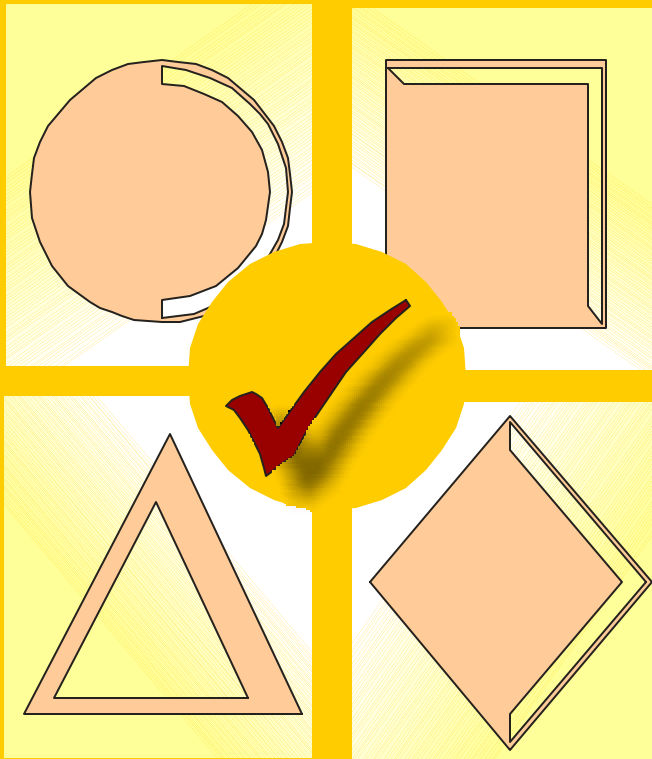




SECCIÓN III

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social

Bases Conceptuales de la Calidad de Atención a la Salud



Cuadernos
de
Divulgación
Científica

29

ISSN 1405-6828

Cuadernos de
Divulgación
Científica

29

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social Sección III

**Unidad de Investigación en Calidad de
Atención a la Salud**

Directorio

Director General

Dr. José Miguel Ángel
Van-Dick Puga
Secretario General de la
Sección III

Coordinador General

Dr. Armando Martínez
Ramírez.

Colaboradores

Lic. María Belén Rodríguez
González (edición y diseño)
Ing. Roberto Vidaña Rodríguez
(soporte informático)

Septiembre de 2001
ISSN-1405-6828

Bases conceptuales de la calidad de atención a la salud

Contenido

Bases conceptuales de la calidad de atención a la salud

Tema:

Presentación

Introducción

Orígenes y desarrollo del movimiento
hacia la calidad

Antecedentes históricos del modelo
industrial de calidad

Antecedentes históricos del modelo
médico de calidad

Conceptos y definiciones

Calidad

Calidad total

Calidad de atención a la salud

Otros conceptos

La garantía de la calidad en la atención
médica

Sistema y cultura de calidad

Elementos básicos para
establecer un sistema de
calidad

Elementos básicos para
impulsar una cultura de calidad.

Bibliografía

Presentación

En consecuencia con el objetivo de los números 27 y 28 de la misma serie, en los que hacemos referencia a las bases filosóficas de la Calidad, en este número hacemos una recopilación de las **bases conceptuales** que sustentan las teorías que hoy se aplican en los diversos modelos de calidad en salud.

Hacemos una revisión histórica sobre los orígenes y antecedentes tanto del modelo médico, como del modelo Industrial y puntualizamos sobre algunos conceptos básicos del tema, haciendo énfasis en las diferencias entre conceptos como *garantía, mejora, cultura y sistema* de calidad, entre otros.

Todo esto con la finalidad de aportar elementos que ayuden a desarrollar la primera etapa (teórica-filosófica) del *Programa de Impulso a la Calidad Institucional y Sindical* que proponemos en el Cuaderno 24.

Como siempre, esperamos que esta información sea útil en la formación de una nueva cultura de calidad en los Servicios de Salud.

Atentamente.

Dr. José Miguel Ángel Van-Dick Puga
Secretario General.

Introducción

1

*La locura es la esperanza de lograr resultados diferentes,
mientras se continúan haciendo las mismas cosas.*

Albert Einstein

Es indudable que la salud debe verse como una señal sobre el desarrollo de los pueblos. En efecto, el perfil patológico de una población nos habla de su organización social, de su forma de distribuir la riqueza y del valor real que le asigna a la equidad y justicia social. (1)

Los servicios de salud en México, enfrentan una tarea compleja y de extraordinarias dimensiones, la población aumenta aceleradamente y está más consciente que nunca de sus derechos y privilegios, y espera, por lo tanto, la pronta atención a sus demandas. De ahí la necesidad de hacer un esfuerzo sostenido para lograr la meta de poner al alcance de todos los habitantes, un nivel aceptable de *calidad* de atención médica.(2)

En nuestro país, la Constitución define a la protección de la salud como un derecho social, pero esta aspiración aún no ha sido cumplida y ésto radica en parte, en la enorme desigualdad de recursos y de calidad, que aún divide a las múltiples instituciones prestadoras de servicios, así como en el modelo prolongado y polarizado de la transición epidemiológica. (1)

La inequidad en salud ha estado indisolublemente ligada a la inequidad socioeconómica y entre ambas, generan graves consecuencias: La pobreza, la ignorancia y la enfermedad. Lo que significa que “La mejoría de la salud es el resultado de una lucha contra la pobreza”.(3)

Ésto nos lleva necesariamente a diseñar un sistema de atención médica que mejor se ajuste a la definición de la Organización Panamericana de la Salud: *Conjunto de elementos a través de los cuales, los recursos humanos y la capacidad instalada se organiza por medio de un proceso administrativo y de una tecnología médica para ofrecer prestaciones de salud integrales, en cantidad suficiente y de **calidad** adecuada para cubrir la demanda de servicios de la comunidad a un costo compatible con los fondos disponibles.*

Un servicio nacional de salud de carácter universal, simplifica la operación y los trabajos en torno a la cobertura de los servicios de

salud, depende de la variedad y complejidad de servicios que se ofrecen a la población, que a su vez dependen de la organización y escalonamiento tecnológico y de la interrelación de los establecimientos prestadores de atención a la salud; es decir, la viabilidad práctica que tiene el usuario de resolver sus problemas comunes y en caso necesario, de acceder a niveles de atención con cada vez mayor capacidad resolutive. (4) Otro factor importante es que una vez que la cobertura de servicios de salud alcanza ciertos niveles que se consideran aceptables, se inicia un tránsito hacia una preocupación por la *calidad*. (5)

De acuerdo con lo anterior, es posible ahora señalar que existe una relación entre la cantidad y la calidad de los servicios proporcionados, en efecto, si los servicios de salud son insuficientes, los beneficios esperados tienden a disminuir.

Por el contrario, una excesiva cantidad de servicios puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone un paciente. Esta relación entre cantidad y calidad también implica necesariamente una relación entre costos y calidad. Donabedian (6), ha analizado esta relación: Cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños, es también más costosa; pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados, y ello significa desperdicio; existe pues, una relación Beneficios-Riesgos-Costos en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar, a los beneficios, la suma de los riesgos más los costos (Modelo Unificado de la Calidad). Ésto nos lleva a concluir que la eficiencia y la calidad son dos componentes indisolubles de la atención a la salud.

Esta transición de la preocupación por la **cantidad** hacía la preocupación por la **calidad**, se ha convertido en uno de los problemas principales, si no es que el principal, que el sistema de salud debe resolver.

Orígenes y desarrollo del movimiento hacia la calidad.¹

2

En los años recientes ha habido un auge en el interés de las empresas, tanto públicas como privadas, por producir bienes y servicios “de calidad”. Constantemente escuchamos frases publicitarias que hacen referencia a la “excelencia” y a la “calidad total” e incluso se oye decir una y otra vez que “al Tratado hay que entrarle con calidad”. Por otra parte, ha aparecido gran cantidad de cursos, talleres, seminarios y conferencias dirigidos a directivos y gerentes con el propósito de “sensibilizarlos” sobre la importancia de controlar y mejorar la calidad de lo que producen sus compañías.

