

---

# **La calidad de la atención en salud**

---

**Dra. Rosa María González Ramos  
Dra. Miralis Fernández Pratts  
Dra. Ma. de la Caridad B. González Longoria  
Dra. Concepción Castro Bernal  
Dra. Esther Vaillard Jiménez  
Dra. Gloria Lezama Flores  
Dr. Rosendo Carrasco Gutiérrez**

La calidad de la atención médica ha sido definida de diversas maneras, dependiendo quizás del contexto concreto en que el término quiera emplearse.

Siempre se ha considerado que definir calidad es muy difícil, como han señalado diferentes autores, entre ellos Voury y De Geyndt, e incluso el propio Avedis Donabedian, quien señaló lo ardua que resultaba esta tarea y reconoció que al existir ambigüedades sobre el concepto de calidad, era percibida y definida de formas diferentes, por esta razón en la literatura aparecen algunas definiciones teóricas, difíciles de aplicar en la práctica.

Este último autor propuso comenzar por lo obvio: *“la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables”*.

Esto indica que la variabilidad es un concepto muy importante y por ello se tendrá en cuenta al medir o evaluar la calidad, lo que quiere decir, por ejemplo, que la excelencia debe transitar por la calidad y el control de calidad.

Para algunos la calidad significa mérito o excelencia, pero otros piensan que puede tener diversas interpretaciones y por tanto requiere de establecer los requisitos, y otros plantean que es una meta difícil de alcanzar en la realidad. Algunas definiciones consideran la calidad como concepto clave para la salud y la definen incluyendo varios aspectos, como la de Gilmore y Moraes que es la siguiente:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgo para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

La economía define la calidad de la producción como, el conjunto de propiedades de un producto (puede ser un servicio) que condiciona su utilidad para satisfacer determinadas necesidades productivas y personales, con arreglo a la finalidad del mismo.

Lo más inobjetable para una definición es que la misma tenga un sentido operacional, es decir, que sea aplicable a la práctica.

Para otros investigadores calidad significa conformidad con las normas, sin embargo, esta definición, aunque importante, hace referencia al proceso de atención donde están los factores causales o conjunto de normas, pero no considera los resultados o efectos que es por donde se debe medir la calidad.

Siempre se consideró que la calidad la determinaba el productor o dueño, pero hoy día se acepta de modo creciente que la calidad la define el cliente, a quien se le denomina “el rey” y, por tanto, se considera que los objetivos fundamentales de la calidad y su control deben estar dirigidos a satisfacer sus necesidades.

Tomando en cuenta el criterio actual sobre el enfoque de que el cliente es quien determina la calidad, su concepto se ha modificado. Dando la definición de que la calidad significa el cumplimiento de los requisitos del cliente.

Es importante señalar que los requisitos de algunos clientes tienen una tendencia al incremento de las exigencias, lo que puede resultar complicado, pero esto debe ser ajustado y actualizado periódicamente. Lo anterior se corresponde con la necesidad de revisar las normas, los procedimientos y reglamentos, los cuales deben ser analizados cada cierto tiempo, si se pretende trabajar seriamente.

Existen otras propuestas como la de Vanormelingen, que expresa que la calidad es la satisfacción de las necesidades de los usuarios, con soluciones técnicamente óptimas, o como la de Zeithmal: que define la calidad de un servicio como la discrepancia entre las expectativas y las percepciones de los usuarios.

Juran considera que las definiciones actuales son muy reducidas y lo dejan insatisfecho. Ishikawa, por su parte, considera que estas definiciones mencionan solo los requisitos del cliente, o efectos, que denomina calidad real, pero plantea que también es importante tener en cuenta la calidad sustituta o factores que están en el proceso, y que la determinan.

Se han propuesto muchas otras definiciones, pero varios autores plantean que no captan todo lo que se necesita para comprenderlas plenamente y todavía no están totalmente claras, además, consideran que las definiciones cambian con el transcurso del tiempo y con las diferentes facetas de la actividad humana.

Todo indica que aún no existe una definición aceptada universalmente, pero es necesario contar con alguna que nos sirva como guía para el estudio de la calidad. Quizás pudiera aceptarse una de las expuestas anteriormente, no obstante, debemos tener en cuenta que en la calidad de la atención de salud existen varias consideraciones de importancia, que la diferencian de la calidad de la producción material e incluso de otros servicios.

Un aspecto a destacar es que el producto o resultado de la atención de salud no está en un objeto, sino intrínsecamente unido a las personas que reciben

la atención, por tanto, estas personas, junto al profesional de salud, deben tener una participación muy activa durante el proceso de atención y también en la solución de los problemas de salud, lo que en ética se conoce como autonomía e integridad, nada parecido a la producción material.

Además, hay que tener en cuenta que existen normas, procedimientos e indicadores de calidad, que por constituir aspectos científicos y técnicos, no son percibidos por quien recibe los servicios de salud y, por tanto, no los puede valorar o calificar. Es por ello que en el caso de los servicios de atención de salud, los responsables, profesionales y trabajadores, que los brindan como proveedores, tienen la obligación de mantener una vigilancia de los incumplimientos de normas y estar muy atentos a los resultados, para identificar los defectos de elementos técnicos. Por ejemplo:

- No cumplir las normas de asepsia puede tener como resultado infecciones institucionales, con graves efectos en las personas y, además, para el sistema.
- El error médico puede llevar a serias complicaciones e incluso al peligro para la vida de las personas.
- Aplicar un procedimiento no justificado, además de las consecuencias de incomodidad, emocionales e incluso administrativas, pone en peligro la salud de los individuos.

Como se planteó anteriormente, se debe tener una definición que se acerque a las características de calidad en la atención de salud, por lo que, tomando como punto de partida las definiciones mencionadas, se propone que se amplíe de la siguiente forma: existe calidad en la atención de salud cuando los resultados o efectos de este proceso satisfacen los requisitos de los clientes externos e internos y, además, cumplen las normas, procedimientos y reglamentos institucionales y del sistema.

**En la atención estomatológica se puede declarar que existe calidad de la atención cuando se logra cambiar el estado de salud bucal de la población, satisfaciendo sus necesidades con el uso de la tecnología apropiada y además satisfaciendo las necesidades de los que brindan el servicio de salud.**

¿A quién beneficia la calidad óptima de un servicio?, pues beneficiará tanto a los clientes como los trabajadores, más población deseará utilizar los servicios, se logrará mejorar la imagen de las instituciones en la prestación de servicios de buena Calidad, se recaudarán mayores ingresos para invertir en las instalaciones y mejorar mucho más la atención. De modo que la

calidad beneficia a la comunidad, a los pacientes, a los propios trabajadores y en sentido más amplio a la institución.

Uno de los líderes en ésta materia fue Avedis Donabedian que nació en Beirut, Líbano, el día 7 de Junio de 1919 y vivió en un pueblo árabe al norte de Jerusalén. Estudió Medicina en la Universidad Americana de Beirut y en 1953 se trasladó a los Estados Unidos para estudiar Salud Pública en Harvard. Obtuvo una Maestría en Salud Pública en 1955. En 1961 se convirtió en Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, en donde desarrolló la parte medular de su trabajo. Falleció el 9 de Noviembre del año 2000. Es conocido como fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad. A pesar de que se habla de diversos modelos y metodologías para mejorar la calidad, lo más efectivo continúa siendo la determinación de los líderes y responsables de conducir los servicios. Es importante resaltar que con su determinación conceptual y convencido de la validez de sus postulados, dijo Avedis Donabedian en 1996: *“Cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”*.

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

Donabedian diseñó el concepto de calidad y comenzó por evaluar las relaciones entre cantidad y calidad de la atención, beneficios y riesgos, calidad técnica y calidad interpersonal, calidad individual y calidad social. Considera que no es posible dar una sola definición de calidad que abarque todos los aspectos. No obstante, si se entiende la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología al manejo de un problema personal de salud, la calidad puede entenderse como:

*“El tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos”*.

Según el propio Donabedian, quizás sea útil decir que la calidad es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables. De esto se desprende que, una evaluación de la calidad es un juicio emitido sobre un caso específico de atención médica que tiene dicha propiedad y de ser así, en qué medida.

Plantea que es el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud, es decir, se refiere a los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas, además del énfasis usual en los aspectos físicos y psicológicos que comprenden también actividades del paciente, conocimientos de salud adquiridos por él y cambios conductuales relacionados con la salud.

En Cuba, implícitos en las diversas definiciones, se encuentran los objetivos de la calidad de la atención que son: buen desempeño profesional; uso eficiente de los recursos; garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.

El concepto de Calidad tiene diferentes significados según provenga de diferentes personas. La calidad puede significar o estar relacionada con la durabilidad del producto, el precio correcto, servicio oportuno, disponibilidad del servicio, buena aceptación, relación amigable, cumplimiento de estándares altos, satisfacción de las necesidades, etc.

