

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Carlos Herrada

HERAMIENTAS DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA ORGANIZACIONES DE SALUD

2010

Citar como: Herrada, C. (2010). Implantación del concepto de claidad en los sistemas de salud: análisis de la evolución del concepto. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE	pag.
1-Introducción	4
2-Orígenes de la calidad	4
2-1 Lugar de los servicios en la economía actual	5
2-2 Las dificultades en la división Bienes /servicios	6
3-Características de los servicios	7
3-1 La intangibilidad	7
3-2 La heterogeneidad	7
3-3 La inseparabilidad	8
3-4 Proceso del servicio	8
4- Que se entiende por calidad	11
4-1 Concepto de calidad del servicio	12
4-2 Servicio y calidad de servicio	13
4.3 Calidad objetiva y calidad subjetiva	15
4-4 Modelos de medición	21
4-4.1 La escuela nórdica	21
4-4.2 Escuela americana	23
4-5 Otros modelos de medición	27
4-5.1 Modelo de los tres componentes	27
4-5.2 Modelo SERVPERF	29
4-5.3 El modelo de Desempeño Evaluado, PE	30
4-5.4 Calidad percibida	31
5- El peso de los servicios de Salud	33
5-1 El modelo de servucción	34
5-1.2 Los servicios de salud forman parte del campo de la macroeconomía	34
6-La calidad como elemento importante pero impreciso en la salud	36
6-1 Calidad en salud y evaluación	37
6-1.2 La evolución del pensamiento ético-profesional	38
6-1.3 Cuestionamiento sobre la cientificidad y eficacia de la medicina	39
7- Problemas en la focalización del bien "salud"	41
7-1 La fragmentación de la organización de los sistemas de salud	41
7-2 La pérdida del horizonte de la equidad	42
7-3 La falta de liderazgo de salud pública	42
7- 4 La práctica como un contrato	43

2

Implantación del concepto de calidad en los sistemas de salud

Análisis de la evolución del concepto

8-Donde focalizar el análisis de la calidad en salud	43
8-1 De las Áreas	44
8-1.1 Marco teórico que se va a legitimar	44
8-1.2 Nivel o sujeto de acción	45
8-1.3 Cómo se va a evaluar	46
8-1.4 Cómo mejorar la realidad encontrada	46
9- De las Estrategias y de las acciones	47
10- Análisis de los protagonistas en la calidad.	49
11- Modelos de Monitoreo	50
11-1 Auditoría técnico-administrativa	50
11-2 Modelo industrial	51
11-3 Modelo médico o de la atención a la salud	51
12- Las técnicas de evaluación de la calidad	52
13- Posibles líneas de investigación	62
14 Conclusión	63
15-Bibliografía General	64

"Calidad en salud es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades de la ciencia, el conocimiento y la práctica". (Donabedian, 1993)

1-Introducción

El presente trabajo pretende hacer un recorrido conceptual de la implantación de los conceptos de calidad dentro del ámbito de la salud en la Republica Argentina. Si bien el concepto ha sido establecido como un elemento valorizado a nivel general, la implementación de los sistemas de calidad ha fracasado en muchos aspectos.

Del presente análisis se desprende que la lógica siempre fue orientada a ver al producto salud como un bien, configurando este precepto una realidad distorsiva en los medios y en los fines de los procesos que se intentaron imponer.

Es así que muchos procesos quedaron en aspectos simbólicos y aun escénicos de la calidad sin llegar a cambiar la esencia de intervención en el acto médico en si, como muestra de esto muchas intervenciones catalogadas como calidad se resumieron en instalar dispositivos aislados (por ejemplo un call center) o mejorar los amenities o la infraestructura, sin desarrollar un proceso de calidad integrado y orientado a la satisfacción del paciente o usuario . Otras hicieron hincapié en el paciente-cliente pero sin incluirlo como copartícipe dinámico en los procesos de atención y en las relaciones que de este se derivan.

Se desarrollara un análisis de Sistemas de Calidad y los conceptos de servicios, calidad y satisfacción del cliente y la manera en que los modelos industriales y los sanitarios se pueden articular y que particularidades tienen cada uno de ellos en su conceptualización y utilidad dentro del área de la salud.

2-Orígenes de la calidad

Los sistemas de calidad fueron introducidos en el área de la industria luego de la segunda guerra mundial, fue en 1951 que aparecen en Japón las primeras normas y estándares de producción con el fin de hacer eficiente la ayuda internacional en la reconstrucción postguerra.