¿Por qué esta repentina preocupación por la calidad?

Para responder esto tendremos que remontarnos a la tercera década del presente siglo, cuando el Dr. W. A. Shewhart, quien trabajaba en una compañía de teléfonos de Nueva York (Bell Laboratories), diseñó un cuadro que permitía controlar estadísticamente la calidad de la producción. Después, durante la Segunda Guerra Mundial, los estadounidenses aplicaron las técnicas estadísticas para garantizar un nivel óptimo de calidad en la producción del armamento. Personajes principales durante esos años fueron los Drs. W. E. Deming y J. M. Juran quienes, ya terminada la Guerra, visitaron el Japón para difundir los principios de la administración (gestión) para la calidad así como las técnicas y los procedimientos del control estadístico de la calidad. Este, por cierto, había dejado de ser aplicado en los Estados Unidos de América debido a que la demanda de productos siempre superaba la oferta. Poco importaba la calidad de un bien, lo esencial era poseerlo.(7)

Japón, país que perdió la Guerra y vio devastada su industria y su economía, se enfrentaba al reto de crecer y sostenerse principalmente mediante el comercio internacional (todos

¹ Tomado de Enrique Ruelas; Mimeo Qualimed, 1997.

sabemos que no es una nación productora de materias primas), aunque para lograrlo había un problema: los productos japoneses tenían mala fama; eran caros y de mala calidad. De este modo, en la década de 1950 los japoneses acogieron con entusiasmo las ideas y propuestas de sus asesores norteamericanos, matizándolas y dándoles el toque de su propia cultura.(8)

Con pasos firmes y decididos los productos japoneses fueron ganando terreno en el mercado oriental hasta que, en la década de 1970, comenzaron a preocupar a los industriales norteamericanos quienes comenzaron a notar que el público daba preferencia a automóviles, televisores, estéreos, cámaras fotográficas e incluso equipo para la navegación entre otros productos provenientes del Japón. Resueltos a descubrir qué estaba sucediendo, los empresarios promovieron visitas de intercambio con el oriente descubriendo con sorpresa (7) que el resultado del éxito japonés se había desencadenado por las enseñanzas de dos estadounidenses apasionados por el mejoramiento de la calidad. Así comenzó una gran contienda comercial no sólo entre Estados Unidos y el Japón, sino entre las propias compañías americanas, y entre éstas y otras incluso europeas.

Paralelamente se propició el surgimiento de varias escuelas dirigidas por los ahora llamados “Gurús” de la calidad. Deming (9) promovió la aplicación de sus famosos “14 puntos” poniendo especial énfasis en el papel que deben desempeñar los directivos de las empresas; Juran (10) se centró en una metodología de detección de problemas y elaboración de proyectos de mejora integrada por 10 pasos además de que tradujo el sistema de planeación y control financiero al lenguaje de la calidad; Crosby volvió a la carga con su popular, a la vez que criticado, concepto de “Cero Defectos” y con su propuesta de controlar y reducir los costos de la mala calidad; Ishikawa (8) publicó algunos libros y artículos que ilustran bastante bien la aplicación de las técnicas para lograr el “Control Total de Calidad” a través de la actividad de los círculos de calidad. Por otra parte, algunos expertos en administración como Albrecht (11), Carlzon (12) y Peters y Waterman publicaron interesantes

experiencias de empresas americanas y europeas que vieron la importancia del “servicio a los clientes” para lograr el éxito.

Hay autores hispanohablantes que se han dado a la tarea de difundir, en libros y revistas, sus propias propuestas y experiencias relacionadas con la promoción de la calidad total y los procesos de mejoramiento continuo de la calidad. Algunos de ellos son Acle (13), Ginebra y Arana (14), y Ogliastri (15).

Las instituciones de salud no han sido ajenas a este auge de la calidad. Para Donabedian (16), reconocido por Ruelas (17) como uno de los principales teóricos en materia de calidad de la atención médica, la calidad – entendida como el logro de la satisfacción del paciente a través del restablecimiento de su salud – ha sido la principal preocupación de las ciencias médicas desde sus orígenes. No obstante, no es sino hasta las décadas de 1970 y 1980 que este interés comienza a tomar forma a través del desarrollo institucional de programas de “Garantía de Calidad” en hospitales de los países bajos, Canadá, Estados Unidos y España.

El Center for Human Services, a través del “Proyecto de Garantía de Calidad”, auspiciado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), desde 1991 ha impulsado proyectos, seminarios y asistencia técnica relacionada con la garantía de calidad en países en vías de desarrollo en Latinoamérica, Asia y África (ver el número de junio de 1993 de “Noticias del proyecto de garantía de calidad”).

En México, recientemente instituciones públicas y privadas han mostrado avances en la aplicación de programas de mejoramiento de la calidad. Sobresalen los casos del IMSS y del ISSSTE, así como de los hospitales privados “Ángeles”, “ABC”, “Médica Sur” y la “Torre Médica” en el D.F., y el de la “Clínica Nova” de Monterrey (ver “Memorias del Primer Congreso Nacional de Calidad de la Atención Médica”, 1994). Por su parte, Reyes, Meléndez y Vidal (18) describieron la aplicación de un programa de garantía de calidad en unidades en el primer nivel de atención.

La creación de la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) en 1985 y de la Sociedad Mexicana para la Calidad de la Atención a la Salud (Somecasa) en 1992 ha dado más realce y difusión a las experiencias orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud. En 1991, la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. (Mexfam) inició actividades encaminadas a aplicar un sistema de Calidad Total en la administración de servicios de salud comunitarios.

Antecedentes Históricos del Modelo Industrial de calidad.

3

El desarrollo histórico del movimiento hacia la calidad se inicia en la época preindustrial, cuando el juicio acerca de la calidad del producto se establecía entre el artesano y el usuario.

En la era industrial, se distinguen cuatro etapas:

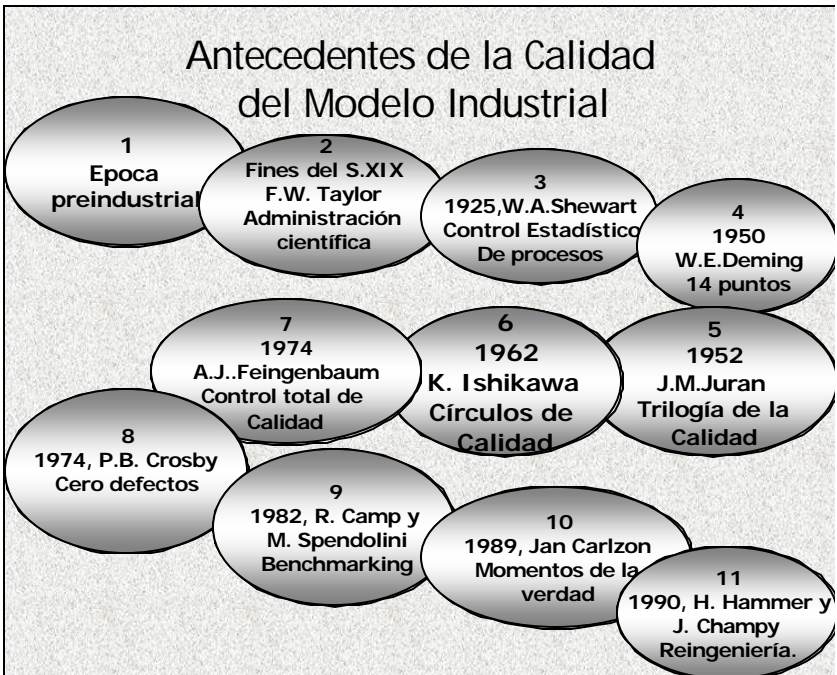
En la primera, la calidad se trata de obtener a través de la inspección; los principales protagonistas de esta etapa fueron F. W. Taylor en 1911 y G.S. Radford en 1922. (19)

La segunda etapa, se caracterizó por el control estadístico de la calidad y se inició en la década de los treinta, destacando entre otros investigadores W.A. Shewart, Harold Dodge, Harry Roming y más tarde G.D. Edwards. En 1931, Shewart publicó su libro *“Economic Control of Quality of Manufactured Product”* que significó un avance definitivo en el movimiento hacia la calidad. En 1940, el Departamento de Guerra de Estados Unidos, formó un comité para establecer estándares de calidad y en 1942, estableció la sección de control de calidad. A finales de esa década, la calidad era parte ya de la enseñanza académica y fue cuando se creó la *“American Society for Quality Control”*.(19)

La tercera etapa de aseguramiento de la calidad, se caracterizó por dos hechos importantes. Uno fue la toma de conciencia de los directivos sobre la responsabilidad que les corresponde en la garantía de la calidad; y el otro, la implantación del nuevo concepto de garantía de calidad en Japón, iniciado en la década de los cincuenta, con cinco actores importantes: Edward Deming(20) quien pone de relieve la producción de artículos defectuosos; Joseph Jurán(21) investiga los costos y la administración de la calidad; Armand Feigenbaum(22) por su parte, concibe el sistema administrativo basado en el compromiso de todos en el logro de la calidad; Philip Crosby(23) diseña el sistema de cero defectos y Kaoru Ishikawa (8) quien introduce la filosofía de Control Total de la Calidad y los Círculos de la Calidad como estrategia de calidad.