Por tanto la calidad de la atención o calidad asistencial: Es el conjunto de actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas prestaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida.

*Calidad en Salud* no significa atención exclusiva o sofisticada, pero sí está relacionada con la satisfacción total de necesidades de aquellos que más necesitan el servicio, al menor costo de la organización y dentro de los límites fijados por las autoridades superiores.

En la definición anterior, se pueden resaltar tres elementos importantes: Equidad, Eficiencia y Efectividad.

- El primero el concepto de equidad (aquellos que más lo necesitan), teniendo en cuenta que muchas veces los grupos más vulnerables son los que reciben la peor atención de calidad.
  - El segundo aspecto fundamental es el concepto de eficiencia (al menor costo de la organización), esto es lograr los objetivos con el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Los efectos o resultados finales obtenidos en relación con el esfuerzo realizado en términos de dinero, recursos y tiempo.
- Jaramillo señala que *"debe considerarse la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado"*.
- Eficacia cuando las acciones que realizamos

sobre los pacientes nos permiten obtener los resultados esperados o deseados es decir; es el efecto de una acción.

- La efectividad es la medida del impacto de un procedimiento, contempla el nivel con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados y al grado en que la atención para el paciente es coordinada entre los médicos, instituciones y en el tiempo, es un atributo que solo puede evaluarse en la práctica real de la medicina.

En la eficiencia se consideran los gastos y costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzadas. En este contexto se trata de tres conceptos interrelacionados y que solo pueden alcanzarse de forma escalonada. No se concibe eficiencia sin efectividad y ésta pierde sentido sin eficacia. De igual manera antes de introducir una intervención sanitaria cualquiera en la práctica primero debe evaluarse su eficacia; luego su efectividad y, cumplidas aceptablemente estas dos cualidades, entonces se debería buscar la eficiencia.

Un sistema de salud se considera eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con un uso mínimo de recursos. Lograr eficiencia en salud, significa también alcanzar los mejores resultados con los recursos disponibles, que, como se conoce, son limitados.

Desde el comienzo del siglo, tanto en el sector industrial, como en el que nos ocupa (Salud) se han empleado instrumentos, elaborado conceptos y realizado consideraciones acerca de la medición de la calidad.

En 1993 la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Europa y las autoridades sanitarias danesas formularon una propuesta a favor del mejoramiento continuo de la calidad de la atención sanitaria que abarcaba lo siguiente:

- Una definición de la calidad y de los principales componentes de la atención sanitaria.
- Una descripción de los principios básicos del mejoramiento continuo de la calidad.
- La identificación de los principales protagonistas, de las responsabilidades y de las actividades en todos los niveles del sistema de atención sanitaria de un país.

A partir de aquí se ha considerado que una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por lo siguiente:

- Alto grado de competencia profesional.
- Eficiencia en la utilización de los recursos.

- Garantía de riesgo mínimo para los pacientes.
- Garantía de efecto favorable sobre la Salud.

## Dimensiones de la calidad

Siempre que se analice la calidad deben de tratarse los atributos o las dimensiones fundamentales de la calidad, estas son diferentes categorías en que la atención de calidad puede abordarse. Las dimensiones de calidad son: accesibilidad (geográfica, económica, organizacional, lingüística, física), aceptación social, relacionado con necesidades, efectividad, equidad, eficiencia. (Maxwell, 1986). El enfoque de calidad puede mirar a cualquiera de las dimensiones en forma separada o puede mirar a todas ellas en conjunto.

Existe una diversidad de dimensiones de la calidad de atención, según diversos esquemas o investigadores del tema:

- Palmer (1983) considera las siguientes dimensiones:
  - Competencia Profesional.
  - Accesibilidad.
  - Aceptabilidad y satisfacción.
  - Efectividad.
  - Eficiencia.
- Programa (1990):
  - Calidad científico-técnica.
  - Accesibilidad.
  - Satisfacción.
- Vuori (componentes) (1982):
  - Calidad científico-técnica.
  - Efectividad.
  - Eficiencia.
  - Adecuación.
- Joint Comm (1990):
  - Accesibilidad.
  - Aceptabilidad.
  - Efectividad.
  - Eficiencia.
  - Adecuación.
  - Continuidad.
  - Eficacia.
- Barbara Starfield (1990):
  - Accesibilidad.
  - Coordinación.
  - Longitudinalidad.
  - Globalidad.
- SERVQUAL (1990):

- Elementos tangibles.
- Fiabilidad.
- Capacidad de respuesta.
- Seguridad.
- Empatía.

Los atributos o componentes de la calidad que aparecen más frecuentemente en la literatura son: eficiencia, efectividad, calidad científico técnica (competencia y desempeño profesional), accesibilidad y satisfacción o aceptabilidad del usuario. Por la importancia que reviste el significado de algunos de los atributos se definirán algunos de ellos. Ya se trataron anteriormente los términos de eficiencia, eficacia y efectividad otros son:

**Adecuación:** Es la relación entre la cantidad de servicios disponibles y la necesidad de ellos.

**Accesibilidad:** Los servicios son utilizados por quienes lo necesitan.

**Calidad científico-técnica:** Es el grado de aplicación de los conocimientos y tecnologías mas actuales.

**Calidad experimentada o percibida:** Los servicios satisfacen las necesidades y las expectativas de los usuarios.

## Gerencia de la calidad

Otro aspecto importante al estudiar la calidad es la gerencia de calidad, es considerada como la provisión de técnicas y herramientas para mejorar la calidad de todo el sistema, cuyo propósito es mantener de manera continua los valores, la participación y empoderamiento de los usuarios, y se promueva la innovación y la creatividad.

Al estudiar la calidad se debe analizar con enfoque de sistema, constituido por el conjunto formado por la estructura organizacional, los procedimientos, procesos y recursos (materiales, de personal u otros) necesarios para implementar la gerencia de calidad, y el resultado obtenido. 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.

La gerencia de calidad constituye una filosofía de trabajo y una preocupación diaria de todos los miembros de la empresa. Implica una actividad proactiva que incorpora el control, el aseguramiento, el perfeccionamiento y el planeamiento como un conjunto de actividades de carácter administrativo dirigidas a la obtención de determinados niveles de calidad por parte de la organización.

En la actualidad la gerencia de calidad en los servicios de salud busca el logro de:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Utilización de los recursos locales.
- Racionalización de los servicios.
- Un mínimo de riesgo para los usuarios.
- Un alto grado de satisfacción por parte de los usuarios.
- Impacto final en la salud.
- Máxima accesibilidad y equidad.
- Integración de la población.
- Cooperación intersectorial e interinstitucional.

J. M. Juran contempla tres componentes esenciales en el sistema de calidad que son el control, el perfeccionamiento de la calidad y el planeamiento. Considera como un solo componente en el sistema a los subsistemas de control y aseguramiento de la calidad.

El propósito de los procedimientos de control de calidad es detectar problemas potenciales.

Algunos autores hacen una diferencia entre el control administrativo y el control de calidad. El control administrativo se utiliza en las tareas día-día, como la forma de garantizar que las actividades se ajusten a las proyectadas o acordadas, para así poder medir la eficacia del desempeño y, en el caso de existir incumplimientos, corregirlos.

El control administrativo es sustancialmente diferente al procedimiento del control de calidad porque en este último se emplean métodos y técnicas para estudiar los problemas o defectos de calidad y de encontrar las causas que los originan, lo que permite proponer y aplicar soluciones idóneas.

El control de calidad es la actividad que periódicamente se dirige a conocer las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, ésta es monitorizada (medida), los resultados estudiados, de manera que sus diferencias (con lo esperado) puedan ser corregidas.

Consiste en la constatación del grado de aproximación existente entre los atributos de calidad que poseen los productos y servicios y los establecidos en la planificación. Su objetivo no es otro que la verificación del grado en que se alcanzan los objetivos de calidad.

El término control de la calidad resulta un tanto conflictivo. En primer lugar, porque la palabra control en los países latinos, y en España de forma especial, tiene un contenido coercitivo, que no posee en los paí-

ses anglosajones, y al aplicarlo para la calidad, ésta connotación transfigura una actividad directiva de carácter positivo, que pretende la mejora permanente, en una función inspectora con mayor peso en los aspectos negativos, que pretende prohibir hacer las cosas mal, antes que obligar a hacerlas bien, como está determinado. En segundo, porque se confunde la tarea directiva del control, con la función de supervisión.

Componentes del control:

- 1.Comparación de la realidad con lo que debería ser.
- 2.Investigación de las causas que motivan las desviaciones entre lo que debería ser y la realidad.
- 3.Toma de medidas, puesta en marcha de acciones, encaminadas a corregir las desviaciones entre la realidad y lo que debería ser.

Se trata, por lo tanto, de un control de la gestión, de cómo y hasta qué punto se logra lo que se pretende. Además, se exige la determinación previa de lo que debe ser, lo que se pretende lograr. Esto último implica la elaboración de un plan de acción.

