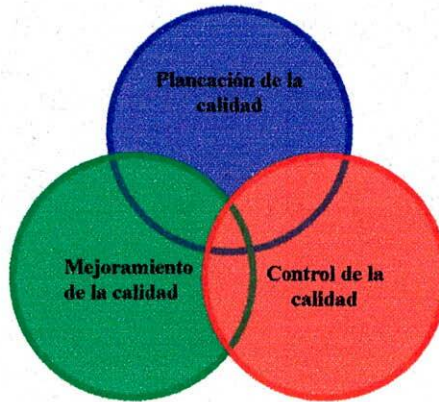


Figura 1. Componentes de la calidad según Juran

Otro autor sobresaliente por sus valiosos aportes a la calidad es, *Edward Deming*, nacido en Sioux City, Iowa, en el año de 1900. Deming empezó a trabajar desde la edad de ocho años en un pequeño hotel. A los 17 años, ingresó a la Universidad de Wyoming donde estudio ingeniería, carrera que el mismo pagó. Obtuvo un doctorado en Físicas Matemáticas en la Universidad de Yale donde fue empleado como profesor.

Su primer empleo profesional fue en el Departamento de Agricultura en Washington, D.C. Aquí conoció a Walter Shewhart, un estadístico para Laboratorios Bell y sus escritos impactaron su vida y se convirtieron en la base de sus enseñanzas. (Padilla, 2002).

En 1950 Japón buscaba reactivar su economía ya que esta quedó muy dañada luego de la segunda guerra mundial, por lo tanto estaban abiertos a varias opiniones para lograrlo. Es en esta época cuando Deming llega a Japón y les instruye sobre la importancia de la calidad y desarrolla el concepto de calidad total.

Con el paso del tiempo los Estados Unidos se dio cuenta de los efectos de incluir la calidad en su producción, convirtiendo a Deming en el asesor y conferencista más buscado por grandes empresas americanas. Fue tan grande su influencia que se creó el *premio Deming*, el cual es reconocido internacionalmente como premio a la calidad empresarial. (Padilla, 2002)

Los logros de Deming son reconocidos mundialmente. Se ha logrado establecer que al utilizar los principios de Deming la calidad aumenta y por lo tanto bajan los costos y los ahorros se le pueden pasar al consumidor. Cuando los clientes obtienen productos de calidad las compañías logran aumentar sus ingresos y al lograr esto la economía crece.

Philip B. Crosby, es un pensador que desarrolló el tema de la calidad. Sus estudios se enfocan en prevenir y evitar la inspección se busca que el cliente salga satisfecho al cumplir ciertos requisitos desde la primera vez y todas las veces que el cliente realice transacciones con una empresa. (Padilla, 2002)

En 1979 se crea la fundación Philip Associates II Inc. La cual se le considera una firma líder en consultorías acerca de la calidad. Se basan en la creencia de que la calidad puede ser medida y utilizada para mejorar los resultados empresariales,

por esto se le considera una herramienta muy útil para competir en un Mercado cada vez más globalizado.

Crosby tiene el pensamiento que la calidad es gratis, es suplir los requerimientos de un cliente, al lograr cumplir con estos logramos cero defectos.

Kaoru Ishikawa, La mayor contribución de Ishikawa fue simplificar los métodos estadísticos utilizados para control de calidad en la industria a nivel general. A nivel técnico su trabajo enfatizó la buena recolección de datos y elaborar una buena presentación, también utilizó los diagramas de Pareto para priorizar las mejoras de calidad, también que los diagramas de Ishikawa, diagramas de Pescado o diagramas de Causa y Efecto.

Otro trabajo de Ishikawa es el control de calidad a nivel empresarial (CWQC). Este enfatiza que la calidad debe observarse y lograrse no solo a nivel de producto sino también en el área de ventas, calidad de administración, la compañía en sí y la vida personal. (Padilla, 2002).

Ugo Fea, La vida de la empresa y la realización del negocio son funciones de la existencia de un mercado. El mercado no es un término técnico, sino la suma de todos los hombres-clientes dispuestos a comprar nuestros productos o servicios a los que debemos proporcionar productos adecuados a sus exigencias. (Cuevas, 2003).

3.1.1 Desarrollo Empresarial. Antes de la Revolución Industrial, los productos eran hechos a mano. La calidad la garantizaba el conocimiento del artesano, quien tenía la visión global de todos los procesos que estaban involucrados en el producto final.

La industrialización y el incremento en la producción masiva han llevado a la especialización dentro de las compañías. Cada una de las personas se concentra en su pequeña sección de la empresa y no es posible tener una visión global de esta. Se volvió imposible confiar en el conocimiento y la capacidad del empleado para evitar que los productos defectuosos salieran al mercado.

La inspección se hizo necesaria e inicialmente esta era realizada por el jefe o capataz de cada sección. Las actividades de la inspección se incrementaron progresivamente con el desarrollo industrial y fue necesario relevar entonces al capataz de algunas funciones en las que estaba involucrado. Mas tarde se desarrolló un nuevo grupo de trabajo, llamado inspectores, al inicio de la primera

guerra mundial. Posteriormente se separa este grupo en una unidad organizacional independiente: el departamento de inspección que tuvo su inicio en los años veinte.

Durante varios años, después de la Segunda Guerra Mundial, la tarea principal de Japón fue elevar el standard de vida de su población mediante la revitalización de su economía. Uno de los primeros pasos fue invitar al Dr. W. E. Deming, especialista norteamericano en la aplicación de técnicas de control estadístico de calidad, a presentar una serie de conferencias sobre el tema, lo que produjo un estímulo vital en el sector industrial.

El efecto movilizador que produjo esta iniciativa hizo que en 1951, por resolución de la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE) Japón instituyera el "Premio Deming". Desde entonces, la adopción del control de calidad y de sus técnicas fue cosa común en prácticamente todos los sectores de la industria japonesa, y de allí evolucionó, con el tiempo, el concepto de Calidad Total o calidad en toda la empresa.

Más tarde, en 1987, Estados Unidos instituyó por ley el Premio Anual de Calidad de los Estados Unidos de Norteamérica con el propósito de promover una conciencia de calidad, reconocer los logros en materia de calidad de las empresas y difundir las estrategias exitosas para el logro de la calidad.