La cuarta etapa se da en las últimas dos décadas cuando la calidad pasa a ser una estrategia de competitividad.

En la figura 1 se relacionan los teóricos del modelo industrial de acuerdo con las etapas que se han señalado.



1. Es impensable hablar de calidad sin mencionar los antecedentes de la calidad en la industria y su relación con la calidad en el campo de la salud. El primer antecedente histórico del movimiento hacia la calidad se inicia en la época preindustrial cuando el juicio acerca de la calidad del producto se establecía entre el fabricante y el cliente.

2. La búsqueda de un mejor desempeño de las fábricas hace que a fines del siglo XIX surja, en Estados Unidos, la Administración Científica de Frederick W. Taylor. Con ella se revolucionaron los métodos de producción, logrando multiplicar varias veces los niveles de productividad. Taylor separó la planeación de la ejecución: un grupo de ingenieros y administradores elaboraba los diseños y tomaba las decisiones y los trabajadores, sólo ejecutaban órdenes y rutinas de trabajo, utilizando supervisores para vigilar que cumplieran con las cuotas de producción; con el tiempo se demostró que estos métodos eran muy efectivos para mejorar la productividad, pero socialmente desmoralizantes. (24)

3. En 1926, en los laboratorios de la compañía telefónica Bell, subsidiaria de AT & T de Estados Unidos, nacen las primeras aplicaciones del control estadístico del proceso, basadas en las teorías de la probabilidad, la inspección por muestreo, el estudio de las causas de variabilidad en los procesos, y la gráfica de control estadístico. Su autor fue Walter A. Shewart.(24)

4. W. Edwards Deming, muy relacionado con el éxito de la industria Japonesa, convenció a los Japoneses que la calidad era una arma estratégica, con sus elocuentes conferencias en 1950.

Deming destacó por impulsar el uso del control estadístico de procesos para la administración de la calidad; motivó a los gerentes a tomar decisiones con base en datos estadísticos y a evitar el sobre control en los procesos; promovió el cambio planeado y sistemático a través del Círculo de Shewart, el cual la gente terminó llamando Círculo Deming.

Además, definió 14 puntos que se deben adoptar para asegurar la posición competitiva de sus empresas. Los criterios implican una nueva filosofía de negocios que persigue la permanencia en el largo plazo, en donde las decisiones se toman buscando la lealtad de los clientes en vez de las utilidades a corto plazo. Así también intenta

rediseñar los puestos y los métodos de supervisión para devolver al trabajador la dignidad de su trabajo, al ser tomado en cuenta y valorar su capacidad para participar en el cambio.(7)

5. Tal como Deming, Joseph M. Juran fue invitado a Japón a principios de los cincuentas a impartir una serie de conferencias con fuerte contenido administrativo enfocado en la planeación, organización y responsabilidades de la administración de la calidad, y en las necesidades de establecer metas y objetivos para la mejora.

Hay muchos aspectos en el mensaje de calidad de Juran, algunos de los principales son su definición de la calidad de un producto como “adecuación al uso”; su **Trilogía de la calidad**, consistente en planeación de la calidad; el concepto de autocontrol y la secuencia universal de mejoramiento. (24)

6. Armand V. Feigenbaun es el creador del concepto **Control total de calidad**: “Sistema eficaz para coordinar el mantenimiento de la calidad y los esfuerzos de mejora de varios grupos en una organización, de tal forma que se optimice el costo de producción para permitir la completa satisfacción del cliente”.

Feigenbaun subraya que la calidad no significa “mejor”, sino “ lo mejor para el cliente en servicio y precio”. En el control de calidad la palabra “control” representa una herramienta de la administración, consistente en cuatro pasos: a) definir las características de calidad que son importantes; b) establecer estándares deseados para esas características; c) actuar cuando se excedan los estándares; y d) planear mejoras en los estándares de calidad. (25)

7. Kaoru Ishikawa, como los otros estudiosos Japoneses de la calidad, puso especial interés en desarrollar el uso de métodos estadísticos prácticos y accesibles para la industria. En forma sencilla, su trabajo se centra en la recopilación y presentación de datos, el uso del diagrama de pareto para priorizar las mejoras de la calidad y el diagrama de causa – efecto, también llamados diagrama Ishikawa o de pescado. Existen algunos indicios de que los círculos de calidad pudieron haberse utilizado en los Estados Unidos en los años cincuentas; sin embargo, se atribuye al profesor Ishikawa ser pionero del movimiento de los círculos, a principios de los sesenta. (8)

8. En 1979, Phillip B. Crosby publicó su libro *La calidad es gratis* en el cual concibe el costo para asegurar la calidad de un producto, como la inversión de mayor rentabilidad que una compañía puede hacer, de tal forma que la calidad se paga sola con sus beneficios. De aquí su afirmación de que "*La calidad no cuesta, es gratis*".

Para Crosby los cuatro fundamentos de la calidad son:

1. La calidad se define como el cumplimiento con los requisitos, no como la excelencia;
2. El sistema para asegurar la calidad es la prevención no la evaluación.
3. El estándar de desempeño tiene que ser "cero defectos", no el "así está bien".
4. La calidad se mide por los costos del incumplimiento, no con los índices. (23)

9. Jan Carlzon, nació en Suecia en 1941 y se graduó de la maestría en administración en la Escuela de Economía de Estocolmo, es reconocido como uno de los especialistas más importantes en el área de los servicios.

Carlzon es el creador del concepto "momentos de la verdad", a partir del cual se desarrolló un programa de administración de la calidad para empresas de servicio. Los momentos de la verdad son intervalos que pueden durar tan sólo 15 segundos en los cuales, los empleados de una organización tienen contacto con sus clientes para otorgar un servicio, en esos momentos la institución se pone a prueba. Su imagen depende de la capacidad del empleado para dejar satisfecho al cliente y causarle una buena impresión. (12).

10. Es muy probable que el *Benchmarking* sea uno de los enfoques más modernos y estimulantes que se pueden utilizar para evaluar la cultura organizacional orientada a la calidad y la productividad. La historia del *Benchmarking* es relativamente corta, pues se originó entre 1979 y 1982, cuando la corporación Xerox quiso determinar la posición de sus operaciones de manufactura frente a sus principales competidores.

Robert Camp, uno de sus creadores, define al *Benchmarking* como un proceso positivo y continuo para medir nuestros productos y

servicios en relación con nuestros competidores para encontrar e implantar la mejores prácticas.