Es necesario señalar que las acciones encaminadas a corregir las desviaciones entre la realidad lograda y la deseable, pueden referirse no sólo a intentos de mejora de la eficacia y la efectividad, sino a introducir modificaciones en lo que se desea lograr.

El verdadero control de calidad tiene definido de antemano el prototipo que desea lograr (el objetivo), los valores normalizados que definen los atributos de calidad de tal prototipo y las unidades de medida que deben utilizarse para comparar la realidad con el prototipo.

La gestión de calidad se fundamenta en la retroalimentación al cliente sobre la satisfacción o frustración de los momentos de verdad propios del ciclo de servicio. En los casos de deficiencias en la calidad, son críticas las acciones para recuperar la confianza y resarcir los perjuicios ocasionados por los fallos. El prestigio y la imagen de la empresa se mantendrán debido al correcto y eficaz seguimiento que se haga de los posibles fallos que se den en el servicio, hasta cerciorarse de la plena satisfacción del cliente afectado. Inclusive debe intervenir forzosamente la dirección general para evitar cualquier suspicacia del cliente. Esto inspirará confianza en los clientes y servirá de ejemplo a todo el personal para demostrar la importancia que tiene la calidad en todo lo que hacemos.

Para una necesaria acción coordinada en la solución de cualquier problema de salud, o en tareas complejas como el control de calidad, podemos citar, a

modo de ejemplo, el establecimiento de relaciones horizontales idóneas con la creación de los comités interfuncionales, ya que en la práctica ha sido imposible modificarlas estructuralmente. Otra experiencia son los círculos de control de calidad. Los círculos del control de calidad surgieron en Japón, en 1962, y diez años más tarde en otros lugares del mundo, casi siempre en países asiáticos, lo que trajo como consecuencia que se justificara decir que tenían que ver con la cultura, la escritura con caracteres jeroglíficos e ideográficos (kanji), la religión y las tradiciones de esas naciones.

Los sistemas de aseguramiento de la calidad son sistemas creados con el objetivo de garantizar que los productos y los servicios que ofrecen las organizaciones cumplan con los requerimientos planteados por los clientes y deben proveer evidencias de que son capaces de lograrlo.

Constituyen un sistema de monitoreo o vigilancia que mediante el análisis del comportamiento de un conjunto de indicadores, así como de sus valores y niveles de tolerancia determina si los resultados parciales o finales obtenidos corresponden con los exigidos.

El aseguramiento de la calidad es el proceso y subprocesos de planificación para la calidad. Incluye el desarrollo del objetivo y visión de la calidad, la fijación de estándares, la elaboración de indicadores, la recolección de información para monitorear el cumplimiento de los estándares, la identificación de dificultades y la aplicación de soluciones.

Monitorear los valores de un conjunto específico de variables de interés para evaluar el rendimiento de un proceso en general, se hace con el objetivo de garantizar el cumplimiento de los requerimientos de calidad exigidos por los clientes, así como para detectar cuando, dónde y por qué ocurren determinados problemas (brechas entre la realidad y el ideal).

El control de calidad proporciona valores de calidad analítica intrínsecas al producto. Sin embargo, el aseguramiento de la calidad vigila el comportamiento de variables que permiten valorar al proceso como un todo. Por ejemplo, el tiempo que debe esperar un usuario para recibir un servicio o producto es una variable extremadamente importante que debe ser monitoreada de forma cuidadosa.

En cuanto al control y el aseguramiento de la calidad, resulta esencial conocer cuáles son los atributos o características que se van a analizar y monitorear, y cuáles los valores ideales que se requiere que éstos posean como parámetros contra los cuales comparar

los valores reales observados; si los cambios en los procesos conducen al perfeccionamiento o si las actividades previenen la ocurrencia de problemas.

El subsistema que, en general, conforma el control y el aseguramiento de la calidad, constituye un enlace vital entre la producción y la prestación de los servicios y la dirección de la organización; es un sistema de vigilancia que permite monitorear y retroalimentar a esta última acerca del comportamiento de los primeros.

Una organización como tal debe mantener un sistema de vigilancia que trabaje en dos vertientes: una, interna, que monitoree cómo se producen o se prestan los servicios, es decir, que controle como éstos cumplen con los requerimientos de los clientes y las especificaciones de su suministro; y otra, externa, que chequea cómo cambia el medio en el que la institución desarrolla su actividad, los nuevos conocimientos y tecnologías disponibles, las nuevas exigencias o necesidades de los clientes, los nuevos competidores y otros factores.

C. C. Wright y D. Whittington plantean que el aseguramiento de la calidad atraviesa por cuatro momentos fundamentales:

1. Establecimiento de normas (metodológicas, de desempeño u otras).
2. La evaluación de los resultados (mediante la comparación entre los resultados reales y esperados).
3. El perfeccionamiento y planeamiento (que incluye el análisis de las causas, la propuesta de soluciones, su evaluación y selección).
4. La implementación de las soluciones seleccionadas, de manera que consideren el aseguramiento de la calidad como un solo proceso que engloba el control, el perfeccionamiento y el planeamiento.

Para lograr asegurar la buena calidad de la atención es necesario tener bajo vigilancia el entorno cambiante donde se desarrolla la institución y para ello hay que monitorear de forma permanente el mismo.

Las oportunidades de mejorar procesos son constantes, la percepción de malos funcionamientos, y "cuellos de botella" en los procesos pueden ser evidenciados a través del seguimiento de los indicadores. Son los indicadores, los que permiten identificar resultados no deseados, y si se estructuran espacios formales de participación de las personas y se les da entrenamiento en la detección y análisis de anomalías, ellas podrán establecer ajustes en los procesos y

productos antes de que sean percibidos por los clientes, y de que la situación desmejore.

El perfeccionamiento de la calidad se dirige a resolver problemas que no pueden eliminarse de esta forma, sino que, comúnmente requieren del esfuerzo de un grupo, porque para ello es necesario disponer de un conocimiento profundo al respecto y de la experiencia colectiva; o porque los problemas y la búsqueda de su solución se extienden más allá de la sección, división o departamento que los analiza.

La solución de tales problemas, a su vez, necesita de instrumentos y técnicas para estructurar el esfuerzo del grupo y crear la sinergia (efecto de potenciación, basado en la interacción) que hace que las capacidades del grupo sean mayores que las de los individuos aislados.

Para esto se emplean técnicas como:

- la hoja de recolección de datos, que se utiliza para registrar sistemáticamente información acerca de los tipos de defectos y sus causas, de forma tal que pueda obtenerse un cuadro claro de la realidad - de un proceso de producción-, por ejemplo;
- los diagramas de afinidad son provechosos para organizar en grupos un gran número de ideas, opiniones o preocupaciones sobre un tema en particular;
- el *benchmarking*, en el que se comparan los procesos que realiza la organización contra los de los líderes reconocidos, con el fin de identificar oportunidades para el perfeccionamiento de los propios;
- la lluvia de ideas, de frecuente uso para generar posibles soluciones a los problemas e identificar oportunidades potenciales para perfeccionar la calidad;
- los diagramas de causa-efecto, de gran utilidad para mostrar la relación que existe entre un determinado efecto y sus causas;
- los diagramas de flujo, en los que se representan gráficamente los pasos que comprende un proceso, con el propósito de descubrir oportunidades para su perfeccionamiento mediante la comprensión detallada de cómo ocurre en la actualidad;
- los diagramas de árbol, que se emplean para mostrar la relación que existe entre un tema o aspecto y sus elementos componentes;
- los diagramas de control, de valor para distinguir variaciones accidentales atribuibles a causas determinadas inherentes a un proceso;
- los histogramas, útiles para comunicar gráficamente información acerca del comportamiento de los procesos y facilitar la toma de decisiones sobre hacia dónde dirigir los esfuerzos principales para el perfeccionamiento;

- los diagramas de dispersión, de provecho para presentar la contribución de cada causa a un efecto determinado, según su frecuencia de aparición o importancia, y;
- los diagramas de Pareto, de utilidad para descubrir y mostrar relaciones entre dos conjuntos de datos, así como establecer si éstas existen o no, y de qué forma se asocian dichos conjuntos.

Las técnicas mencionadas forman parte de un amplio conjunto de herramientas que hoy se utilizan para presentar información, generar soluciones a los problemas, desarrollar las actividades educativas u otras en el contexto de los colectivos de trabajo, y que se denominan generalmente como "*técnicas de dinámica de grupos*".

El monitoreo del entorno institucional es un proceso permanente y sistemático porque la dirección prevista para el proceso de trabajo, educación, inversión u otro puede afectarse por el surgimiento de situaciones emergentes, coyunturales o de conflicto no contempladas en la etapa de planificación que necesitan de nuevas decisiones para su gestión y conducción.