En Europa países como España, Finlandia, Francia, Inglaterra, Italia e Irlanda, entre otros, han instituido el Premio Nacional a la Calidad y en 1992, se entregó por primera vez el premio de la Comunidad Económica Europea, instrumentado a través de la Fundación Europea para la Calidad.

En México se instituyó un premio similar que se instrumentó a través de la Fundación Mexicana para la Calidad Total. El mismo camino han seguido Colombia, Brasil, Ecuador, Uruguay y recientemente Chile, creando el Premio Nacional de la Calidad.

La complejidad de los productos se incrementó y por lo tanto, el riesgo de defectos en las funciones de los productos. Hubo entonces un incipiente interés en la fiabilidad de los productos, y durante los años cincuenta se inicio el desarrollo de los métodos especiales para incrementar la fiabilidad. En un principio el interés se concentro en los productos electrónicos con fines militares y programas espaciales. La técnica de la fiabilidad se utiliza principalmente en el desarrollo del producto y el trabajo de diseño.

Durante los años sesenta se empezó a hablar acerca del control total de calidad. Para poder fabricar productos con alta calidad y a costos razonables, se encontró que concentrarse en funciones aisladas no era suficiente, si no que requería de actividades planeadas de calidad que cubrieran todas las funciones. Por lo que a

esta manera de trabajar de cruce funcional se le denominó control total de la calidad.

Al final de los años sesenta surgió un nuevo concepto que se hizo notar, llamado aseguramiento de la calidad. Sin embargo, no existe un total acuerdo en lo referente al significado de este término.

Durante los años setenta surgieron preguntas concernientes a la seguridad de los productos y a los daños que estos producían, por lo que se puso atención a estos aspectos relevantes.

Esto fue el resultado del rápido desarrollo de la responsabilidad legal de los fabricantes, distribuidores, vendedores, etc., de pagar una compensación cuando los bienes ocasionan perjuicios a las personas o daños a la propiedad, las altas compensaciones que se aplican a los fabricantes han llevado a que los principios de control de calidad sean aplicados en mayor extensión. Se ha encontrado que el control de calidad es un medio efectivo en el trabajo para la manufactura de productos sin riesgos.

Fue así como en agosto de 1991 se presentó un proyecto de Ley de declaración de interés nacional al mejoramiento de la calidad. A partir de allí se trabajó con particular dedicación e interés en la búsqueda del consenso y en la difusión de la iniciativa; se realizaron jornadas en el Congreso de la Nación y en el interior del

país, se escucharon opiniones, se disolvieron desconfianzas, se corrigieron errores y se incorporaron ideas para concluir, un año más tarde, con la sanción definitiva de la Ley 24127 que instituye el Premio Nacional a la Calidad.

El Premio Nacional a la Calidad fue instituido por Ley 24127 para la promoción, desarrollo y difusión de los procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo de la calidad en los productos y en los servicios que se originan en el sector empresario, a fin de apoyar la modernización y competitividad de esas organizaciones.

3.1.2 Diferentes definiciones de calidad: seguidamente se consignan diferentes definiciones de connotados autores:

Philip Crosby, "Calidad Total es el cumplimiento de los requerimientos, donde el sistema es la prevención, el estándar es cero defectos y la medida es el precio del incumplimiento."

Joseph Juran, "Calidad Total es estar en forma para el uso, desde los puntos de vista estructurales, sensoriales, orientados en el tiempo, comerciales y éticos en

base a parámetros de calidad de diseño, calidad de cumplimiento, de habilidad, seguridad del producto y servicio en el campo”

Kaoro Ishikawa, “Calidad Total es cuando se logra un producto es económico, útil & satisfactorio para el consumidor”

La Norma Standard ISO E 8402/1994 de la Organización Internacional para la Estandarización define a la calidad como: “La totalidad de rasgos y características de un producto o servicio, que conllevan la aptitud de satisfacer necesidades preestablecidas o implícitas”. (LOPEZ Jorge, 2002).

Quizás la más sencilla definición de Calidad está inspirada por el trabajo de *W. Edwards Deming*, un pionero del movimiento hacia la Calidad en la industria. En su enunciado más básico, proveer de buena calidad significa: *“Realizar las cosas correctas de manera correcta”*. En la atención de la Salud también significa ofrecer un rango de servicios que sean seguros y efectivos y satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes.

La Organización Mundial de la Salud tratando de abarcar la perspectiva de los distintos grupos involucrados (Clientes, Proveedores, Planificadores, Sanitaristas), define la calidad como: *“La Calidad en la Atención en Salud consiste en la*

apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición." (LOPEZ Jorge, 2002).

De acuerdo a la Norma ISO E 8402:1994 se define como Aseguramiento de la calidad al "conjunto de actividades preestablecidas y sistematizadas, aplicadas al sistema de calidad, que ha sido demostrado que son necesarias para dar confianza adecuada de que un producto o servicio satisfará los requisitos para la calidad".

La característica de la Atención en Salud difiere de la Industria (Productor - Consumidor) en dos importantes rasgos: Primero, la mayoría de los clientes carecen del conocimiento para juzgar técnicamente la calidad del Servicio de Salud que se le brinda; segundo, no solo la satisfacción y la excelencia podrían depender de la calidad del servicio, sino también la salud física, mental y algunas veces la vida misma.

El término calidad se puede emplear con diferentes acepciones como:

- Calidad de diseño o sea la conformidad entre lo que necesita o desea el cliente por un precio determinado y lo que la función de diseño proyecta.

- Calidad de concordancia o grado de conformidad entre lo diseñado y lo producido.
- Calidad en el uso o sea el grado en que el producto cumple con la función para la cual fue diseñado, cuando el consumidor así lo requiere.
- Calidad en el servicio Post - Venta o sea el grado con el cual la empresa le presta atención al mantenimiento, servicio, reclamos, garantías u orientación en el uso.

3.2 CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD

3.2.1 Calidad en salud. Los primeros informes de calidad en medicina se originaron a finales del siglo XIX. El escenario fue la guerra de Crimea y el registro más importante fue la mortalidad en los hospitales de campaña, elaborado en el *Florence Nightingale*.