Por su parte Michael Spendolini, otro de sus creadores, dice que *Benchmarking* es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y sistemas de trabajo de las empresas que son reconocidas por la utilización de las mejores prácticas, con el propósito de utilizarlos en la mejora de la organización. (26)

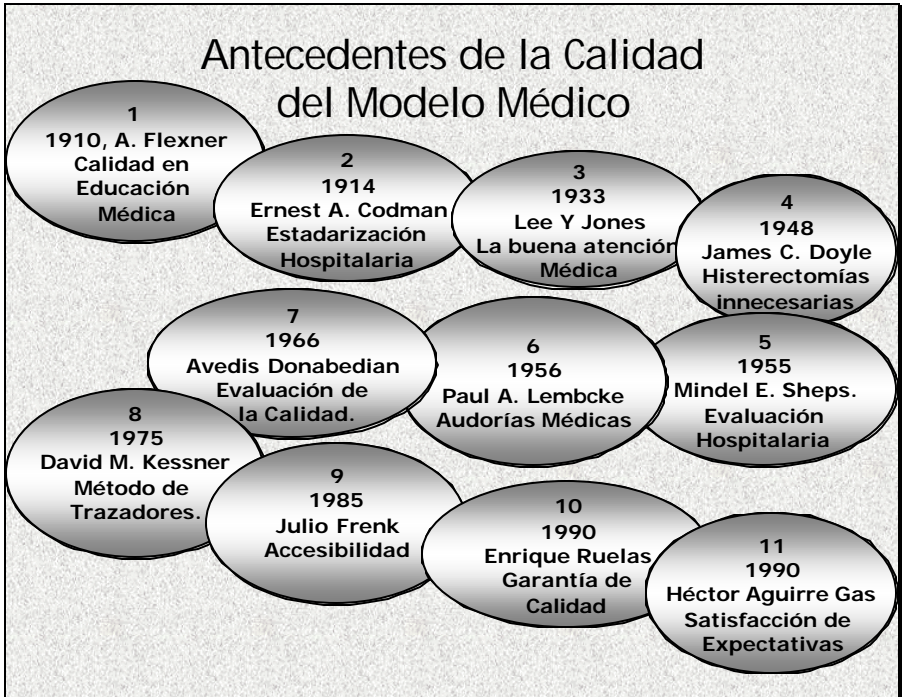
11. Michael Hammer y James Champy proponen como práctica administrativa la reingeniería de la corporación. La Reingeniería implica una reevaluación profunda del sentido general de la organización y la redefinición de procesos, como patrones de relaciones que conectan a los miembros de la organización con las personas ajenas a la misma.

La reingeniería es necesaria cuando a pesar de que las tareas individuales están bien definidas y bien realizadas, el efecto total de estos esfuerzos en otras personas, es ineficiente para la organización e insatisfactorio para los clientes internos y externos. Según Hammer, "la reingeniería significa reconsiderar y rediseñar radicalmente estos procesos mediante los cuales creamos valor para los clientes y realizamos el trabajo". (27)

Antecedentes históricos del modelo médico de calidad.

4

En la figura 2 se muestra la relación histórica de los principales teóricos de la calidad en salud.



1. Uno de los acontecimientos más destacados para mejorar la profesión médica, fue el estudio realizado por Abraham Flexner para la fundación Carnegie, el cual desempeñó el papel más importante en transformar las instituciones de enseñanza de la medicina que dejaron de ser fábricas de diplomas para convertirse en verdaderas universidades, así como reducir el número de facultades de medicina y su relación entre graduados y habitantes. (28)

2. Ernest A. Codman en una disertación leída ante la sociedad médica del condado de Filadelfia, el 14 de mayo de 1911, señalaba lo siguiente: "Con esta disertación me propongo estimular la reflexión

y el debate sobre la estandarización de los Hospitales. Doy por sentado que la palabra estandarización entraña un movimiento general cuyo objetivo es mejorar la calidad de los productos en los que se invierten los fondos asignados a los Hospitales. Por lo común no es fustigando a los rezagados, si no estimulando a los mejores como se logra elevar las normas. Por esa razón he escogido algunos de los mejores hospitales de Filadelfia como patrón de referencia." (29)

Sin lugar a dudas, éste fue el cimiento de la acreditación de hospitales que inició formalmente en los Estados Unidos a principios de los años cincuenta.

3. En 1933 R.I. Lee y L.W. Jones en *The fundamentals of good medical care* (Chicago: The University of Chicago Press, 1933), mencionan que: "la Buena atención médica es el tipo de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en un cierto periodo del desarrollo cultural y profesional de una determinada comunidad o grupo de población."

Ellos fundamentan su concepto de la buena atención médica en: 1) la atención médica correcta se limita a la práctica racional de la medicina, 2) enfatiza la prevención; 3) exige una cooperación inteligente entre el público general y los profesionales de la medicina, 4) trata al individuo como un todo, 5) mantiene una relación personal cercana y continua entre médico y paciente, 6) funciona en coordinación con el trabajo social, 7) coordina los diferentes tipos de servicios médicos; y, 8) buena atención médica significa que todos los servicios de la medicina científica moderna pueden ser aplicados a las necesidades de salud de todas las personas. (30)

Este documento histórico sin duda, sienta la bases de los modernos criterios con que se evalúa la atención médica en la actualidad.

4. James C. Doyle, realizó un estudio en el estado de California (EU) que comprendió 6248 histerectomías practicadas en 35 hospitales. La principal conclusión del estudio fue que en "21.8 % de los 6248 pacientes sometidos a la operación, las lesiones y los síntomas fueron de tal naturaleza que se había preferido un tratamiento médico y/o un procedimiento quirúrgico menor, en tanto que en 2.9% de los casos habría convenido escoger un procedimiento quirúrgico

menos radical que la Histerectomía, aunque la intervención quirúrgica se justificó en esas 182 pacientes."(31)

5. En 1955, Mindel C. Sheps publicó un primer acercamiento a una metodología para evaluar la calidad de la atención Hospitalaria.

En su estudio menciona que: "La mayor parte de los trabajos realizados hasta ahora en la evaluación de la calidad Hospitalaria han estado relacionados con las finalidades de corregir abusos, establecer niveles mínimos y estimular mejoras de la calidad."

La calidad de la atención puede evaluarse mediante un abordaje multidimensional que produzca un perfil del Hospital. La principal base de evaluación puede ser la utilización de uno o varios de estos métodos: análisis de prerequisites para una buena atención; índices destinados a medir elementos de funcionamiento; índices destinados a medir el efecto de la asistencia por los resultados obtenidos y evaluaciones clínicas cualitativas. (32)

6. Paul A. Lembcke en 1956, propone métodos científicos de auditoría médica. Define la auditoría médica como la evaluación retrospectiva de la atención médica por medio del análisis de los registros clínicos.

Menciona además que "el propósito de las auditorías médicas es garantizar que las ventajas de los conocimientos médicos se aprovechen de manera plena y eficaz para satisfacer las necesidades de los pacientes."

Lumbcke también propone que al establecer criterios para evaluar la atención de los pacientes Hospitalizados, se observen ciertos principios de aplicación general: 1) objetividad; 2) posibilidad de comprobación; 3) uniformidad; 4) especificidad; 5) pertinencia; y 6) aceptabilidad.(33)

7. En 1966, el Dr. Avedis Donabedian propone tres enfoques de la evaluación de la calidad de la atención médica: estructura, proceso y resultados.

La evaluación de la estructura se basa en la adecuación de las instalaciones y los equipos; la idoneidad del personal médico y su organización; la estructura administrativa y el funcionamiento de

programas e instituciones que prestan atención médica; la organización financiera y otros.

Otra forma de enfocar la evaluación consiste en examinar el proceso mismo, esta posición se justifica porque se supone que no interesa el poder de la tecnología médica para alcanzar los resultados previstos, sino determinar si se ha aplicado lo que ahora se conoce como buena atención médica.

Otro enfoque propuesto para la evaluación es el resultado de la atención médica en términos de recuperación, restauración de las funciones y supervivencia; los resultados son en general, los indicadores definitivos para dar validez a la eficacia y calidad de la atención médica.(16,34)

8. En 1973, David M. Kessner realiza la evaluación de la calidad de la Salud por el método de trazadores, en su artículo menciona que "mediante la adopción de una serie de criterios se selecciona un conjunto de problemas específicos de salud, llamados trazadores, que incluyen la otitis media y la correspondiente pérdida de la audición, trastornos de la visión, anemia por carencia de hierro infecciones del tracto urinario, hipertensión esencial y cáncer del útero."