Sucede, cada vez con mayor frecuencia, que las empresas de hoy se ven obligadas a operar en ambientes turbulentos, donde ocurren rápidos cambios en el entorno organizacional. Para enfrentarlos se requiere, primero, de un sistema que de forma permanente vigile el ambiente en que desarrolla su actividad la empresa, es decir, de un sistema que capte y evalúe los cambios del medio y recomiende modificaciones convenientes para la adecuación de la empresa a las nuevas circunstancias. En segundo lugar, disponer de una estructura organizacional lo suficientemente flexible (adaptable) como para ejecutar rápidas acciones de respuesta a tales cambios, que permitan a la organización mantener su capacidad competitiva.

El planeación de la calidad es un proceso que permite establecer y elevar sistemáticamente la correspondencia entre los objetivos, las metas y los recursos de la organización a las oportunidades y amenazas que genera un medio en constante cambio.

En la planificación se establece una situación-objetivo o visión deseable, posible y realizable lo suficientemente concreta como para convertirse en modelo que conduzca el proceso de transformación.

Así, si se admite que 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:

1º.-**Carácter tangible:** es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Como se lo atiende por teléfono, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe la recepcionista etc.).

2º.-**Fiabilidad:** consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si atiendo un paciente mal o no le presto la debida atención en la primera consulta, esa es la impresión que el va a tener y luego es muy difícil de modificarla.

3º.-**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.

4º.-**Competencia:** del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña hay profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio de manera de poder transmitirlos claramente al paciente y evitarle molestias y trámites innecesarios. Por ejemplo: ¿cuáles son los pasos a seguir para autorizar una orden de práctica?

5º.-**Cortesía:** expresada través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.

6º.-**Credibilidad:** es decir, honestidad del profesional que presta el servicio tanto en sus palabras como en sus actos.

7º.-**Seguridad:** ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.

8º.-**Accesibilidad:** que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

9º.-**Comunicación:** se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.

10º.-**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 indican 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 100 pacientes insatisfechos sólo cuatro expresarían su insatisfacción de forma espontánea y además en caso de insatisfacción el paciente se lo contará a 11 personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a tres. Resulta, pues, indispensable que cada profesional investigue de forma voluntaria el grado de satisfacción de sus pacientes.

La planificación se realiza tanto en el plano general o corporativo como en el plano particular o a nivel de función (mercadeo, contabilidad, producción u otra) para cada uno de los componentes de la carpeta o colección de productos o servicios que genera la organización.

Esta realidad se define tanto en el plano general como en el particular. En el primero, se establece la visión o estado ideal a alcanzar en la satisfacción de las necesidades o en la solución de los problemas sociales, la misión o los objetivos generales que se plantea la institución en un radio de acción determinado y una estrategia o conjunto de acciones que permitan a la organización cumplir con su misión.

La importancia de desarrollar una situación objetivo radica en que ésta sirve como punto a partir del cual medir la distancia que separa a la situación actual de aquélla. Esta distancia indica la dirección y el alcance del cambio a impulsar.

En el plano particular, se determinan los objetivos y metas, así como las estrategias específicas que de acuerdo con los recursos disponibles, las necesidades sociales y sus prioridades se plantea la institución al desarrollar su actividad. En este plano, a diferencia del primero, los enunciados responden a un período, unos recursos y unas necesidades concretas.

El planeamiento sistemático de la calidad conlleva:

- Identificar quiénes son los clientes.
- Determinar sus necesidades.
- Traducir dichas necesidades al lenguaje de organización.
- Desarrollar un producto que corresponda a tales necesidades.
- Optimizar las características del producto de manera que satisfaga tanto nuestras necesidades como las del cliente.

- Desarrollar un proceso capaz de elaborar el producto.
- Optimizar el proceso.
- Probar que el proceso puede elaborar el producto bajo condiciones de operación.
- Transferir el proceso a las fuerzas de operación.

Las fuentes de información utilizadas en el proceso de planeamiento pertenecen a tres categorías esenciales: personales, institucionales y documentales.

Las fuentes personales están constituidas por expertos, fundamentalmente: administradores, economistas, sociólogos, médicos, especialistas en información u otros propios o no de la institución; también se incluye, y es una opción muy recomendable, la participación de clientes o usuarios del producto o servicio, como fuente de retroalimentación para conocer las reacciones "desde el otro lado", en relación con el grado de aceptación o rechazo de las intervenciones que realiza la institución.

La planificación comienza:

1. Con el conocimiento de las necesidades reales y sentidas de los clientes, por lo que es imprescindible disponer de información relativas tanto a necesidades de salud, como de experiencias y perceptivas de la población y hacernos las preguntas de ¿qué necesitan nuestros clientes?, ¿que esperan de nosotros?, ¿cómo quieren recibir el servicio?, ¿que componentes de la calidad perciben y valoran?
2. Hay que diseñar un servicio capaz de satisfacer las necesidades y perspectivas de los usuarios.
3. Destinar y organizar los recursos para prestar los servicios y alcanzar los objetivos deseados.

La última fase del proceso de planificación será:

El diseño de un sistema de medidas que permita conocer el funcionamiento del proceso y los resultados alcanzados.

Planificar la calidad incorpora una estrategia distinta de los habituales controles retrospectivos, significa diseñar servicios de calidad construir la calidad desde los orígenes de nuestra actividad, adelantarnos y prevenir los errores.

La actitud del paciente con respecto a la calidad del servicio cambia a medida que conoce mejor al profesional y mejora su nivel de vida. Poco a poco, sus exigencias en cuanto a calidad aumentan para terminar deseando lo mejor. No haber comprendido este

hecho ha llevado al fracaso a muchos profesionales.

Otro problema adicional es que la calidad concebida y la calidad percibida rara vez marchan a la par. La superioridad de un nuevo servicio sólo en contadas ocasiones resulta tan evidente para un paciente potencial como para su creador.

Además los pacientes tienden a callarse su insatisfacción en materia de servicios, porque la mayor parte de los servicios requiere la intervención de una persona. Entonces, expresar su descontento equivale, a ojos del paciente, a incriminar a alguien, a colocarlo en una situación difícil.

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, pues, 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" y dado que no puede haber control de calidad a posteriori comparable al que existe para los productos, el error, una vez cometido, no puede subsanarse, sólo puede perverse para ello debe existir:

- Una voluntad y un compromiso total del profesional de mejorar la calidad de sus servicios. Además la totalidad del personal de una institución debe ser capaz de informar y aconsejarle al paciente y esto requiere una buena formación.
- Un mayor conocimiento de los pacientes para evitar la miopía estratégica, es decir, implantar procedimientos para detectar lo que resulta importante a los ojos del paciente y no sólo desde el punto de vista de la institución. Entender las necesidades del paciente, conocer su funcionamiento interno, detectar el verdadero punto de referencia del mismo constituyen ejes de investigación.

Con todo lo anteriormente expuesto el profesional deberá reflexionar sobre la forma de diseñar o planificar una mejor oferta de sus servicios en donde comunique de la manera más precisa posible los elementos que constituyen sus fortalezas y que valor aportan para el paciente. Habría aquí que diferenciar "el valor aportado", es decir, el valor añadido creado por la empresa y "el valor reconocido", es decir, el que percibe el paciente y por el que se sienta una falta o un riesgo si tuviera que renunciar a él.

Es necesario planear la calidad que se quiere prestar: ello implica un esfuerzo por identificar necesidades

y expectativas de los clientes de cada proceso prioritario, y traducir esas necesidades en especificaciones de productos, servicios y procesos. A partir de ahí, y a través de indicadores, se debe gestionar el proceso para cumplirlas.

Las actividades de planeación de la calidad pueden ser aplicadas a un proceso ya existente o a un nuevo proceso. Lo esencial aquí es concebir un proceso que responda y atienda, de la mejor manera posible, las necesidades de los clientes, según la óptica del cliente y no según el proveedor.

La preocupación inicial es asegurar que el proceso siempre ocurra como fue planeado. Para producir resultados previsibles y estables es necesaria que las tareas críticas del proceso sean estandarizadas. Cuando no existe estandarización, el ciclo de vida de los procesos tiende a erosionar los resultados. Es a través de la estandarización que se garantiza el mantenimiento del nivel de calidad.

También se busca el mejoramiento continuo, para lo cual es necesario establecer metas (a niveles más altos de desempeño); esto llevará a nuevos métodos y procesos, ajustando los estándares de manera que éstas puedan ser alcanzadas.

La planificación de la calidad juega un papel fundamental para garantizar la calidad de ahí que podemos plantear que la garantía de calidad el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente realizan los individuos, las organizaciones y la sociedad, para generar, mantener o mejorar calidad.

Construir un sistema de garantía 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. Estas acciones se relacionan con el diseño del sistema de salud, con la gestión que se lleve a cabo para que este diseño cumpla sus objetivos, con la información que se recoja para mirar su desempeño y con las acciones que se emprenden para corregir sus deficiencias.

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 (competencia, pertinencia, efectividad), seguridad, eficiencia, servicio (aceptabilidad, accesibilidad).