Durante muchos años casi todos los esfuerzos estaban dirigidos a desarrollar metodologías para la evaluación de la calidad: sin embargo, los hallazgos obtenidos durante las evaluaciones no eran complementados con mecanismos

que realmente pudieran mejorar los servicios proporcionados. (GALAN, Ricardo, 2001).

En 1848 se publicó en el Reino Unido el primer informe sobre la muerte relacionada con anestesia. En este caso, se trataba de un paciente a quien se le había administrado cloroformo; por tanto, se recomendó la monitoria continua del pulso como medida para prevenir accidentes. Posteriormente aparecieron diversos estudios de mortalidad asociada a la anestesia, muchos de los cuales contribuyeron a la evolución de la calidad en la especialidad, generando mejoras de equipos, de entrenamiento médico y de conciencia del riesgo anestésico. (GALAN, Ricardo, 2001).

Tal vez uno de los aportes más conocidos es el realizado por *Lee y Jones* en 1933, quienes definían la Calidad en Salud en “*8 artículos de fe*”. En estos artículos se dice que los criterios de la calidad no son nada más que juicios de valor que se aplicaran a distintos aspectos, propiedades componentes o alcances de un proceso denominado atención médica. En este sentido, la definición de calidad puede ser casi cualquier cosa que se quiere que sea.

En 1954, se creó en Estados Unidos la Joint Comisión For The Accreditation Of Hospitals, o en español, la Comisión Conjunta para la Acreditación de los

Hospitales, quien estableció los niveles mínimos aceptables de instalaciones, equipos, organización administrativa y profesional y calificaciones profesionales. (GALAN, Ricardo,2001).

Cada vez que se presta más atención a la medición y mejora de la calidad de los servicios de salud en general y de la asistencia hospitalaria en particular. *Peterson y colaboradores* en 1956 realizaron un estudio extraordinario sobre la relación existente entre la clasificación de la calidad y las características de los médicos, incluso su formación y sus métodos de practica. (GALAN, Ricardo,2001).

En la década de los años sesenta el Seguro Social Mexicano inicia programas de evaluación de Calidad en salud.

En 1965 España realiza sus primeros pasos hacia la estandarización y acreditación de la calidad en los servicios de salud. Es en Barcelona donde primero se realizan estos esfuerzos. (GALAN, Ricardo,2001).

En los Estados Unidos y en el reino Unido, aunque los sistemas de salud poseen características y tamaños distintos, el enfoque de la calidad es bastante similar al de los organismos multilaterales, ello se debe en buena parte a que dichos países

son los que han dado origen al enfoque multilateral de calidad, aunque en los últimos años se ha venido perfeccionando hacia un perfil de auditoría médica.

La calidad en salud es difícil de definir. *Donadebian (1966)* decía: "La Calidad de Atención Médica es una idea extraordinariamente difícil de definir".

La base principal para el buen funcionamiento de servicios con alta calidad, es el conocimiento que se posee para prestar y organizar la atención en salud. Es necesario incorporar y apropiar conocimiento de otras disciplinas para enriquecer y ampliar el concepto de ciencia y tecnología en salud, usando avances a favor de la misma. (GALAN, Ricardo, 2001).

La salud necesita metodologías para estudiar y entender los efectos de la atención en corto y largo plazo, su efectividad, costo y eficacia. Conocimiento en cuanto a relaciones interpersonales, cultura organizacional y aprendizaje organizacional, y metodologías de planeación, gestión, medición, investigación, gerencia de procesos, etc.

Desde esta forma, pensar en calidad de los servicios, es pensar en la forma como el país o la organización adquiere su conocimiento, en alcance del conocimiento disponible las carencias, y la difusión del mismo a través de programas de

formación. La calidad de la atención y la calidad de la educación se encuentran, sin duda, relacionadas, por ello es importante la evaluación de los programas académicos y la certificación tanto de los profesionales como del personal técnico. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

Igualmente, como complemento a las estrategias definidas, es necesario analizar estrategias de capacitación para la mejora continua, de forma que se fomente el ciclo: acreditación – proceso de mejora continua – mejores resultados – logro de otros incentivos.

La calidad del servicio de salud, representa un desafío o incluso una prioridad estratégica para los profesionales de la salud y entidades prestadoras de servicios de salud, para el futuro. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

Ofrecer un servicio de salud, es una 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.

La propuesta del servicio busca resolver los problemas del paciente y agregarle valor al mismo como individuo. Se debe comprender a cada paciente, teniendo en cuenta que todos son diferentes y buscan cosas diferentes.

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. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

Ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los pacientes e incluso sobrepasarlas, "Debo medir la calidad de mi servicio en forma realista".

Esto implica conocer las virtudes y defectos del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello debo establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio.

La calidad de atención médica es un problema muy complejo, que se origina por la interacción de numerosos factores relacionados con las seis áreas del modelo de evaluación propuesto.

En efecto, el paciente que sufre de un contexto una necesidad de atención médica, recibe los recursos que ofrece la institución a través de un proceso de atención. De la interacción de la oferta y los procesos surgen unos resultados o productos que se traducen finalmente en un impacto. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

Desde el punto de vista práctico, la calidad se puede evaluar utilizando los indicadores de impacto, que miden los cambios de riesgos de enfermar o morir, la satisfacción de los usuarios proveedores y el costo-beneficio.

Si los indicadores muestran cambios significativos en el tiempo, es posible asumir que la institución esta brindando una atención de buena calidad, presunción que se puede confirmar analizando los indicadores de las cinco áreas precedentes, los cuales mostraran que los atributos de la calidad se logran en las distintas dependencias y servicios (oportunidad, suficiencia, continuidad, racionalidad lógico-científica) .

Los planteamientos anteriores muestran que el modelo descrito no solo esta en capacidad de evaluar la calidad de la atención, sino también explicar el comportamiento de los factores que intervienen en los resultados de la evaluación, orientado, de esta manera, la toma de decisiones para el mejoramiento continuo

de la calidad. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

Los conceptos y principios del sistema de calidad en las normas se aplican a todo tipo de servicios de la salud. Los principios son los mismos, sin tener en cuenta la cantidad de empleados que esta tenga, lo que se busca es tener los mismos principios para llegar al mismo fin: ser rentable, subsistir, garantizar calidad, ganar clientes, ser competitivas y especialmente garantizar funcionamiento del sistema económico del país y los puestos de trabajo.