Cuando un trazador se utiliza en una comunidad hipotética atendida por un centro de salud, se pueden procesar datos que demuestran la aplicación del método de los procesos trazadores. Se demuestra que el centro, por ejemplo, sólo atiende a 11% de la población estimada de hombres adultos hipertensos de la comunidad, y se comprueba que la farmacoterapia no cumple los criterios mínimos en 30% de la muestra de pacientes tratados. Mediante la evaluación de los procesos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del conjunto de trazadores y del resultado del tratamiento, es posible evaluar la calidad de la atención brindada, en forma rutinaria por un sistema de atención de salud.(35)

9. Julio Frenk, en 1985, al tratar de definir un marco conceptual para el análisis de la accesibilidad señala que "lejos de ser atemporal y universal, el concepto de accesibilidad está restringido a cierta manera de concebir y llevar a cabo las funciones y promover el bienestar. Decir que algo es accesible vale tanto como decir que está fuera del individuo, el cual tiene que desearlo, buscarlo y finalmente,

alcanzarlo. Por tanto tiene sentido hablar de accesibilidad sólo cuando las funciones mencionadas, al menos en sus principales componentes, no se dejan al propio individuo, sino que más bien se delegan en cierta persona u organización".

Al tratar de identificar los posibles dominios del concepto de accesibilidad, dice que el "dominio estrecho" sólo incluye a la búsqueda y al inicio de la atención; que el "dominio intermedio", aparte de los anteriores, agrega la continuación de la atención; y el "dominio amplio" incluye además, el deseo de atención por parte de paciente.

Julio Frenk finaliza su artículo mencionando: "como el objetivo último de mejorar los niveles de accesibilidad es contribuir a niveles más altos de salud de la población, la norma de accesibilidad apropiada podría ser la curva de isoaccesibilidad del grupo que tenga el más alto nivel de salud. De esta suerte, podrían planearse políticas específicas para acercar a otros grupos a la curva estándar de la isoaccesibilidad, ya fuera reduciendo la resistencia con que se topan dichos grupos, o aumentando su poder para superar dicha resistencia". Por lo anterior es conveniente conceptualizar y medir la accesibilidad como el "grado de suerte" entre las características de atención a la salud y las características de la población. (36)

10. En 1990, Enrique Ruelas Barajas muestra la metodología de implantación de un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología mediante círculos de calidad como técnica participativa de control de calidad, para lo cual propone siete etapas: 1) elaboración del documento propositivo y el protocolo de trabajo; 2) negociación; 3) diseño de una guía para la elaboración de un manual de garantía de calidad; 4) selección de punto de inicio; 5) elaboración del manual de garantía de calidad por servicios; 6) operacionalización de los círculos de calidad; y 7) evaluación del programa.(37)

11. En el mismo año (1990), Héctor Aguirre- Gas considera que la calidad de la atención médica puede enfocarse desde tres ángulos diferentes, conforme a la satisfacción de las expectativas del derechohabiente, de la institución y del trabajador mismo, así como del adecuado balance que debe existir entre la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios. Realizó un estudio en el que se tomaron como muestras 33 hospitales del Distrito Federal y de los

estados, de segundo y tercer nivel de atención, disponiéndose de 753 encuestas a derechohabientes en consulta externa, 853 en hospitalización y 1353 encuestas a trabajadores.

La conclusión de este estudio es que la evaluación sistemática de la satisfacción del usuario interno y externo de los servicios de salud, aportan un elemento de juicio excelente para prevenir y corregir aspectos significativos de la atención, que redundan en la calidad y eficiencia de la actividad médica y en la prevención de conflictos laborales. (38)

Conceptos y definiciones.

5

Calidad.

El concepto de calidad ha evolucionado a lo largo de los años y ha dado lugar, a que tanto lo referente a su función como a su ámbito y objeto de control hayan variado hasta nuestros días, cuando la calidad se configura como un modelo de gestión y un estilo de dirección implantado en las empresas líderes.

El diccionario de la Real Academia Española define el concepto de calidad como “La propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie”. Esta definición muestra las dos características esenciales del término. De una parte la subjetividad de su valoración; de otra, su relatividad. No es una cualidad absoluta que se posee o no se posee, sino un atributo relativo. Se tiene más o menos calidad (39)

La calidad entonces no es una serie de características que permanezcan fijas, es una cualidad mejorable.

Así es como desde la era de las cavernas el hombre utilizó de manera instintiva, el concepto de la calidad como un juicio de valor relativo, una apreciación personal que necesita para tomar decisiones.

No sólo el hombre hace juicios de calidad sobre las cosas, la misma naturaleza los hace también y a partir de ellos, toma decisiones. La calidad está presente en los seres vivos, es un concepto que forma parte de la naturaleza desde los tiempos de su creación. (24)

El término tiene su origen en la etimología latina en *Qualitas* que quiere decir “Forma de ser con respecto a mis semejantes” la calidad entonces, es inherente al ser humano, es el hombre quién hace o deja de hacer la calidad y está relacionada con la actitud. (40)

El Dr. Avedis Donabedian lo describe perfectamente cuando declara que “La calidad está en el corazón y el alma de las personas”

Por su parte el Dr. Deming nos enseñó que la calidad se inicia y termina con el cliente, ya que sin clientes no hay organización, ni empresa, ni institución.

Aquí es donde yacen las grandes confusiones acerca de la calidad, muchas personas creen que la calidad la van a lograr en base a técnicas y gastan enormes cantidades de dinero en adquirir capacitación en recetas rápidas, lo más peligroso de ello es que al no ver los resultados que ellos esperaban se inmunizan ante la calidad y la consideran como otra moda más.

Si se mencionó que la calidad es una cuestión inherente al ser humano (Qualitas), entonces es algo más profundo que una mera técnica, es una cuestión filosófica, la calidad es por eso una forma de vida y no un simple programa, método o modelo. Implica no sólo estar involucrado con ella, implica compromiso y liderazgo (40).

A través del tiempo se han propuesto numerosas definiciones de calidad. todas ellas se han formulado en función tanto de las características del bien o servicio, como de la satisfacción de las necesidades y exigencias del consumidor.

La calidad es:

- El grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor.
- El conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presupuesten.
- El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas.
- El conjunto de todas las propiedades y características de un producto que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado a que va destinado.
- El cumplimiento de las especificaciones, los requisitos del diseño del producto o servicio.
- El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas. (39)

El Dr. Enrique Ruelas tratando de integrar estos aspectos propone que “Calidad es el conjunto de características, atributos y especificaciones que poseen los bienes o servicios y que permiten clasificarlos en diversas categorías relacionadas con la satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes”.

Calidad total.

Por su parte *Calidad total* es el conjunto de principios de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de obtener, una mejor satisfacción del cliente al menor costo. Es un sistema integrador de los esfuerzos de la mejora continua de la calidad de todas las personas de una organización, para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores. Es un enfoque dirigido a mejorar la eficacia y la flexibilidad de la empresa, una vía para involucrar a toda la organización, a todos y cada uno de los departamentos, grupos, personas y actividades; la calidad total es una filosofía empresarial que conforma una estrategia de cambio en la organización y un modelo de gestión (39), que se apoya en tres pilares: La satisfacción de los clientes externos e internos. La participación de todos los miembros de la organización a través del trabajo en equipo y un liderazgo innovador. Y, la aplicación de técnicas y herramientas para el control y mejoramiento continuo de la calidad.

En realidad calidad total es la traducción de las palabras en inglés *Total Quality*, las cuáles a su vez, son el resultado de la multiplicación del concepto íntegro *Total Quality Control*, que significa control total de calidad. El creador de este concepto es el Dr. Armand V. Feigenbaum, quién lo define como: “...Un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo de calidad, mantenimiento de calidad y mejoramiento de calidad, realizados por los diversos grupos en una organización de modo que sea posible producir bienes y servicios a los niveles más económicos y que sean compatibles con la plena satisfacción de los clientes”. (22)

Calidad de atención a la salud (CAS)

Es importante diferenciar la calidad de un producto y la de un servicio.

La calidad de un producto se juzga por su apariencia externa y su efectividad aislada que responde a las expectativas del cliente.