Se debe evaluar y hacer seguimiento (monitoreo) al desempeño del Sistema y poder asegurar el logro de los objetivos de calidad en la institución.

Es indispensable la definición de indicadores y estándares que permitan comparar el desempeño del sistema frente a lo deseado, para encontrar brechas, corregir las deficiencias y lograr el resultado que se espera de la atención: el mejoramiento de las condiciones de salud.

La dirección constituye, en el contexto de las organizaciones modernas, un proceso que a partir del monitoreo constante de los cambios que ocurren tanto en el entorno de trabajo como en el propio sistema y la utilización de todos los recursos de la institución, busca orientar, ajustar o adecuar sistemáticamente toda la actividad de respuesta de la organización a la satisfacción de las necesidades o a la solución de los problemas que constituyen su misión social. Está compuesta por cuatro actividades esenciales: planificación, organización, gestión o implementación y control o monitoreo.

### **El ciclo de garantía de calidad**

La primera etapa de este ciclo es la plantación la cual ya se ha estudiado y para concluir; a manera de resumen se puede decir que:

#### **1. Planear la Garantía de Calidad.**

- Fomentar compromiso para la calidad.
- Formación de un equipo de atención de Calidad.
- Decidir el enfoque y nivel de involucramiento.
- Asignar recursos.
- Divulgar las actividades de Garantía de Calidad.

#### **2. Fijación y revisión de estándares y guías.**

- Revisar los estándares, guías, normas y protocolos (nacional y local).
- Evaluar su aplicabilidad y factibilidad.
- Definir nuevos estándares donde sea necesario.

#### **3. Monitorear la Calidad de los servicios nos es más que el aseguramiento.**

- Seleccionar indicadores (indicador=medida de un aspecto de Calidad).
- Seleccionar las fuentes de información (estadística, etc.).
- Diseñar el sistema de recolección de los datos.
- Implementar el monitoreo.

#### **4. Identificar y priorizar que puede mejorarse.**

- Identificar áreas para mejorar.
- Establecer criterios para priorizar los problemas.

### **5. Definir el problema.**

•Lograr en equipo consenso del problema y formularlo.

### **6. Identificar quién(es) trabajarán en el problema.**

•Asignar las personas apropiadas para trabajar en el problema.

### **7. Analizar y estudiar el problema.**

•Entender qué está causando el problema (utilizando diagrama de flujo, árbol de problemas, etc.).

### **8. Sugerir soluciones.**

•Lluvia de ideas.  
•Evaluar las soluciones factibles.

### **9. Decidir e implementar soluciones.**

•Formular un plan de acción, implementar las soluciones seleccionadas.

### **10. Ver cómo está cambiando la situación inicial.**

•Evaluar para verificar si el plan de acción funciona.

En la práctica la Garantía de Calidad es un proceso cíclico y repetitivo que debe aplicarse en forma flexible. El proceso puede comenzar con un esfuerzo integral de organizar un programa de Garantía de Calidad (tal como se describe en los pasos 1-2) o puede comenzar con actividades de monitoreo y mejora de calidad en pequeña escala.

La fijación y revisión de estándares y guías es uno de los pasos en el ciclo de la calidad para realizar el análisis de los servicios de salud es un proceso que trata de determinar en forma sistemática y objetiva la estructura, proceso y los resultados de la prestación de los servicios, por lo que en el momento de realizar la evaluación de la misma se mantiene el enfoque sistémico. Dicho análisis se puede usar en forma permanente o continua (monitoreo), o en ciertos intervalos, como por ejemplo cada año (evaluación).

Los indicadores se utilizan para evaluar el desempeño, a través del tiempo, de funciones o procesos que se consideren prioritarios. Es un complemento valioso de la evaluación basada en estándares dado que ésta es puntual. Puede utilizarse para hacer seguimiento a la estructura, los procesos o los resultados de un prestador, una organización, grupo de organizaciones o sector.

Al analizar el aseguramiento sistemático de la

calidad y la garantía de la misma; se refiere a los distintos tipos de control dentro de ello que abordará la evaluación de la calidad asistencial partiendo de un enfoque de sistema promovido por Donabedian, que sirvió para evaluar la calidad de la atención médica, agrupándolos en tres componentes: la estructura, que comprende los atributos estables en que se da la asistencia, el proceso que engloba todo lo que se hace en relación con el paciente y la habilidad con que se hace y el resultado que es el cambio en el estado de salud de la población y la satisfacción de los usuarios y proveedores de la salud.

Para evaluar la calidad se establecen los criterios de calidad, estos son la característica observable que permite conceptualizar lo que significa una buena práctica. Pueden ser: implícitos (los que reflejan lo que debía hacerse por un buen profesional en una situación determinada), y explícitos (especifican en su enunciado las condiciones a seguir en una determinada situación, y son resultado de un proceso de discusión y consenso entre los profesionales implicados).

En tanto que los indicadores de calidad son parámetro susceptible de evaluación, que pueden identificar problemas y/o variaciones en los modelos de actuación en la práctica profesional; los estándares de calidad van a ser los márgenes tolerables de desviación respecto a la norma de un criterio y estos son agrupados en estándares de estructura, proceso y resultado. Un indicador es una variable que se puede medir. Es decir, es el aspecto del servicio seleccionado para la medición; se utiliza para medir variables complejas. Algunos ejemplos de variables complejas son: calidad del servicio, accesibilidad, nivel socioeconómico. Los indicadores pueden ser usados para describir una situación que existe y medir cambios o tendencias en un período de tiempo. Los indicadores de salud son cuantitativos en su naturaleza, como tiempos de espera, disponibilidad de medicamentos, limpieza del establecimiento, etc.

Un indicador es solamente una indicación de una situación dada, o un reflejo de esa situación; con frecuencia se necesitan varios indicadores para describir una variable compleja. Un problema con los indicadores es que no todos tienen una definición generalmente aceptada (como por ejemplo cobertura, accesibilidad, efectividad, sino algunos tienen una definición variable según el autor y/o la escuela (por ejemplo, eficiencia, extensión de uso, productividad. Los Indicadores de Salud son necesarios para:

- El diagnóstico de la situación de los servicios de salud.
- Evaluar el desempeño de los servicios.
- Hacer comparaciones (por ejemplo, entre diferen-

tes áreas de salud).

- Medir cambios en forma continúa (por ejemplo, el mejoramiento de los servicios de salud y su impacto en la población).

Si bien es deseable usar indicadores, se debe tomar en cuenta que éstos sólo describen determinados aspectos de la realidad, en particular aquellas características asimilables a una determinada escala de medición. Es por esta razón que en algunos casos es más recomendable utilizar otras formas de descripción cualitativa que capten la realidad con mayor riqueza. Así por ejemplo, una descripción detallada acerca de los niveles de comunicación entre el equipo de salud y la población sería más útil que una fría exposición de indicadores sobre el impacto de las relaciones entre los demandantes y los proveedores de los servicios.

### **Criterios para seleccionar un indicador**

- Utilidad, para la gestión, toma de decisiones y monitoreo de los progresos realizados.
- Viabilidad, de manera que sea posible su recolección tomando en cuenta aspectos técnicos y financieros.
- Selectividad, es decir, que sean los más exactos y confiables posibles.
- Oportunidad, significa, que estén disponibles cuando se les necesite.

### **Características de los buenos indicadores**

- Válidos, de manera que pueda medir realmente lo que se supone deben medir.
- Objetivos, confiable o consistente, que arrojen los mismos resultados cuando lo utilizan diferentes personas en distintos momentos en circunstancias análogas.
- Sensibles, es decir, tener la capacidad de captar los cambios ocurridos en la situación o fenómeno que se estudie.
- Específicos, que reflejen sólo los cambios ocurridos en la situación que se trate.

Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es un indicador sensible, a pesar del muy rudimentario estado de salud de la población infantil y de la población en general. Esta tasa es una medida directa de la mortalidad y sólo una medida indirecta del estado de salud, pero pese a esa limitación es a la vez objetivo. Por otra parte, no es específico respecto a las medidas sanitarias porque la reducción de la tasa puede ser consecuencia de un elevado número de factores relacionados con el desarrollo social y económico.

La evaluación de la calidad puede ser basada en programas externos e internos. Las evaluaciones externas son las realizadas por organismos externos que tienen como objetivo conocer y comparar información proveniente de diferentes actividades sanitarias. Un ejemplo es la acreditación, un método empleado para calificar atributos de la atención brindada por un establecimiento. También se le define como *“el procedimiento de evaluación periódica de los recursos de un servicio o establecimiento de salud que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos y aceptados”*.

La evaluación interna se realiza por el propio centro, por los profesionales que participan activamente en la identificación, priorización y solución de los problemas que afectan la calidad, generalmente evalúan los aspectos de proceso y resultados.