Para lograr la calidad requerida es necesario poner atención tanto en las relaciones con los clientes como en las relaciones interpersonales dentro de las instituciones de salud, de aquí nace el criterio de cliente interno y cliente externo.

Por lo tanto, para lograr globalmente la calidad requerida se considerarán y se tratarán las relaciones entre las personas dentro y fuera de la organización.

Dar satisfacción al cliente significa conocerlo, conocer sus expectativas, necesidades, gustos y preferencias, mediante un método acorde con las normas, ya sea el cliente interno y externo. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

La prestación del servicio, independientemente del tipo de empresa, también necesita estar definida en términos de características que, aunque no siempre son observables por el cliente, le afectan directamente. Tanto los requisitos de un servicio como la prestación del servicio en sí necesitan ser evaluados tomando como base criterios definidos de aceptación.

Las características del servicio y la prestación del servicio, pueden ser cuantitativas, es decir, medidas en unidades de tiempo, por número de llamadas, o cualitativas, es decir, aquellas en que la medida surge en comparación y que dependen de la forma de la evaluación. Las exigencias de servicio son detectables y medibles, por lo tanto evaluables y controlables. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

3.2.2 Componentes de la calidad del servicio.

- *Carácter tangible*: es el aspecto material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación.
- *Fiabilidad*: consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento.

- *Rapidez*: se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos.
- *Competencia*: del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña al profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio de manera de poder transmitirlos claramente al paciente y evitarle molestias y tramites innecesarios.
- *Cortesía*: expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.
- *Credibilidad*: es decir, honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.
- *Seguridad*: ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.
- *Accesibilidad*: que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

- *Comunicación:* se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.
- *Conocimiento del paciente:* se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contenerlo.

Todos los estudios recientes muestran que, el paciente es, cada vez más exigente; sin embargo, la percepción de la calidad varía de uno a otro paciente y no es la misma para el usuario que para el proveedor del servicio. Por otra parte, la calidad de un servicio se percibirá de forma diferente según sea nuevo o muy difundido.

La experiencia demuestra que de cada cien pacientes insatisfechos, sólo cuatro expresarían de forma espontánea y además, en caso de insatisfacción el paciente se lo contará a once personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a tres. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

La actitud del paciente con respecto a la calidad del servicio cambia a medida que va conociendo mejor al profesional y mejora su nivel de vida. Poco a poco, sus exigencias en cuanto a calidad aumentan para terminar deseando lo mejor.

Además, cuando un paciente valora la calidad de un servicio, no disocia sus componentes. Lo juzga como un todo, lo que prevalece es la impresión del conjunto, y por ello cuando existe algún defecto en un elemento de un servicio, el paciente tiende a generalizar los defectos a todo el servicio. Es esencial en toda política de calidad de servicio, alcanzar la mayor homogeneidad entre sus elementos. Por lo tanto se dice: "en materia de servicios, la calidad, o es total o no existe". (GOMEZ Patricia, 2000).

La Organización Mundial de la Salud tratando de abarcar la perspectiva de los distintos grupos involucrados (Clientes, Proveedores, Planificadores, Sanitaristas), define la calidad como: "La Calidad en la Atención en Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición."

La característica de la Atención en Salud difiere de la Industria (Productor - Consumidor) en dos importantes rasgos: Primero, la mayoría de los clientes carecen del conocimiento para juzgar técnicamente la calidad del Servicio de Salud que se le brinda; segundo, no sólo la satisfacción y la excelencia podrían

depender de la calidad del servicio, sino también la salud física, mental y algunas veces la vida misma.

3.2.3 Lineamientos de calidad en los servicios de la salud.

- Procurar llamar a los pacientes por su nombre.
- Elaborar el cuadro clínico de acuerdo a lo que el paciente dice: hacer preguntas concisas y claras que el paciente pueda entender, hacer un interrogatorio de forma tal que recabe la mayor información sobre los problemas de salud de los pacientes.
- Mirar a los pacientes a los ojos mientras ellos hablan.
- Hablarles siempre con la verdad.
- Explicarles claramente lo que se les va a realizar.
- Crear un ambiente de armonía y tranquilidad.
- Poner especial atención a las quejas de los pacientes.

- Dar seguimiento a cada caso.

La atención en salud es por lo general entendida como algo que los prestadores dan y los usuarios reciben, con poca capacidad para juzgar la conveniencia de aquello que han recibido. Los usuarios pueden y deben ser partícipes de la garantía de calidad porque orientan la decisión del curso de acción que más les conviene para sus objetivos personales; porque su colaboración es necesaria en la aplicación del tratamiento establecido, y es indispensable para lograr los beneficios requeridos de la atención; porque dan información sobre lo que les gusta o le desagrada durante el proceso de atención; y porque su comportamiento facilita o dificulta el buen funcionamiento de la organización o del sistema general .

Uno de los valores más importantes de los servicios de salud está en la dedicación y motivación interna de su recurso humano. Un usuario, y la sociedad en general, deben tener la plena confianza de que el trabajador de la salud está actuando dentro de los recursos disponibles en representación de sus intereses y de los de la comunidad. (GOMEZ Patricia, 2000).

Es necesario asegurar la viabilidad de la ética profesional en un sistema que enfatiza la competencia y dentro del cual las organizaciones pueden presionar a los profesionales de la salud para ejercer de tal forma que satisfagan los intereses

económicos de la institución. Debe así educarse al usuario para la calidad y la forma de hacerlo es informándolo adecuadamente.