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. (41)

Donabedian (42) al hacer una exploración conceptual de la definición de la CAS menciona 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* sobre si un caso específico de atención médica tiene dicha propiedad y, de ser así en qué medida.

Este autor menciona los elementos básicos de una definición de calidad como los *aspectos técnicos, interpersonales y las amenidades* que intervienen en la atención, mismos que más tarde (1990) se denominaron las **dimensiones** de la calidad de atención a la salud.

La **dimensión técnica** es la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud. Este autor considera que la calidad, en cuanto a esta dimensión técnica, podría definirse como “La aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos”.

Otro aspecto de la dimensión técnica se refiere al uso de los recursos (Financieros, instalaciones, equipo, material y tiempo). Cuando éstos se desaprovechan, disminuye la calidad de la atención proporcionada, pues no se está produciendo el máximo de beneficios posibles. Por otra parte, el abuso de dichos recursos (por ejemplo, exámenes de laboratorio que podrían obviarse, medicamentos que no debieron haberse indicado) también disminuye la calidad puesto que además del desperdicio que esto representa es posible que se esté sometiendo a los usuarios a riesgos innecesarios.

La **dimensión interpersonal** consiste en la interacción social y económica que ocurre entre el paciente y sus familiares y el personal de salud. El mismo Donabedian explica la calidad desde la dimensión interpersonal de la siguiente manera: “El manejo de las relaciones

interpersonales debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. De aquí que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mida por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones” (42).

El tercer elemento de la atención denominado **Amenidades**, describe características concretas como una sala de espera agradable y cómoda, un cuarto de exploración a buena temperatura , sábanas limpias, cama cómoda, buena alimentación, etc. pero también incluye aspectos un poco más abstractos como comida, privacidad, cortesía, aceptabilidad, etc.

En su análisis inicial de los elementos básicos, Donabedian, en general consideró a las amenidades como parte del, o contribución al manejo de la relación interpersonal, ya que significan interés por la satisfacción del paciente, independientemente de quién las proporciona (personal de salud público, privado, instituciones).

Otros elementos que Donabedian sugiere analizar cuando se explora conceptualmente una definición de la calidad de atención a la salud son: los costos, los servicios, la cantidad, la accesibilidad, continuidad y aceptabilidad de los servicios, la satisfacción de los pacientes y del personal de salud.

La conceptualización de la calidad de atención a la salud como un fenómeno multidimensional ha originado diferentes definiciones de alguna manera complementarias incorporando diferentes elementos a la definición:

Lee y Jones definieron la buena asistencia médica como la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas y la aplicación de todos los servicios de la medicina científica a las necesidades de la población.

Esseltyn propuso dos criterios para determinar si la asistencia médica prestada es de calidad: el grado en que la asistencia está disponible, es aceptable, extensa y documentada, y el grado en que una terapia adecuada se basa sobre un diagnóstico preciso y no sintomático.

Hare y Barnoon señalan que la asistencia médica de calidad incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la terapia adecuada en la dirección diseñada a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Además, la asistencia debe estar siempre disponible, ser eficiente y documentarse adecuadamente.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de la asistencia sanitaria es: "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos latrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". (Citados por Varo, J. 1994)

Finalmente, Ruelas y Querol proponen que "la calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención y a los valores sociales imperantes. La calidad, implica, por definición, resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma". (43)

Otros conceptos.

Política de calidad. Comprende el conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad expresados formalmente por la dirección; son, pues, los principios generales que guían la actuación de una organización. forma parte de la política general de la empresa aprobada por los órganos directivos y está constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.

Gestión de la calidad. Es aquel aspecto de la función directiva que determina y aplica la política de calidad. Comprende tres procesos: planificación, organización y control. Juran prefiere desarrollarla a través de las tres fases de su triología: planificación, control y mejora de la calidad. Por su parte Deming, al igual que Crosby, la explica mediante catorce actuaciones.

La planificación de la calidad. Constituye el proceso de definición de las políticas de calidad, generación de los objetivos y establecimiento de las estrategias para alcanzarlos. Es la actividad destinada a determinar quienes son los clientes y cuales son sus necesidades, desarrollar los procesos y productos requeridos para satisfacerlas y transferirlos a las unidades operativas.

La organización para la calidad. Es el Conjunto de la estructura organizativa, los procesos y los recursos establecidos para gestionar la calidad. Es la división de funciones y tareas y su coordinación.

El control de la calidad abarca las técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas en la verificación del cumplimiento de los requisitos relativos a la calidad. Consiste en determinar si la calidad de la producción se corresponde con la calidad del diseño. Es el proceso a través del cual se puede medir la calidad real, compararla con las normas y actuar sobre la diferencia.

La mejora de la calidad supone la creación organizada de un cambio ventajoso. No es sólo eliminar los picos esporádicos de mala calidad, objeto de control, sino un proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento.

El sistema de calidad es el conjunto de la estructura de la organización, las responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos que se disponen para llevar a cabo la gestión de la calidad. Es el conjunto de los planes formales de calidad.

El manual de calidad es el documento utilizado en la descripción e implantación del sistema de calidad. En él se establecen las políticas, sistemas y prácticas de calidad de una empresa.

La garantía de calidad o sistema de aseguramiento de la calidad. Comprende el conjunto de acciones, planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un bien o servicio va a cumplir los requisitos de calidad exigidos. Incluye el conjunto de actividades realizadas por la empresa dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del consumidor.

La calidad total es el conjunto de principios de estrategia global, que intenta movilizar a toda la empresa con el fin de obtener una mejor satisfacción del cliente al menor coste. (39)

La garantía de la calidad en la atención médica.

6

El proceso de “Garantía de calidad en los servicios de salud”, es un imperativo de esta época en que la evolución tecnológica, los avances en la medicina y el desarrollo del talento humano en salud, hacen que los directivos deban utilizar herramientas que les permitan controlar en forma adecuada los procesos que a ellos han sido encomendados. (41)

Se ha propuesto entender el concepto “Garantía” de acuerdo con su correcta acepción como “Acto y efecto de afianzar lo estipulado”, o “Cosa que protege contra algún riesgo o necesidad” o como “responder de la calidad de algo”, garantía de calidad es el termino genérico para identificar cualquier esfuerzo tendiente a incrementar beneficios y/o evitar riesgos. (44).

Ya desde 1986, Donabedian señalaba que la garantía de la calidad “Son aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, esta es monitorizada y los resultados son seguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias. (45)

En México, como resultado de la primera experiencia de garantía de calidad y con el objeto de operacionalizar una definición, Ruelas y Zapata (1990) proponen que la “Garantía de la calidad es un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, a través de cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoría y diseño, desarrollo y cambio organizacional”.(37)

Galán- Morera(1999) considera la garantía de calidad en salud como “Un proceso técnico-científico, administrativo y financiero, que busca asegurar una adecuada prestación 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”. (41)

Pero no se llegará a la garantía de calidad, sin haber recorrido un largo camino, que se inicia con una definición clara de la filosofía, políticas y valores de la organización; y continúa con el

establecimiento preciso de la razón de ser y la direccionabilidad a través de la misión y la visión institucional, todo ésto enmarcado en una adecuada planeación (estratégica) y programación; sigue con la adecuación de la estructura organizativa que permita dar respuesta oportuna y adecuada a necesidades, demandas y expectativas de la población, a través de un liderazgo participativo e innovador que propicie una comunicación eficaz, una participación efectiva del personal en la toma de decisiones en su área de responsabilidad y facilite el trabajo en equipo, creando así un clima de trabajo agradable y motivador.

Pero no es sólo eso, se requiere además, diseñar y desarrollar sistemas de calidad, mediante una instrumentación metodológica accesible y aplicable al tipo de institución de salud que se trate, y la calidad debe ser controlada cuidadosamente por medio de mecanismos de monitoría claramente definidos y un sistema de información confiable y oportuno.