El método más conocido para evaluar la calidad de la estructura de los servicios de salud con enfoque de sistema es la acreditación, que consiste en la revisión de un centro o servicio comparándolo con los criterios previamente establecidos para garantizar el desarrollo adecuado de los procesos y la obtención de resultados óptimos.

Los indicadores de calidad de la estructura, o indicadores de estructura, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos, los indicadores de la calidad del proceso o indicadores de proceso miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente y los indicadores basados en resultados o indicadores de resultados miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. También se utilizan indicadores que miden sobre todo la eficiencia y que resultan complemento obligado de los indicadores de calidad.

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación).

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión hospitalaria.

En otras palabras, está claro que ni el proceso ni los resultados pueden existir sin estructura aunque ésta puede albergar distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad dimana sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura.

Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

**Estructura física:** comprende cimientos, edificaciones, equipo médico y no médico (fijo y movable), vehículos, mobiliario médico y de oficina, medicamentos y otros insumos farmacéuticos, almacenes y condiciones de almacenamiento y mantenimiento de los inmuebles.

**Estructura ocupacional (staff):** incluye la calidad y cantidad del personal médico y no médico empleado para brindar asistencia médica: número y tipo de personal por categoría. Incluye también relaciones entre categorías de personal (Ej. enfermeras/médico) o entre personal y población (Ej. médicos/habitante), entrenamiento del personal (por tiempo y lugar) y los criterios de desempeño del personal específico.

**Estructura financiera:** incluye el presupuesto disponible para operar adecuadamente los servicios, pagar a los trabajadores, financiar los requerimientos mínimos de entradas físicas y de personal y proveer incentivos con la finalidad de obtener un desempeño mejor.

**Estructura organizacional:** refleja las relaciones entre autoridad y responsabilidad, los diseños de organización, aspectos de gobierno y poderes, proximidad entre responsabilidad financiera y operacional, el grado de descentralización de la capacidad de decisión y el tipo de decisiones que son delegadas.

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. De hecho el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico (como exponente del personal que brinda atención) sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, debe jugar un papel relevante.

También se analizan aquí las variables relaciona-

das con el acceso de los pacientes al servicio, el grado de utilización de los mismos, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia de modo que, los indicadores de eficiencia son en cierto sentido son indicadores de la calidad del proceso.

Según expresan Gilmore y de Moraes, en la atención médica los procesos suelen tener enormes variaciones, con los indicadores lo que se trata es de identificar las fuentes de variación que pueden deberse a problemas en la calidad de la atención.

Existe además una contradicción dialéctica entre los indicadores de proceso y los de resultados, algunos alegan que el proceso pierde sentido si su calidad no se refleja en los resultados mientras que otros señalan que muchos resultados dependen de factores, como las características de los pacientes, que nada tienen que ver con la calidad del proceso.

De cualquier manera, parece haber consenso en que el interés por los indicadores de proceso crecerá en el futuro y que deberá mejorarse la validez y el alcance de los actuales.

#### **La historia clínica como documento principal del proceso**

Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la historia clínica, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su estancia en el hospital. La hipótesis subyacente es que si la historia clínica se considera satisfactoria, puede suponerse que andará bien la atención que recibe el paciente.

La calidad de otros documentos que reflejan el proceso de atención también podría evaluarse con un sistema similar. La confección y validación de una escala o sistema para evaluar una historia clínica u otro documento resultante de la actividad asistencial debería guiarse por los procedimientos ya conocidos para construir y validar escalas de medición.

Los estándares de proceso describen las actividades y la forma en que deben ser estas realizadas. Por ejemplo: “Cada paciente hospitalizado por malaria cerebral debe tener control de temperatura cada 4 horas”.

El proceso es la puesta en marcha de todo el siste-

ma, en todas las fases de los procesos asistenciales, los conocimientos, medios actualizados y la tecnología apropiada.

### Métodos

- 1-Auditorias medica. (Revisión de HCL y otros documentos).
- 2-Observación concurrente.
- 3-Evaluación del desempeño profesional.  
Aquí se incluye todo lo de monitoreo y control.

La medición de los servicios que se dan es mucho más difícil de hacer, pero esta información es más útil pues nos dice que ha pasado con el cliente. Las medidas de proceso buscan información para identificar problemas que ocurran durante el suministro de la atención. Elementos en el suministro de la atención pueden ser evaluados contra criterios que reflejen estándares profesionales, y medidas orientados al paciente. La recolección de datos depende de contar con sistemas de monitoreo.

Las medidas de proceso incluyen aspectos como tiempo de espera (ejemplo: para estomatología especializada), recibir diagnósticos claros, examen correcto del paciente, etc.

Un ejemplo; el proceso de atención y dispensación de los grupos priorizados, cumplimiento de las indicaciones para la atención de urgencia, ejecución y cumplimiento de la proyección comunitaria de los servicios hacia la comunidad.

El diagnóstico del proceso es un procedimiento mediante el cual se identifican las innumerables causas comunes de variación de una característica de calidad en un proceso.

Para realizar el diagnóstico del proceso se parte del conocimiento de las características o indicadores de calidad en los resultados, con el objetivo de detectar si existen defectos o insatisfacciones y después ir a estudiar el proceso, con la finalidad de encontrar las causas o factores causales que lo originan y de ese modo poder dar solución a los problemas mediante la eliminación de las causas fundamentales, básicas o vitales.

Otro camino comienza por el proceso mismo para conocer si se cumplen o no las normas y los procedimientos adecuados, con la finalidad de que los fallos o incumplimientos sean corregidos y actuar de manera preventiva, aunque una vez hechos los cambios, sus efectos deben ser comprobados posteriormente, para lo cual se debe conocer si se alcanzaron resultados positivos en las características de la calidad.

No obstante, es muy importante aplicar un enfoque integral; para ello se estudiarán sistemáticamente los indicadores de control en los resultados, que miden la calidad de la atención (control selectivo) y se mantendrá una vigilancia permanente sobre el proceso (control por excepción).

Realmente lo que se recomienda es mantener una verificación permanente sobre los diferentes procesos, para detectar, eliminar o disminuir después los fallos o incumplimientos, principalmente de los factores ya conocidos, que requieren un control frecuente; estos se denominan puntos de verificación, como pudieran ser: incumplimientos en la continuidad de la atención, inadecuado lavado de manos, pobre calidad en el pase de visita, no realizar el diagnóstico de salud de la población o cualquier otro incumplimiento de las normas, lo que permite poder actuar preventivamente y evitar defectos en los resultados, de lo contrario, sus consecuencias pueden ser muy costosas, especialmente en la atención de salud, donde los impactos pueden ser irreparables.

La evaluación del proceso significa conocer su capacidad, es decir, lo que el proceso es capaz de hacer o producir para cumplir con las características de calidad.

El estudio de la evaluación del proceso significa comparar las características de calidad o expectativas, con lo que el proceso es capaz de hacer.

Los resultados se miden por el cambio en el estado de salud de la población alcanzado y por el grado de satisfacción que la población obtenga de los servicios prestados.

La satisfacción de los pacientes es un elemento de medición de la calidad de un producto o servicio, pero resulta difícil de incorporar sus elementos ya que resulta muy inmadura la metodología existente para poder utilizarla, solo parece destacar como probado el hecho de que un mejor trato personal se asocia con una mayor satisfacción, relacionándose muy directamente con lo que se ha dado en llamar el Arte de la atención medica y que incluso las diferencias entre las expectativas del usuario y lo que es científicamente correcto puede minimizarse en la medida que los proveedores son capaces de establecer una comunicación efectiva con el usuario.

Muchos autores tienen presente la satisfacción de los prestadores de la atención, al tener un colectivo satisfecho es tener a todos motivados por el buen trabajo, esta podría considerarse como uno de los factores que influyen en la calidad, pero no una medida de la calidad en si misma.

Sin embargo reconocen su interés para el buen logro de los resultados, ya que influyen en el mejor trabajo, pero aclaramos que no se puede utilizar como un elemento en medir la calidad.

Los resultados, es decir, los efectos de la atención dispensada en la salud y bienestar de los pacientes, el grado en que estos quedan satisfechos y la eficacia de la utilización de los recursos. Incluye aspectos como morbilidad dentaria, mortalidad dentaria, satisfacción de los usuarios, cobertura, etc. Encontramos a este respecto, dos tipos de resultados: Inmediatos (sobre las personas que hacen uso de los servicios) y resultados en la comunidad (llamados también mediatos o de impacto). Es importante mencionar que además de la atención, muchos otros factores pueden influenciar los resultados, por lo tanto, si las medidas de resultados no se relacionan con el proceso, tiene poco significado. Ej.: elevar el porcentaje de pacientes sanos con riesgo, disminuir el porcentaje de enfermo con discapacidad, incremento del grado de satisfacción de la población.

Los indicadores basados en los resultados han sido el eje central de la investigación para la monitorización de la calidad pues tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado.

El resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida. Los estándares de resultado describen los resultados directos de la atención de salud en términos del efecto de la atención en los pacientes y, del impacto en el estado de salud (las tasas de morbi/mortalidad). Por ejemplo: "La cobertura de vacunación en la población debe ser de por lo menos 80%".

De manera amplia, Donabedian define como resultados médicos "aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual". Pero también apunta que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo el conocimiento a cerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que re-percute en la salud o la satisfacción de los pacientes. A esta última se le otorga gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados.

El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece oportunidades para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías como de la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales.

Dentro de los indicadores de resultados se pueden identificar dos grandes grupos los llamados "Indicadores Centinela" y los "Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados".

### **Indicadores centinela**

Son aquellos que representan un suceso lo bastante grave e indeseable del resultado de la atención, como para realizar una revisión individual de cada caso en que se produzca. Identifican la aparición de un evento serio cuya ocurrencia debe ser investigada inmediatamente. Son importantes para garantizar la seguridad del paciente, pero son menos útiles para medir el desempeño global de una institución.

Los sucesos centinela se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser atribuibles a un fallo en la atención y por tanto deben tener una excelente validez.

En ocasiones se distingue entre "evento centinela" e "indicador centinela". Un evento centinela es el suceso propiamente dicho y el indicador centinela es el que resume información de eventos considerados centinela. Por ejemplo: el número de muertes maternas por número de partos ocurridos en un período se considera un indicador centinela pero el suceso o evento centinela es la muerte materna.

Son aquellos que indican la necesidad de una revisión detallada, sólo si la proporción de casos en que se presenta el suceso de base sobrepasa un límite considerado aceptable por los propios profesionales (umbral).

Los indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas) son los que miden el desempeño basándose en eventos que ocurren con cierta frecuencia. Son los más importantes para determinar el nivel de desempeño de una institución, detectar tendencias, hacer comparaciones con el desempeño pasado, con otras instituciones o con puntos de referencia establecidos.

Los programas de garantía de calidad de hospitales comúnmente proponen una lista de mediciones de resultados que suelen ser indicadores de datos agregados.

Ejemplos de Indicadores de datos agregados:

- Tasa de mortalidad hospitalaria (general o por servicios).
- Tasa de reingreso por la misma enfermedad.
- Tasa de infecciones intrahospitalarias.
- Tasa de accidentes quirúrgicos por número de operaciones.
- Tasa de mortalidad por complicaciones anestésicas (por número de operaciones).

### Indicadores trazadores

Aranaz introduce un tercer tipo de indicador de resultados: el indicador trazador, que define como:

*“una condición diagnóstica típica de una determinada especialidad médica o de una institución, que refleje de forma fiable la globalidad de la asistencia brindada. Puede ser una enfermedad de diagnóstico frecuente en la cual las deficiencias en la asistencia se consideran comunes y susceptibles de ser evitadas, y en las que se puede lograr beneficio al corregir esas deficiencias”.*

Este tipo de indicador incluye sucesos no tan graves para requerir un análisis individual como es el caso de los indicadores centinela ni es susceptible de ser evaluado sólo mediante proporciones, sino que consiste en la detección de padecimientos relativamente frecuentes, de fácil diagnóstico cuyo tratamiento produce resultados inequívocos (o altamente probables) y permite así identificar si el caso ha sido manejado apropiadamente o no. Por ejemplo: un paciente hospitalizado por hipertensión arterial que al egreso continúa con cifras tensionales elevadas, un paciente con prescripción de siete o más fármacos al alta o un paciente diabético que al egreso continúa con cifras de glucemias elevadas, pueden considerarse sucesos trazadores ya que indican, con alta probabilidad, un problema de calidad en la atención médica recibida.

### Indicadores basados en la opinión de los pacientes

Si se piensa que la atención sanitaria está dirigida especialmente a mejorar la salud de las personas y de las comunidades, es natural que la opinión de los pacientes constituya uno de los indicadores principales de su calidad. En esto se basan los actuales esfuerzos hacia los llamados “sistemas orientados al cliente” o la llamada “capacidad de reacción” (en inglés “responsiveness”) a las expectativas de la población como cualidad importante de los sistemas de salud.

Donabedian señala que: “la satisfacción del

*paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente que son asuntos en los que éste es la autoridad última”.*

### Características de los indicadores de resultados

Los indicadores, como ya se ha mencionado, son medidas cuantitativas de calidad relacionadas a la estructura, proceso y resultado de la atención médica. Aquí se debe poner atención en los indicadores de resultados de la atención, los que cuentan con varias características:

- Primero, los indicadores de resultados no evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio. La confianza que se tiene en esa inferencia depende del vínculo de causa entre la estructura, proceso y resultado; los buenos resultados se pueden obtener a pesar de procesos y estructura inadecuados.
- Segundo, la relación de causa entre el proceso de la atención y su resultado, depende de la interacción de otros factores, como la mezcla de casos y la gravedad de la enfermedad (“case mix”). Cuando se normaliza el efecto de riesgo, por lo tanto, aumenta la confianza en la medición del resultado.
- Tercero, un número suficientemente grande de casos debe ser recopilado, para deducir si se están prestando buenos servicios. La atención puede ser muy buena aunque muera el paciente.

En conclusión, se estima que se ofrece un sistema de información estadístico que permite controlar y evaluar esta actividad en general y en particular la estructura, el proceso y el resultado a obtener, con la incorporación de un grupo de indicadores que facilita además su cumplimiento.

El desarrollo y utilización de buenos indicadores deberá además sustentarse sobre buenos sistemas de información. Es decir que habrá que tener en cuenta cuestiones como: la fuente de datos, las características de los recolectores o la necesidad de velar por la confiabilidad de datos sobre los pacientes.

A grandes rasgos, puede decirse que en la atención médica hoy, se utilizan dos formas principales de evaluar calidad y eficiencia:

- 1) La realización de estudios, encaminados a evaluar la calidad de un servicio cualquiera de atención.
- 2) El uso continuado de indicadores que permitan el

seguimiento constante de la calidad, la eficiencia o ambos.

La combinación de ambos enfoques constituye la base de la evaluación continua de la calidad.

El permanente conocimiento y monitoreo de la satisfacción de la población (usuarios) y sus familiares con los servicios de salud ha sido una necesidad y una tarea prioritaria para todo el Sistema de Salud, desde el nivel central hasta las direcciones administrativas en cada territorio y para cada institución en la que se preste un servicio de salud; en ésta última de particular interés por ser la que de manera directa trabaja por brindar una atención de calidad. La aplicación de un plan de acción consecuente que cuente con la activa participación de los trabajadores del sector es fundamental para la elevación continua de la calidad y la satisfacción.

En este orden de cosas, no puede dejar de tenerse en cuenta la satisfacción de los propios trabajadores de la salud (prestadores), la que debe ser abordada de manera conjunta con la de los usuarios dada la estrecha relación que existe entre ambas. Un trabajador insatisfecho con la actividad que realiza o con la atención que recibe y desmotivado en cuanto al valor de su actividad en salud, no estará en capacidad de ser partícipe activo en el proceso de mejoría de la calidad y de la satisfacción.

A pesar de que los pacientes siempre han dispuesto de diversas vías para valorar en qué medida la competencia técnica del profesional y del servicio en general se está aplicando en su caso, la principal vía para arribar a tales conclusiones es la evaluación que éste hace del grado de interés que el trabajador manifieste en la relación interpersonal que establezca.

Este grado de interés se expresa concretamente en el nivel de satisfacción que el profesional o trabajador engendra en su relación socio-psicológica y en su contacto con los individuos, con las familias y con la comunidad, estando la mayoría de las críticas de los pacientes con relación a la atención médica en torno a la calidad de dichas relaciones interpersonales.

La población percibe la calidad de la atención médica en la práctica social como resultado de la interiorización de un grupo de experiencias que han adquirido y que a su vez generan el desarrollo de expectativas, con independencia de su nivel cultural. El grado de desarrollo de esas expectativas difiere sustancialmente entre los distintos individuos y grupos humanos; de manera que en la medida en que exista mayor armonía entre las expectativas referidas a la calidad de la atención y a las condiciones reales que se manifiestan en la prestación del servicio, se obtendrá un

mayor grado de satisfacción con la gestión del sistema en la población atendida.

De esta forma, las medidas de estructura pueden ser definidas en términos de los recursos de la institución, las políticas y los sistemas gerenciales. Los procesos son medios por los cuales los recursos son convertidos en resultados inmediatos de la atención, y los resultados mediatos o de impacto son los resultados finales de la conjunción de varios procesos. Un aspecto importante para recordar es que se debe fijar la atención en las tres dimensiones y no solamente concentrarse en un aspecto. Por ejemplo, si se desea mejorar los resultados de salud, se debe entender el proceso y los recursos (estructura) que contribuyen a lograr los efectos.