3.2.4 Sistema de garantía de calidad en salud. El proceso de “garantía de calidad” en los servicios de salud, es un imperativo de ésta época en que la evolución tecnológica, los avances en la medicina y el desarrollo del talento humano en salud, hace que los administradores deban utilizar herramientas que les permita controlar en forma adecuada los procesos que a ellos han sido encomendados. (MALAGÓN, 2001). Galán y colaboradores, han desarrollado un modelo denominado DOPRI, el cual concibe, que para evaluar la calidad en materia de salud, es necesario tener en cuenta seis componentes: contexto, demanda, oferta o estructura, proceso, resultado o producto e impacto o efecto.

En la figura 2, se puede apreciar dicho esquema. Bajo esta concepción se definen los seis componentes, así:

Contexto: incluye fenómenos, circunstancias y elementos que constituyen el entorno o ambiente del Sistema de Salud. Incorpora las políticas internacionales, gubernamentales, sectoriales e institucionales, de cada entidad en particular

Demanda: dentro de este componente se analizan las características de los usuarios de los servicios, relacionadas con la edad, sexo, procedencia, nivel socioeconómico, ocupación, motivo de consulta y severidad del proceso patológico.

Oferta o estructura: estudia, la organización y funcionamiento de las instituciones de salud, así como los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros, incluidos en los sistemas de información vigentes.

Proceso: este componente, identifica plenamente la evaluación y monitoreo; por tanto, permite el ajuste periódico de los programas de salud establecidos. Puede definirse como la interrelación de los diferentes recursos, con las actividades intermedias y finales de la atención en salud.

Resultados o productos: evalúa cuantitativamente las actividades realizadas en períodos habitualmente de un año, relacionados por ejemplo con cirugías, partos, estudios de laboratorios, etc. En el campo preventivo, incorpora acciones relacionadas con educación en salud, inmunizaciones y saneamiento básico.

Impacto o efecto: evalúa aspectos tales como: la modificación del riesgo de enfermar, incapacitarse o morir de la población, el cumplimiento de actividades, programas, actividades o tareas previstas para el sector salud y los cambios de actitud de los usuarios, hacia los mismos servicios.

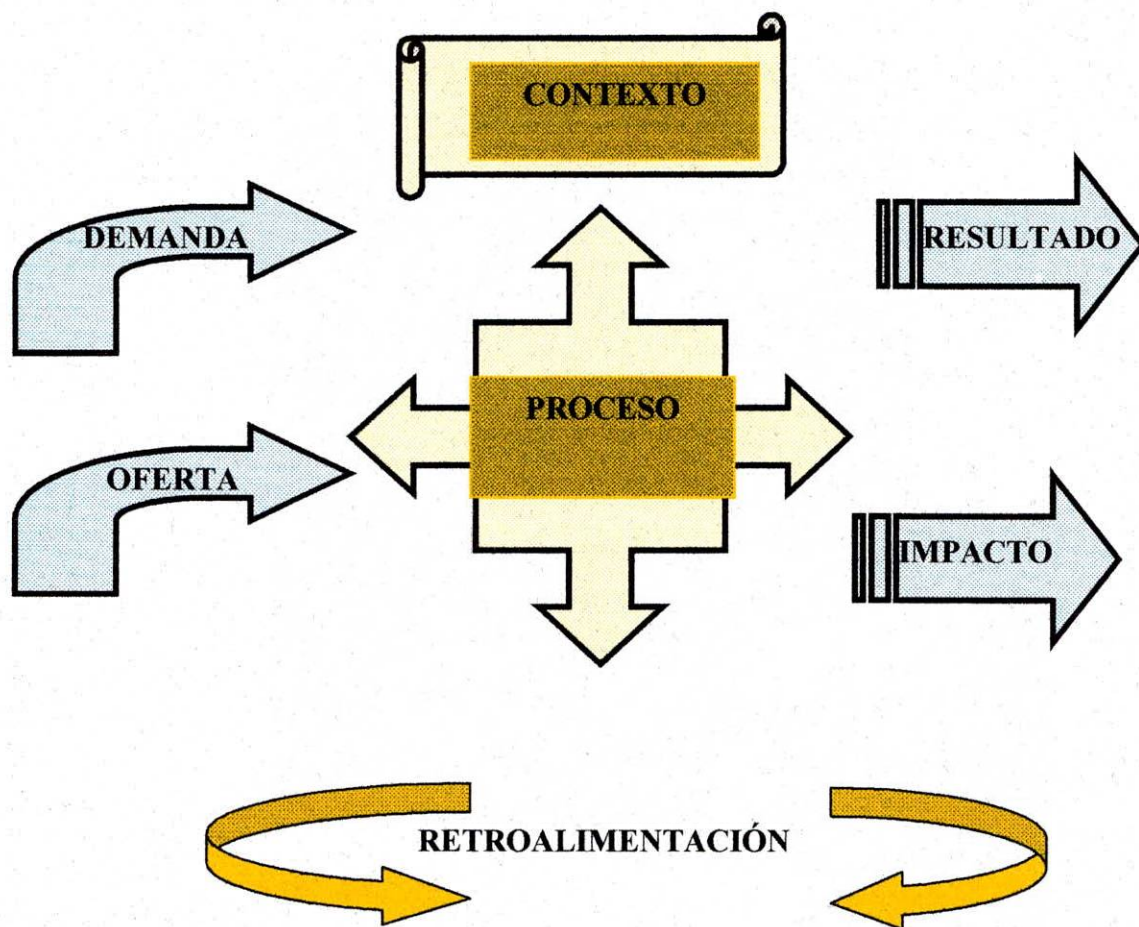


Figura 2. Modelo DOPRI

3.2.5 Sistema de garantía de calidad en Colombia. Se puede considerar la garantía de calidad en salud “como un proceso técnico –científico, administrativo y financiero, que busca asegurar una adecuada presentación de servicios de salud con un alto grado de utilización de los mismos, por parte de los usuarios del

sistema y con un excelente nivel de atención y clara percepción por parte de los proveedores de la calidad del servicio que ofrecen”. (GALÁN, MORERA, 2001).