Si bien ya se habían puesto en vigencia en los años 40 en la producción de armamentos, en ese momento lo que importaba era la línea de producción para producir mayor cantidad sin importar los costos, pero no es, hasta la era de posguerra que el sistema se implanta en la industria y luego en el comercio a los fines ajustar procesos y lograra mayor eficiencia productiva. Hay que distinguir aquí el aporte del desarrollo de los años 60 y 70 y diferenciar 2 esquemas en el conjunto.

Por un lado las industrias americanas y europeas orientadas a mejorar procesos y volumen de producción solamente, en tanto que en Japón se introduce el concepto de satisfacción del cliente y orienta la producción a la innovación y satisfacción de los usuarios lo que posibilitó en los años 80 el vertiginoso proceso de crecimiento económico y penetración en los mercados por parte de la industria Japonesa.

A partir de allí el concepto introduce al cliente como elemento importante en la mira, pasando del control de calidad a los conceptos de aseguramiento de la calidad y calidad total. (Fisher y Navarro, 1994).

2-1 Lugar de los servicios en la economía actual

Se sabe que desde el advenimiento la era posmoderna los servicios adquirieron un lugar singular dentro de la economía global, de hecho los actores de servicios lucrativos y no lucrativos en las economías modernas superan a la tradicional producción y potencia de las manufacturas industriales.

El viraje hacia el sector de los servicios es evidente en todo el mundo, las empresas de servicios no solo han aumentado de tamaño, sino también han ido absorbiendo todos los empleos descartados por las industrias tradicionales. Tanto las economías europeas como en la de EEUU dicho viraje se ha hecho evidente y se pueden inferir de los siguientes datos. En el año 1900 el 30% de la PEA de EEUU estaba empleado en el sector servicios pero en 1994 dicha cifra había subido al 74% y de hecho al año 2005 el área de servicios fue el que soportó el crecimiento del mercado laboral nuevo correspondiendo a los servicios el 90% del empleo real creado. (Peel, 2003)

En cuanto a nuestra economía podemos decir que si bien los ingresos del país en base a exportaciones siguen girando sobre commodities y exportación productos

primarios y de bienes no manufacturados el peso de los servicios en la economía interna presenta similitud con el estándar global rondando el 60 por ciento de la actividad económica interna.

Por otro lado los servicios sustentan sus activos en la capacidad de las personas siendo el campo donde actúan las más altas calificaciones del capital humano siendo un hecho importante a destacar en el campo de la salud.

2-2 Las dificultades en la división Bienes /servicios

Se admite que la diferencia entre bienes y servicios no siempre es clara, hoy en el marco de nuestra economía global los límites de bienes y servicios se desdibujan en segmentos poco claros. Así un bien puro implicaría que los beneficios que recibe el cliente no contienen ningún elemento del servicio que este brinda y por otro lado un servicio puro no contendría ningún elemento de los bienes.

En realidad muchos servicios contienen cuanto menos algunos elementos de los bienes y viceversa. Para ejemplo al comprar un paquete de sal es factible encontrar en el envase información nutricional, recetas, asesoramiento sobre calidad de la misma y una cadena de servicios al consumidor que exceden al bien SAL.

En la definición tradicional podríamos decir que un bien se refiere a objetos, aparatos o cosas mientras que los servicios son actos, esfuerzos o realizaciones luego ambos podrán tener un punto en común ya sea porque son productos o devienen en productos y aquí aparece la primera idea común.

La diferencia entonces radica en la tangibilidad o intangibilidad que no es un problema menor a la hora de reconocer al servicio como un producto y a éste como insustancial.

Otro problema importante es que los servicios al carecen de propiedades materiales que los consumidores puedan percibir antes de comprar y que genera un límite a la hora de la valoración del futuro cliente o consumidor, las preguntas que se hacen en referencia a esto serían ¿Como se anuncia un servicio que no se

¿Cómo se fija el precio de un servicio que no acumula costos de producción? ¿Cómo se hacen inventarios de un servicio que no se guarda? ¿Cómo se vende un servicio en masa que debe ser brindado por una sola persona Ej. Consultas de un especialista?

3- Características de los servicios

A diferencia de la producción primaria y la secundaria, los servicios tienen características particulares, estos elementos descansan en las características fundamentales del producto- servicio ellos son: la intangibilidad, la no diferenciación entre producción y entrega, y la inseparabilidad de la producción y el consumo (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985).

De las características diferenciadoras entre los productos tangibles y los servicios cabe destacar el hecho de ser causantes de las diferencias en la determinación de la calidad del servicio. Así, no se pueden evaluar del mismo modo servicios y productos tangibles.