La dirección es la responsable de establecer una política para la calidad del servicio y la satisfacción del paciente, mediante el control de calidad con la participación de todo el colectivo de trabajadores, que incluye a su dirigente, cualquier institución de salud con atención estomatológica quede producir mejores servicios, a menor costo menor riesgo y mayores beneficios, esto convertirá la atención estomatológica en una organización superior.

Una vez implantado el método de control de calidad se debe promover y renovar continuamente en correspondencia, con el desarrollo científico-técnico y el desarrollo del Subsistema de Atención a Estomatológica.

#### **Indicadores:**

##### **De estructura:**

###### **•De recursos:**

- Habitantes por estomatólogo general.
- Habitantes por especialista de prótesis.
- Habitantes por especialista de periodoncia.
- Habitantes por especialista de ortodoncia.
- Téc. atención estomat. por estomatólogo.
- Téc. de prótesis por protesista.
- Personal administrativo y archivo por sillones a ocho horas.
- Habitantes por sillón.
- Estomatólogos aplicando el modelo de EGI.
- Ejecución del Plan financiero.
- Cumplimiento del Plan de Abastecimiento.

###### **•Instalación Física:**

- 100% Porcentaje de Servicios Rehabilitados del total propuesto para el período.

##### **De proceso:**

- 100% de los servicios integrados al proceso de acreditación y 80% evaluados por la Comisión

Nacional.

- 100% de los servicios con el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Estomatológica y la Satisfacción de la Población y los Prestadores implementado.
- 95% de la población consumiendo sal fluorurada.
- Promedio de tiempo de espera para recibir la consulta.
- Promedio de controles de placa realizados a pacientes.

#### De resultados:

##### • Del Estado de Salud Bucal:

- Por ciento de niños sanos a los 5-6 años.
- Índice CPO-D a los 12 años de edad.
- Por ciento de adolescentes que conservan todos sus dientes a los 18 años de edad.
- Promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años de edad.
- Promedio de dientes perdidos en la población de 60 a 74 años de edad.
- Por ciento de población afectada por enfermedad gingival y periodontal.
- Por ciento de población infantil afectada por maloclusiones.
- Incremento de la Satisfacción de la población: disminución con respecto a igual período del año anterior, de los planteamientos y quejas de la población referente a la Salud, y de acuerdo a los resultados de las encuestas sobre el tema realizadas. Periodicidad: Mensual.
- Mejora constante de los indicadores del Estado de Salud Bucal expuestos anteriormente. Periodicidad: cada dos años
- Aumento del nivel de servicios o actividad sustentada en la calidad de los procedimientos, teniendo en cuenta los resultados de las visitas, asesorías e inspecciones a la unidad y el nivel propuesto a alcanzar. Periodicidad: Mensual.
- Incremento de Indicadores de Eficiencia, expresados fundamentalmente en correspondencia entre el nivel de servicios y el abastecimiento recibido y utilizado de acuerdo a las Normas de Consumo determinadas por la Dirección Nacional de Estomatología. Periodicidad: Mensual.

#### Bibliografía

1. Gilmore, C., Novaes, H. *Gerencia de calidad*. Washington D.C.: OPS; 1996.
2. Burmester, H. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de la calidad. *Rev Panam Salud Pública* 1997;(2):149-54.
3. MINSAP. *Manual de acreditación de hospitales polivalentes de la República de Cuba*. La Habana, Cuba, 1993.
4. MINSAP. *Programa de garantía de la calidad de la atención médica hospitalaria*. La Habana, Cuba, 1993.
5. Cubero, O., Sosa, A., Parellada, J. *Indicadores de urgencia*. 1er. Taller

*Medicina de Urgencia*. ISMM. "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, 1995.

6. MINSAP. ODP 2000. La Habana, 1993.

7. Rosa, E., Jiménez, Paneque. *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual*. *Rev Administración de salud*. 2001.

8. Donabedian, A. *Garantía de Calidad ¿Quién es responsable? Calidad de la Atención en Salud 1996*; 3 Números 1 y 2.

9. III Donabedian, A. *La Calidad de la Atención Médica*, La prensa Mexicana S.A de C.V, México D.F. 1984.

10. IV Ruelas E. *Sobre la Calidad de la Atención a la salud*. *Conceptos, Acciones y Reflexiones*. *Gaceta Médica de México* 1994. Volumen 4:218-230.

11. V Donabedian A. *Calidad de la Atención en Salud 1996*. Vol 3 Números 1 y 2.

12. VI Rooney, A. Van Ostenberg, P. *Licenciatura, Acreditación y Certificación: Enfoques para la Evaluación y administración de Calidad en los Servicios de Salud*. Proyecto Garantía de Calidad Center for Human Services. 1999.

13. Berwick, D.M. *Caja de resonancia "El mejoramiento continuo como ideal en la atención en Salud"*. EN: J M Paganini, HM. Noures, Washington OPS, 1992.

14. Burmeister. "Experiencia de la asociación Paulista de Medicina y Consejo Regional de Medicina." Ponencia presentada en el Seminario sobre Acreditación de Servicios de Salud. Brasilia. OPS, 1992.

15. Gimolre, C.; Novaes, H.M. *Manual de Gerencia de Calidad de los Servicios de Salud*. Washington OPS, 1993.

16. Novaes, H.M.; Paganini, J.M. *Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe*: OPS, 1992.

17. Corbella, A.; Saturno, P. *La garantía de la calidad de la Atención Primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de Salud. Madrid 1990.

18. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Accreditation Manual for Hospital*, E.U. 1990.

19. Aguedo, C. *El movimiento de los municipios saludables: Su acreditación*. Washington, O.P.S., 1992.

20. Heidemann, E.G. *The contemporary use of standards in health care*. OMS. Ginebra. 1993.

21. Sosa, R.M., Mojaiber de la Peña, A. *Municipios por la salud. Estrategia en Estomatología*. La Habana. Cuba. 1998.

22. *Protocolo de investigación, Salud Bucal, planes de situación de salud, estrategias locales y promoción de salud*. Fórum, Noviembre 1992.

23. *Manual de Acreditación para instituciones hospitalarias*. Santa Fe de Bogotá Colombia: O.P.S./O.M.S. 1995.

24. *Comisión Mixta para el desarrollo de la Calidad de la Atención Médica. Estándares de acreditación para establecimientos asistenciales Polivalentes de Argentina*. O.P.S: 1991.

25. Gimore, C.M. *La comisión Conjunta de Acreditación de organismos para el cuidado de la Salud. El proceso de Acreditación. Un panorama General*. USA. 1993.

26. Lezzoni, L. *Monitoring quality of care: What do we need to know?* 1993.

27. Heidemann, E.G. *Standards Program Canadian Council on Health. Facilities Accreditation*. O.M.S: 1993.

28. Sunol, R., Andres, E. *Quality Assurance in Spain: An Overview*, *Australian Clinical Review*. 1989; 9:60.

29. Sosa, Rosales, M., Gonzalez, Ramos, R.M. *Manual de acreditación de clínicas estomatológicas*. Cuba. 2001.

30. Radares, C. B. *El reto por la calidad y la pertinencia: la evaluación de una visión cubana*. *Rev admít*.

31. [www.monografias.com](http://www.monografias.com). *Cliente Interno y Externo. Diferencias y Semejanzas*.

32. [www.monografia.com](http://www.monografia.com). *El cliente interno, un punto de vista inteligente*.

33. Ramírez, A., Mesa, G. *La Satisfacción con los Servicios de Salud*.

34. Nordet, H.M., Castell-Florit Serrate, P., Gispert, Abreu E. *La calidad de la atención en servicios estomatológicos*. Monografía. Maestría de salud bucal comunitaria. 2004.

35. *Informando & Reformando*. Boletín trimestral del NAADIR/AL, Abril/Junio 2001, N°8.

36. *La contribución del cliente en la promoción de la atención de calidad*. Vicki Doyle. Consultora. Escuela de Medicina Tropical de Liverpool 2002.

37. Narey, R.B., *Control de la calidad en salud*. Libro. [http://bvs.sld.cu/libros/control\\_decalidaddeatencion\\_desalud/cubierta.gif](http://bvs.sld.cu/libros/control_decalidaddeatencion_desalud/cubierta.gif)

38. Fernández, C.E., Castell-Florit Serrate, P. *Gerencia en Salud. Selección de Temas*. Tomos I y II. Centro de Perfeccionamiento Gerencial. Escuela Nacional de Salud Pública. Ministerio de Salud Pública. Ciudad de La Habana, 1998.

39. *Pastor Castell Florit*. Gerencia en salud. Tomo I y II. 1998.

40. Dr. Amado Rz Calzadilla, Dra Mirtha Herrera. *Métodos para el control de la calidad integral en Servicios de Estomatología*.

41. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estomatología. Programa Nacional de Estomatología General Integral a la población. Ciudad Habana. 2001.

42. Sosa, R.M., González, R.R., Gil, O.T.E. *Programa de mejora continua de la calidad de la atención estomatológica y la satisfacción de la población*. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad Habana 2001.