La definición de calidad más aceptada en la actualidad, es la del doctor Avedis Donadebian, la persona más reconocida mundialmente en el tema. Se refiere a la calidad como una propiedad de la atención médica; que puede ser obtenida en diversos grados, y que se concreta así: lograr los mayores benéficos, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados ciertos recursos. Esta definición implica además una serie de factores a tener en cuenta para su evaluación en la trilogía estructura – proceso – resultado. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

Con base en esta definición, construir un sistema de calidad implica tener un conjunto de acciones sistemáticas, continuas y deliberadas, dirigidas a evitar, prevenir o resolver oportunamente situaciones que puedan afectar negativamente la obtención de los mayores beneficios posibles para los pacientes, con los menores riesgos.

El sistema de garantía de calidad debe cubrir el continuo de servicios de salud: promoción, autocuidado, prevención, salud comunitaria y atención en instalaciones generales y especializadas. Por ello debe incluir acciones coordinadas con todos los programas y con sus diferentes mecanismos de evaluación. También varios aspectos de la atención que deben estar presentes: calidad técnica, seguridad, eficiencia, servicio. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

Las estrategias de evaluación para garantía de calidad más conocida, son aquellas evaluaciones externas de prestadores de servicios: licenciamiento, certificación y acreditación de prestadores de servicios de salud. Todos estos instrumentos buscan definir unos estándares de lo que se considera calidad, lograr una evaluación objetiva de su cumplimiento y establecer un límite mínimo o bien un ideal superior que vaya jalonando el mejoramiento de los prestadores de servicios, sean personas o instituciones. También son muy utilizadas las evaluaciones por indicadores y la auditoria en salud. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000).

Lo que debe ser claro es que la evaluación en si misma no trae mejora de la calidad, requiere de acciones cuando se detectan las brechas o deficiencias frente a lo esperado. Ello implica revisar el diseño del sistema y los incentivos para lograr que opere como se desea, trabajar en gerencia de los procesos en las organizaciones de salud para que los resultados de la atención sean adecuados, analizar el conocimiento disponible y los mecanismos de difusión, y dar información a los usuarios, entre otros.

3.2.6 Qué quiere Colombia como garantía de calidad. Con la promulgación de la Ley 100/93 y el Decreto 2309 de 2002 se puso sobre la mesa el diseño de un sistema obligatorio de garantía de la calidad para Colombia, el cual se definió como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener

y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país; así mismo se establecieron cinco componentes básicos del sistema, así: el Sistema Único de Habilitación, La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, El Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad.

Los sistemas de acreditación han sido muy estudiados y son de preocupación de muchos países en el mundo, en 1997 la International Society for Quality Assurance, ISQUA, reunió 42 países para analizar los sistemas de acreditación, y para buscar estándares comunes. Se llegó a la conclusión de que no era posible el uso de estándares internacionales únicos, pero si se definieron algunos principios internacionales para los sistemas de acreditación y para los estándares, y se conformo una estructura federada de nombre ALPHA que reúne los entes acreditadores en salud, a nivel mundial. (CASTAÑO, 2003)

La reglamentación e instrumentos desarrollados por Colombia están dentro de las tendencias mundiales. De esta forma los principios definidos por ISQUA son pautas que sirven de guía para lograrlos.

Colombia debe ubicarse dentro de las corrientes mundiales y desarrollar la oportunidad que tiene para traer la mejor tecnología de calidad para el país; debe tomar decisiones beneficio costo, identificando qué tipo de evaluaciones tienen resultado o impacto en calidad y cuales entorpecen el funcionamiento de las instituciones. Finalmente, la sencillez a aplicabilidad debe guiar el desarrollo de

estos instrumentos. El país está en un momento único del cual con seguridad obtendrá muchos beneficios. (Centro de Gestión Hospitalaria, 2000)

3.3 EXPERIENCIAS DE CALIDAD EN INSTITUCIONES DE SALUD

3.3.1 Cómo se logra calidad en una IPS. La primera consideración, como ya se dijo, es la de que la calidad no está, incluida en la atención, ni se logra por inercia. Tampoco es un instrumento o un paquete que se compra o se instala y se desinstala, ni es suficiente el hecho de evaluar o el de tener la firme voluntad de mejorarla. Se requieren acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr calidad, y a ese conjunto de acciones se le denomina *Garantía de Calidad*.

Algunas de estas acciones son evaluaciones externas (como el cumplimiento de las condiciones de habilitación y el sistema único de acreditación), pero en las instituciones y sin presiones externas, los prestadores, cualquiera que sea su tamaño y su nivel de complejidad debe revisar a fondo su sistema de atención, en el cual subyacen los factores fundamentales de la buena o mala calidad.

Al pensar en las dimensiones técnicas de seguridad y costos, es necesario definir políticas, guía de atención, protocolos y estándares, mejorar la coordinación entre los diferentes profesionales y establecer mecanismos para realizar un monitoreo permanente al proceso de atención; de igual manera, se necesita revisar y redefinir procedimientos y hacer seguimiento para el correcto manejo de equipos,

medicamentos e insumos, asegurar la calidad y oportunidad de la historia clínica como mecanismo coordinador de la tensión; trabajar en bioseguridad y en asegurar la idoneidad del personal responsable del paciente revisar la forma de selección, evaluación, capacitación; actualización y definición de privilegios clínicos.

Al considerar la dimensión de servicio es necesario desarrollar mecanismos para conocer las expectativas de los usuarios, y cómo tenerlas en cuenta al realizar la atención; analizar el trato, la información recibida por el beneficiario y la facilidad de acceso, la oportunidad de respuesta, los tiempos de espera, las condiciones en que fue prestada la atención; el orden, aseo, comodidad y privacidad; considerar si existen mecanismos sistemáticos de capacitación al usuario para involucrarlo en las decisiones referentes a su propio cuidado.

De ésta forma, un sistema de garantía de calidad en una institución prestadora de servicios es el conjunto de acciones sistemáticas y continuas que realiza la entidad para lograr el mejor beneficio para su usuario, con el mismo riesgo, dados los recursos con que cuenta, y que le permite atender de manera confiable accesible, segura y en el tiempo oportuno sus necesidades.

3.3.2 Investigaciones sobre implementación de un Sistema de Garantía de la Calidad en las IPS. Para tener una visión más clara de los diferentes sistemas de garantía de la calidad implementados en algunas IPS de Bogotá y municipios de

Cundinamarca, se revisaron siete trabajos de grado realizados por los estudiantes del postgrado de Gerencia Hospitalaria de la Escuela de Administración de Negocios – EAN-, así:

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL, estudio realizado en la policía nacional del departamento de Cundinamarca por Báez Camacho Olga.

EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD DE LA CLÍNICA AFTA, realizado por Moreno, Susana en el año 1999. Se realizó la evaluación mediante la aplicación del modelo DOPRI.

EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CONTROL DE GESTIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN PREVIMEDIC LTDA EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ. Investigación en la cual se utilizó el modelo DOPRI, para evaluar la demanda, la oferta, los Procesos institucionales, los resultados e impacto de la prestación de los servicios en dicha entidad. Se evidenciaron fallas en el manejo de procesos administrativos.

DISEÑO Y APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CREAR SALUD S.A. realizado en la ciudad de Bogotá por Gutiérrez Suárez Luz Helena en el año 1999. Se utilizó para este fin el modelo propuesto

por Galán Morera, denominado modelo DOPRI, donde se evidencia la falta de implementación de procesos de auditoria de los servicios.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y LABORATORIO CLÍNICO EN LA IPS “DAR SALUD 2000”, realizado por Gutiérrez Zambrano Diva, en la ciudad de Bogotá. En esta investigación también se evaluó la calidad mediante el modelo DOPRI.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD EN EL CENTRO ODONTOLÓGICO DEL DISPENSARIO NORTE MEDIANTE LA APLICACIÓN DE PLANTILLAS DOPRI. Realizado en el municipio de Cuya, Boyacá por la investigadora Camargo Moreno Astrid en el año de 1999, mediante la implementación del modelo DOPRI.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA EN EL CENTRO DE SALUD LA CALERA MEDIANTE UN ANÁLISIS DOPRI. Realizado por Cortés Torres, María Mercedes en el municipio de la Calera – Cundinamarca en el año 2000. Con la realización de esta investigación se implementó por primera vez un análisis del proceso de atención en odontología del centro de salud la Calera, aplicando el modelo de evaluación DOPRI.

4. DISCUSIÓN

Los resultados alcanzados revelaron la imperiosa necesidad en cuanto a que la calidad es un componente insustituible en la dinámica competitiva de las organizaciones prestadoras de servicios de salud en la perspectiva de enfrentar la turbulencia y el caos que lleva inmerso los cambios de la época en los modelos de atención de salud; por consiguiente, no sólo se necesita cumplir con los requisitos establecidos por el nuevo orden legal, sino trascender más allá de las necesidades y expectativas del cliente. Estos resultados también ponen en evidencia que la calidad ya no es una estrategia para competir, sino un prerrequisito insustituible para poder sobresalir con propiedad y con éxito.

Por todo lo anterior, la calidad es hoy condición sine quanon para las organizaciones sobrevivir, crecer y obtener utilidades. De igual manera, ninguna organización puede agregar valor a sus productos y servicios en ausencia de la calidad en sus procesos.

5. CONCLUSIONES

- ✓ La calidad de un servicio se juzga como un todo, sin disociar sus componentes. Prevalece la impresión de conjunto y no el éxito relativo de una u otra acción.
- ✓ En un producto o un servicio lo que juega es la satisfacción del cliente
- ✓ Para mejorar y mantener la calidad de los productos o servicios, es necesario establecer un sistema de aseguramiento de calidad, como etapa fundamental en el avance hacía la calidad total.
- ✓ La calidad en salud, conlleva a un compromiso de toda la organización y se construye a base de motivación y esfuerzo constante de todo el equipo humano.

6. RECOMENDACIONES

- ✓ Se hace necesario continuar profundizando en el tema de la calidad de la atención en salud y especialmente en lo referente al sistema único de acreditación para los prestadores de servicios de salud.

- ✓ Se recomienda adelantar estudios específicos de las características e indicadores para medir la calidad en las Instituciones prestadoras de servicios de salud, con el propósito de profundizar en la línea de investigación de gerencia de servicios de salud y competitividad en el SGSSS.

BIBLIOGRAFIA

ALARID HJ. *Filosofía de la calidad*. OPS. Washington D.C. 1997

ARROYO, José Luis. Evolución histórica del concepto de calidad. <http://www.gestiopolis.com>. 2001; p 1-7

ASOREY, Graciela. La calidad del servicio profesional de salud. <http://www.calidadensalud.com> 2000; p 1-5

BAEZ C., Olga. Evaluación de la calidad de un subsistema de salud de la Policía Nacional. EAN. Bogotá 2000

BERNAL, Cesar A. Metodología de la investigación para administración y economía. Edit. Prentice Hall. Bogotá, 2000; 119-121

BERRY L. *Un buen servicio ya no basta. Cuatro principios del servicio excepcional al cliente*. Grupo editorial Norma. Bogotá, 1997

CAMACHO M., Astrid. Evaluación de la calidad de la atención en salud en el centro odontológico Dispensario Norte y propuesta de un programa de garantía de la calidad. EAN. Bogotá, 1999

CARDONA O., LINEROS R. Estrategias del servicio. EAN. Bogotá, 2002; p 32

CARLZON J. *El momento de la verdad*. Ediciones Diaz Santos, S.A. Bogotá D.C., 1991

CASTAÑO Y., Ramón. Cómo medir la calidad. Revista Vía Salud, Vol. 1. Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá, 1998; p 7

CASTAÑO, Ramón. Cómo medir calidad. Revista Vía salud. Vol. 2. Bogotá, 2003; p 6

Concepto de calidad. <http://www.calidad.org>. 2000; p 1-4

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Constitución Política. 1991

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 9 de 1979; art. 155, 241. Cap. IV

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 10 de 1990.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100/1993; art. 153

CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 715 de 2001 de 1993

CORTÉZ, María Mercedes. Evaluación de la calidad de la atención en el servicio de odontología en el Centro de Salud la Calera. EAN. Bogotá, 1999.

CROSBY BP. *Calidad sin lágrimas*. Décima reimpresión. México, 1986.