La garantía de calidad, fácil de enunciar es difícil de obtener si no se definen puntos críticos de éxito que permitan su evaluación; por ejemplo:

- **Competencia técnica** del personal que le permita realizar con eficacia, eficiencia y efectividad los procesos de atención.
- **Uso eficiente de los recursos** en la prestación del servicio evitando desperdicio y excesos, obteniendo así, más calidad a un costo menor.
- **Máximo de beneficio con el mínimo de riesgo** principio fundamental y ético de los profesionales de la salud: no dañar, usualmente hacer el bien e, idealmente, realizar el mayor beneficio que sea posible alcanzar.
- **Satisfacción del paciente y del prestador del servicio** ya que en sí, es el Objetivo y resultado de la atención. Además, es más probable que un paciente satisfecho coopere eficazmente con el médico y siga sus recomendaciones; asimismo, la satisfacción del prestador del servicio favorece un mejor desempeño.
- **Trato digno y respeto** a los derechos humanos y a las características individuales de las personas.
- **Hospital certificado** que asegure que cuenta con los elementos humanos, físicos y financieros indispensables para garantizar la calidad de los servicios que otorga.

- **Criterios médicos homogenizados** que favorezcan la estandarización, documentación y evaluación de los procesos, propiciando así la comparación referencial de las mejores prácticas médicas.
- **Sistema de información y evaluación** oportuna y confiable que actúe como el sistema nervioso de la organización y centro de la toma de decisiones.
- **Sistema de educación continua** como la fuente del desarrollo humano, el conocimiento y la creatividad.
- **Información completa, clara y oportuna a usuarios** que ayude a mejorar la relación interpersonal y favorezca la comprensión y continuidad de la atención, propiciando una mejor utilización de los servicios de salud.

Sistema y cultura de calidad.

7

Con frecuencia estos términos se utilizan indistintamente cuando se habla de calidad de atención a la salud, por lo que consideramos importante tratar de definirlos, primero, para luego tratar de determinar los elementos y criterios básicos para su establecimiento.

Un sistema de calidad en servicios de salud es el conjunto de elementos y procesos interrelacionados que busca la satisfacción de las expectativas de los usuarios, a través del aseguramiento de la calidad y la eficiencia operativa de los servicios.

Elementos básicos para establecer un sistema de calidad.

- **Política institucional de calidad** que defina claramente el rumbo de la organización, constituya el marco general de acción y establezca la directriz de la alta dirección.
- **Programa de garantía de calidad** que incluya un diagnóstico integral de las áreas sólidas y áreas por mejorar, definir claramente objetivos y metas, planear y desarrollar actividades y evaluar cualitativa y cuantitativamente el programa.
- **Gestión de la calidad** a través de determinar las expectativas de los usuarios; fijar los objetivos en base a las expectativas; desarrollar procesos para lograr los objetivos; asignar los recursos necesarios; evaluar el avance logrado; identificar los problemas en los procesos (análisis de procesos); definir las causas; proponer medidas preventivas y correctivas; hacer seguimiento de la efectividad de las medidas; y planear la mejora continua de la calidad.
- **Involucramiento y compromiso de todo el personal**, si bien el personal operativo es el responsable de dar servicio de calidad, son los directivos los encargados de realizar la gestión de la calidad.
- **Recursos suficientes, de calidad y oportunos** que aseguren el buen desarrollo de los procesos de atención a la salud.
- **Enfoque al usuario** como la razón de ser del quehacer del profesional de la salud. buscando siempre la satisfacción de sus necesidades, demandas y expectativas.

- **Orientación administrativa por procesos** y no por funciones, que permita la definición, análisis y mejora de los procesos a través de criterios e indicadores.
- **Trabajo en equipo** como la máxima expresión de un liderazgo participativo e innovador, mejorando la satisfacción y la motivación del personal de salud.
- **Capacitación específica en calidad** que permita al personal conocer y aplicar la técnicas metodológicas y las herramientas estratégicas para el mejoramiento de la calidad.
- **Disponibilidad de facilitadores expertos en calidad** que coordinen y apoyen los programas de garantía de calidad.

Elementos básicos para impulsar una cultura de calidad.

La cultura de calidad es el conjunto de creencias y valores que comparten el personal directivo y operativo, que se refleja al otorgar servicios de salud oportunos eficientes y de calidad en un marco de respeto, humanismo y cordialidad.

Es indudable que la cultura de calidad está sustentada por principios y valores de calidad. En este sentido consideramos que el *Modelo de Dirección por Calidad, Versión 2000-2002* publicado por la Fundación Mexicana para la Calidad Total, A.C. a través de sus criterios y subcriterios constituyen los elementos básicos para crear una cultura organizacional de calidad.

Este modelo que fue desarrollado originalmente como una guía de la Fundación del Gobierno de la República en 1988, evolucionó para ser utilizado como una herramienta de autodiagnóstico y posteriormente como un instrumento de gestión de las organizaciones de ahí se nombre de modelo de Dirección por Calidad.

Propósitos, principios y valores:

Propósitos

Los propósitos principales del Modelo de Dirección por Calidad son:

- Promover una cultura basada en la mejora continua y la creación de valor a los clientes/usuarios, personal, accionistas,

comunidad y medio ambiente.

- Desarrollar prácticas directivas de administración con un enfoque de calidad.
- Promover la comunicación y el intercambio de información en las organizaciones, crear un lenguaje común y la generación de sinergia en los grupos de trabajo.

Principios

El modelo está sustentado en los siguientes preceptos:

- Calidad total es una forma de ser que promueve la mejora continua de los productos, procesos, sistemas y personas involucradas.
- Mejora continua es el medio para lograr altos niveles de competitividad y crear valor a través de la producción de bienes y servicios.
- Los líderes son los impulsores del cambio, en ellos descansa la visión y la congruencia entre el “decir” y el “hacer”, así como la responsabilidad de la creación de una cultura de calidad y el rumbo estratégico de la operación.
- La calidad se construye mejorando los procesos, no enfocándose sólo al producto o resultado.
- La autogestión y la autoevaluación constituyen los pilares del desarrollo personal, profesional y organizacional.
- Las alianzas con el personal, los usuarios, proveedores y comunidad son la fuerza fundamental de la cultura de calidad.

La cultura de calidad implica un compromiso con el bienestar de la comunidad, la conservación de sus valores culturales, y el uso racional de los recursos naturales.

Valores

Algunos de los valores de calidad integrados en este modelo son:

- Creación de valor al cliente/usuario, personal,

accionistas, comunidad, ecosistemas.

- Visión de largo plazo.
 - Participación informada y comprometida de involucrados.
 - Diseño y prevención.
 - Enfoque a procesos.
 - Respuesta oportuna.
 - Medición y autoevaluación.
 - Administración por hechos y datos.
 -
-

Criterios:

Descripción

Los ocho criterios del Modelo de Dirección por Calidad se presentan a continuación.

1.0 Valor superior para el cliente

El cliente y usuario final es la razón de ser de la organización. El propósito de los productos y servicios es satisfacer y exceder sus necesidades y expectativas. Los sistemas de Calidad promueven la creación de valor al cliente y el fortalecimiento de relaciones positivas de largo plazo.

2.0 Liderazgo

El equipo líder, administra y fija el rumbo a seguir. Practica y vive los principios y valores de calidad, y de esta manera impulsa con su ejemplo la cultura de la organización hacia la mejora continua.

3.0 Desarrollo del personal

El personal es la fuerza básica de la organización. En este criterio se analiza cómo los sistemas de trabajo y los programas de capacitación, educación y calidad de vida promueven la cultura de calidad y crean valor al personal, los clientes, los accionistas, la

sociedad y el medio ambiente.

**4.0
Conocimiento
organizacional**

La experiencia acumulada y los aprendizajes constituyen la “memoria histórica” de una organización. Su administración y protección es elemento clave de la mejora continua y la competitividad.

**5.0
Planeación**

En este criterio se analizan los sistemas utilizados para definir y mantener vigente el papel social de la organización, así como el despliegue operativo que lo hace posible.

**6.0
Cadenas de valor**

La transformación de insumos en bienes o servicios adquiere su sentido social cuando se considera el valor creado a quienes están involucrados en el proceso: proveedores, personal, clientes. la mejora continua es un concepto integrador que busca el beneficio de todos los participantes.

**7.0
Impacto en la
sociedad**

El desarrollo sostenible, forma parte de las condiciones de permanencia de cualquier organización. Las tradiciones sociales y los recursos naturales son el marco general del que surgen todas las opciones productivas.