A continuación se recuerdan estas características de una manera más detallada.

3-1 La intangibilidad

La mayoría de los servicios son intangibles (Lovelock, 1983). No son objetos, más bien son resultados. Esto significa que muchos servicios no pueden ser verificados por el consumidor antes de su compra para asegurarse de su calidad, ni tampoco se pueden dar las especificaciones uniformes de calidad propias de los bienes. Por tanto, debido a su carácter intangible, una empresa de servicios suele tener dificultades para comprender cómo perciben sus clientes la calidad de los servicios que presta (Zeithaml, 1981).

3-2 La heterogeneidad

Los servicios especialmente los de alto contenido de trabajo son heterogéneos en el sentido de que los resultados de su prestación pueden ser muy variables de productor a productor.

a productor, de cliente a cliente, de día a día. Por tanto, es difícil asegurar una calidad uniforme, porque lo que la empresa cree prestar puede ser muy diferente de lo que el cliente percibe que recibe de ella. En el caso salud el cliente participa de la "producción" ej. si no sigue las indicaciones terapéuticas puede fracasar el proceso.

3-3 La inseparabilidad

En muchos servicios, la producción y el consumo son indisolubles (Grönroos, 1978). En servicios intensivos en capital humano como en el caso salud, a menudo tiene lugar una interacción entre el cliente y la persona de contacto de la empresa de servicios. Esto afecta considerablemente la calidad y su evaluación.

Según Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), estas características de los servicios implican cuatro consecuencias importantes en el estudio de la calidad del servicio:

1. La calidad de los servicios es más difícil de evaluar que la de los bienes.
2. La propia naturaleza de los servicios conduce a una mayor variabilidad de su calidad y, consecuentemente a un riesgo percibido del cliente más alto que en el caso de la mayoría de bienes.
3. La valoración (por parte del cliente) de la calidad del servicio tiene lugar mediante una comparación entre expectativas y resultados.
4. Las evaluaciones de la calidad hacen referencia tanto a los resultados como a los procesos de prestación de los servicios.

3-4 Proceso del servicio

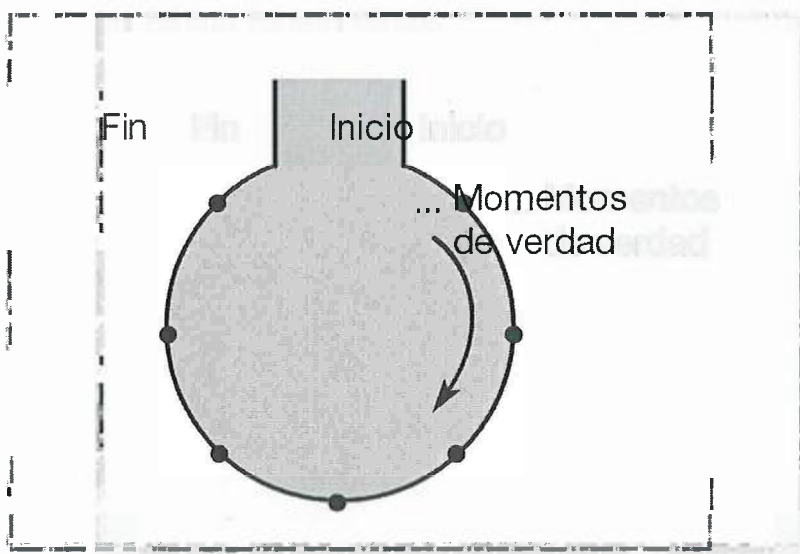
Una tendencia en el estudio del proceso de servicio es lo que (Albrecht, 1992) llama los ciclos de servicio, fundamentados en los momentos de verdad. Este planteamiento

se enfoca más como una ayuda para el productor, en este caso, el prestador de servicios.

El concepto de ciclo de servicio ayuda a los miembros de las organizaciones a ofrecer asistencia a los clientes, permitiéndoles organizar las imágenes mentales de lo que ocurre. Como se observa en el *gráfico 1*, la construcción básica del servicio

ya no solo es tarea del empleado, sino que ahora se convierte en lo que Albrecht llama "un momento de verdad" (representado por los puntos en el gráfico), controlado por cada empleado y/o sistema que tenga contacto con el cliente. Un momento de verdad es cualquier situación en la que el cliente se pone en contacto con algún aspecto de la organización y obtiene una impresión sobre la calidad de su servicio (definida por Grönroos como elementos del *process of service delivery*, PSD).