CROSBY BP. *Reflexiones sobre la calidad*. Mc Graw Hill. México, 1996

CUERVO, Diego. La evolución de la calidad total en una entidad de salud. Revista Management. No. 13. Bogotá 2000; p 105-115

CHIAS, Josephe. El mercado son personas. Editorial Mc. Graw Hill. Bogotá, 1999; p 16-17

DE LEÓN P. *Guía para el mejoramiento de una institución de salud*. Serie GEHOS No. 1. Bogotá, 1992

DELGADO F., Mercedes. Calidad e innovación tecnológica en salud. Revista Dirección y Organización. No. 19. Bogotá, 1998; p 125-132

DEMING WE. *It does work*. Quality. Vol.19 Issue 8. 1980.

DE MORAES NOVAES H. *Programa de garantía de la calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el caribe*. En Salud Pública de México. Vol. 35 No. 3, 1993.

DONAVEDIAN, Avedis. Evaluación de la atención al paciente. OPS, 1970. Serie GEHOS. Guía para el mejoramiento de un hospital. Bogotá, 1992.

DONAVEDIAN, Avedis. Prioridades para el proceso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. Universidad de Michigan. México, 1993

DONAVEDIAN, A. *La dimensión internacional de la evaluación de la garantía de la calidad*. Salud Pública. México, 1990. No. 32; p 113-117.

EAN. Evaluación de los sistemas de calidad de gestión en PREVIMEDIC LTDA. Bogotá, 1999

ESPARRAGOZA, Alberto. Sistemas de calidad total y costos asociados en la calidad.

- ESPINEL F., HIGUERA A, PAEZ F. Situación de garantía de la calidad-salud II. EAN. Bogotá, 1997.
- FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN. <http://www.calidadensalud.com>. 2000
- GALÁN MORERA, Ricardo. Evaluación integral. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana. Primera edición, Bogotá 1996.
- Glosario General. <http://www.expert-caspe.demon.co.uk>. 2001; p 1-17
- GÓMEZ De León, Patricia. Calidad en salud. Revista Vía Salud. Vol. 1. Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá, junio 1997; p 4
- GUTIERREZ Z., Diva. Evaluación de la atención de los servicios de salud de la IPS DAR SALUD 2000. EAN. Bogotá, 2000
- GUTIERREZ S., Luz Helena. Diseño y aplicación del programa de garantía de la calidad de atención en la institución prestadora de servicios de salud CREAM SALUD S.A. EAN. Bogotá 2000.
- GOBERNACIÓN DE CUNDINAMARCA. Garantía de Calidad. 1998; p 15.
- ICONTEC- ISO 9000, ISO 9001, ISO 9002, ISO 9003, ISO 9004. *Gestión de calidad y elementos del sistema de calidad*. Instituto Colombiano de Normas Técnicas. Bogotá D.C. 1992
- ISHIKAWA, Kaoru. ¿Qué es control de calidad?, la modalidad japonesa. Editorial Norma. Colombia 1993; p 11-19,39-45, 83-88
- JARAMILLO, Iván. El futuro de la Salud en Colombia. Edit. FESCOL, 4ta. Edición. Bogotá 1999
- JOHNSON, Mike. La batalla por el talento empresarial. Edit. Prentice Hall. Madrid, 2001;p76-77
- JURAN, J.M. y GRZYNA F.M. Análisis y planeación de la calidad. Edit. Mc Graw Hill. 3a. edición. México,1996
- JURAN, J.M. Juran y el liderazgo para la calidad. Un manual para directivos. Editorial Diaz de Santos. 1990
- JURAN, J.M. Historia de la calidad: *Juran's Quality control Handboock*, 4ª. Ed. Mc Graw Hill Boock Company, Nueva Cork, 1988; p 35

- LENNIS R., Roberto. Calidad y servicio. Revista Empresarial y Laboral. No. 45. Bogotá 2002; p 36-37
- MALAGÓN G., MORERA R., y LAVERDE G. Administración Hospitalaria. Editorial Médica Panamericana, 2da. Edición. Bogotá 2002; p 546, 560
- MALAGÓN G., MORERA R., y LAVERDE G. Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana. Bogotá 2001; p 17-21, 27-30, 37-44
- MALAGON G. *Calidad en la atención en salud*. Editorial Médica Panamericana. Bogotá. 1999
- MINISTERIO DE SALUD. Decreto 2309 de 2002
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución 01439 de 2002
- MINISTERIO DE SALUD. Resolución 01474 de 2002
- MORENO, Susana. Evaluación Integral de la calidad en la clínica AFTA. EAN. Bogotá, 1999
- MOTA, Oscar M. Planeación en calidad. <http://www.gerenciasalud.com>. México, 2003; p 1-5
- PALMER, R.H. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y prácticas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1989
- OMS/OPS. *La garantía de la calidad. Acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe*. Federación Latinoamericana de Hospitales. 1992
- OTERO M., Jaime. Avedis Donadebian y la calidad de la atención en salud. <http://www.expert.com>. 2001; p 1-7
- OTERO, Jaime. El Dr. Karou Isikawa: padre de la calidad total. <http://www.gerenciasalud.com>. Perú, 2003; 1-4
- OTERO, Jaime. Qué es calidad en salud. <http://www.gerenciasalud.com>. Perú, 2000; p 1-4
- POLIT, D. y HUNGLER B. Investigación científica en las ciencias de la salud. Edit. Mac Graw Hill. México, 1999.
- SILICEO, A., CASARES D., y GONZÁLEZ J.L. Liderazgo, Valores y Cultura Organizacional. Edit. Mc Graw Hill. México, 1999; p 10

SILVA, Omar. Evaluación del sistema de control de gestión y garantía de la calidad PREVIMEDIC LTDA. EAN. Bogotá, 1999

TRIBIÑO, C.J. *Calidad de la atención a los usuarios de los servicios públicos domiciliarios*. Editorial biblioteca jurídica Dike. Bogotá, 1995

URGATECHE L., Jorge. Cambio de actitudes y la calidad en servicios de salud.

VERHEGGEN, Frank y HARTELON, Peter. La calidad de servicio en la atención en salud. *Revista Salud Pública*. Vol 35, No. 3. México, 1993

WHITELEY R y HESSAN D. *Integración cliente – empresa*. Prentice Hall Hispanoamericana, S.A. México, 1996.