**8.0
Valor creado:
resultados**

Los resultados de operación analizados es un esquema integrador y de tendencias, muestran con claridad los impactos generados por la dinámica externa a la organización, o debido a cambios y mejoras en los sistemas y procesos de trabajo.

Los gráficos describen el movimiento de la empresa, un ser vivo que se mueve en un entorno dinámico. (46)

Bibliografía.

- 1.- **Frenk, J.;** *Integración de la Prestación de los Servicios de Salud;* Salud Pública Méx (Suplemento) 1992;34:85-104.
- 2.- **Piña. H.A.;** *Factores que influyen en la capacidad de producir servicios de atención médica "Organización Técnica Administrativa". Administración de la Atención Médica, diez Simposios.* Editado por. **Armando Cordera** Academia Nacional de Medicina: Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco 1980 Pp.69-71.
- 3.- **Laguna, G.J.; Fernández de Castro J.; Cordera, P.A.;** *Equidad y Salud.* *Salud Pública Mex.* (Suplemento) 1992;34:9-15.
- 4.- **Martínez, N.G.;** *Cobertura de los Servicios de Salud.* *Salud Pública Méx.* (Suplemento) 1992;34:16-28
- 5.- **Ruelas, B.E.;** *Hacia una Estrategia de Garantía de Calidad. de los Conceptos a las Acciones.* *Salud Pública Méx* (Suplemento) 1992;34:29-43.
- 6.- **Donabedian, A.;** *The Definition of Quality and Approaches to its Management, Vol 1: Exploration in Quality assessment and monitoring.* Ann Arbor, Mich: Health Administration Press. 1980;1:38-40.
- 7.- **Walton, Mary.** *Cómo administrar con el método Deming.* Grupo editorial Norma, Bogotá, Colombia, 1986.
- 8.- **Ishikawa, Kaoru.** *Introducción al control de calidad.* Ediciones Díaz de Santos, Madrid España, 1989.
- 9.- **Deming, W.E.** *Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis.* Ediciones Díaz de Santos, Madrid España, 1989.
- 10.- **Juran, J.M.** *Juran y el liderazgo para la calidad: un manual para directivos.* Ediciones Díaz de Santos, Madrid España, 1990.
- 11.- **Albrecht, Karl.** *Gerencia del servicio.* Editorial Legis, Bogotá, Colombia, 1988.

- 12.- **Carlzon, Jan.** *El momento de la verdad.* Ediciones Díaz de Santos, Madrid España, 1989.
- 13.- **Acle, Alfredo.** *Planeación estratégica y calidad total.* Editoriales Grijalbo México, D.F. 1991.
- 14.- **Ginebra, Joan y Arana, R.** *Dirección por servicio.* Editorial Mc Graw Hill, Méxic, D.F. 1991.
- 15.- **Ogliastri, Enrique.** *Gerencia japonesa y círculos de participación.* Editorial Norma, Bogotá Colombia, 1998.
- 16.- **Donabedian, Avedis.** *Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad.* Salud Pública de México 1993;35:238-247.
- 17.- **Ruelas, Enrique.** (1990). **De la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía.** Salud Pública de México 1990;32:108-109.
- 18.- **Reyes, H., Meléndez, V.M. y Vidal, L.M.** (1990) *Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención.* Salud Pública de México, 1990;32:232-242.
- 19.- **Gutiérrez, M.;** *Administrar para la calidad. Conceptos Administrativos del Control Total de la Calidad.* De. Limusa, 1989. México, D.F.
- 20.- **Deming, W.E.;** *Quality Productivity and Competitive Position.* MIT-1979.
- 21.- **Jurán, J.M.** et. Al; *Quality Control Handbook. Thirde.* Edition Mc Graw Hill, 1974.
- 22.- **Feingenbaum, A.V.;** *Total Quality Control.* Editorial Mc Graw Hill 1961.
- 23.- **Crosby, P.B.;** *Quality is free.* Editorial Mc Graw Hill, Nueva York, 1979.
- 24.- **Guajardo, G.E.;** *Administración de la calidad total. Conceptos y enseñanzas de los grandes maestros de la calidad.* Editorial Pax, México, D.F., 1996.

- 25.- **Feingbaum, A.V.**; *Total Quality control*. Editorial Mc Graw Hill, 1974.
- 26.- **Camp. R. y Spendolini, M.**; Citados por Rodríguez C.C.; *el nuevo escenario. La cultura de calidad y productividad en las empresas*. Editorial Iteso, Tlaquepaque, Jalisco, México, 1997.
- 27.- **Hammer, M. y Champy, j.**; *Reengineering the corporation: a manifiesto for Busines Revolución*. New York: Harper Collins, 1993.
- 28.- **Flexner, A.** *Medical education in the United State and Canada*: Resort to carnegie Foundation for Advanced of Teacheng with Introduction by Henry do Princhett, New York, D.B. updike, the Merrymount Press, 1910*.
- 29.- **Codman, E.A.**; *El producto de los Hospitales* .citados por Karr L. White Surgery Gynecoly and obstetrics 1914;18:491-496. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Ops, Washington, D.C., 1992.
- 30.- **Lee, R.I., Jones, L.W.** *The Fundamentals of Medical*:The University of Chicago Press, 1933.
- 31.- **Doyle, J.C.**; *Histerectomía en 35 Hospitales en 1948*. Journal of the American Medical Association 151(5):360-365,1953*.
- 32.-**Sheps, C.**; *Métodos para evaluar la calidad de la atención Hospitalaria*. Públic Health Reports 70(9):877,1995.*
- 33.- **Lumbcke, P.D.**; *Métodos científicos de auditoría médica. Su aplicación en la cirugía mayor de la pelvis en la mujer*. Journal of the American Medical Association. 162: 646-655,1956*.
- 34.- **Donabedian, A.**; *Evaluación de la calidad de atención médica*. The Milbank Memorial Fund Quarterly 44:166-203,1966.*
- 35.-**Kessner, D.M.** et al. *Evaluación de la calidad de la salud por el método de los procesos trazadores*. The New England Journal pf Medicine 288(4):189-194,1973.*
- 36.- **Frenk, j.**; *El concepto y la medición de la accesibilidad*. Salud Pública de México 27(5):438.453,1985*.

- 37.- **Ruelas, B.E.;** *Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología.* Salud Pública de México 1990;32:207-220.
- 38.- **Aguirre, G.H.;** *Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas.* Salud pública De México 1990;32:170-180.
- 39.- **Varo, J.;** *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios.* De. Díaz de Santos. Madrid 1994.
- 40.- **Orozco-Ochoa F.J.;** *El nuevo paradigma de la competitividad.* Editorial, Panorama, México, D.F. 1998.
- 41.- **Malagón-Lodoño, G.;** *Visión sobre la calidad total.* En: Malagón-Lodoño/Galán-Morera/Pontón Loverde; *Garantía de calidad en salud.* Editorial Médica Panamericana, Bogotá, Colombia 1999.
- 42.- **Donabedian, A.;** *La calidad de la atención médica.* Ediciones científicas la prensa médica mexicana, México, D.F. 1984.
- 43.- **Ruelas, B.E.; Querol, V.L.;** *Sobre la garantía de la calidad: Conceptos, Acciones y Reflexiones.* Gaceta médica de México. 1994; 130-4:218-230.
- 44.- **Ruelas, B.E.; Zurita, G.B.;** *Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud.* Salud Pública de México 1993;35:235-237.
- 45.- **Donabedian, A.;** *Quality Assurance in our Health Sistem.* Quality ASSURANCE Utilization Rev. 1986; 1(1):37-68.
- 46.- **Sida- Medrano, J.R., Rodríguez- Morales, L. Acuña-Martínez, F.G., Medoza-García, I., Sosa-Becerra, R.;** *Modelo de Dirección por Calidad. versión 2000-2002.* Fundación mexicana para la calidad total, A.C. México, D.F. diciembre de 1999.

* Citados por Karr L. White en *Investigaciones sobre servicios de salud: Una antología.* OPS, Whashington, DC, 1992.