Gráfico 1



Fuente: Albrecht "Un momento de Verdad"

El empleado ya no presta un servicio, sino que es parte del mismo. La calidad ya no es una ejecución satisfactoria de la tarea asignada, sino que ahora se define como el resultado de los momentos de verdad que el consumidor y/o cliente ha experimentado. El conocimiento del ciclo del servicio y sus momentos de verdad ayudan al personal de servicio a conocer el punto de vista del cliente y a considerar a los clientes como los clientes los consideran a ellos. Este proceso podría hacer parte del modelo establecido por Gronroos." (1984), Mayer *et al.* (2003) proponen que el proceso de servicio implica el estudio de dos elementos principales: el montaje del servicio (*process of services assembly*, PSA), como el elemento técnico, y la entrega del servicio (*process of service delivery*, PDS), como elemento

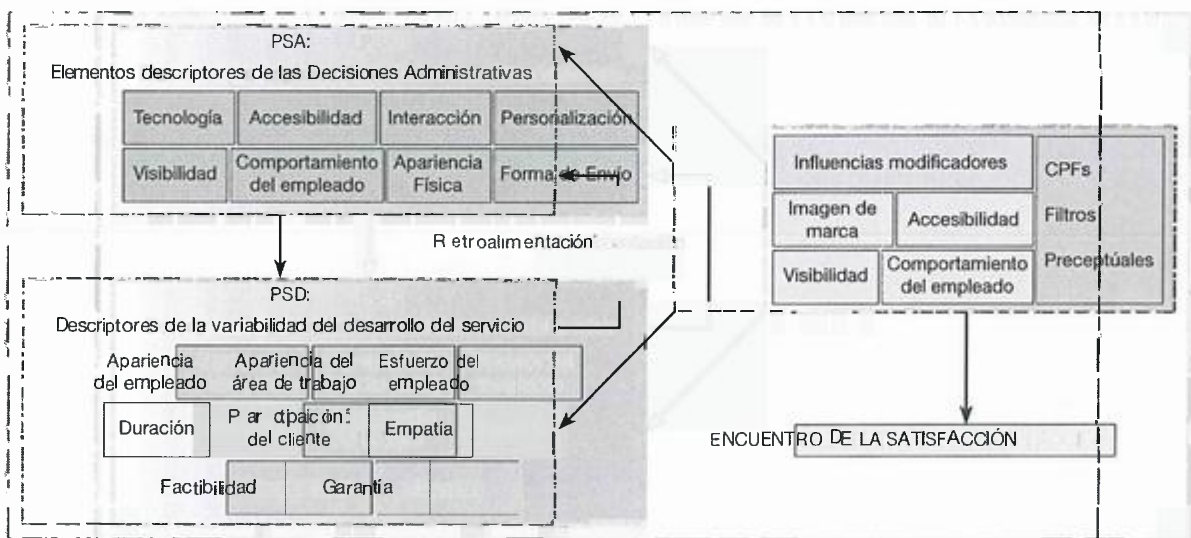
funcional. Adicionalmente establecen unos filtros perceptuales del consumidor (CPPS, por su sigla en inglés), que modifican su evaluación de la experiencia en términos de los procesos anteriores: técnico y funcional.

Este proceso se puede observar en el gráfico 2. Se advierten los elementos descriptores de las decisiones administrativas, recogidos en el PSA, a través de los cuales se configura el servicio en términos de sus características previas.

Por otro lado se encuentran los descriptores de la variabilidad del desarrollo del servicio, es decir, el proceso de entrega del servicio (PSD), referido a las características de la entrega del servicio (momento de la interacción con los clientes).

Estos dos grupos de características (PSA y PSD) interactúan y se ven influenciados por los filtros perceptuales, CPPS. Dicha interacción, con las modificaciones ocasionadas por los filtros perceptuales, genera la percepción de satisfacción y, por ende, el encuentro de la calidad, siguiendo la corriente teórica que plantea la satisfacción como antecesora de la calidad. Este modelo bidimensional del proceso de servicio intenta estudiar la percepción discreta de la experiencia de un consumidor (Mayer *et al.*, 2003). Por otro lado, permite dividir el análisis de la calidad de los servicios a través de sus subprocesos PSA y PSD. Aunque no diferencia la perspectiva de consumidor y productor (más bien se enfoca en el consumidor), parte de que la perspectiva del productor está incluida en el PSA.

Gráfico 2



Fuente: Mayer *et al.* (2003)

4- Que se entiende por calidad

Si bien por definición el termino "calidad" deriva del latín Qualitas y este de Qualis que quiere decir "Cual".

Para la lengua española el término calidad debió pasar por distintas diferenciaciones no poco interesantes para tener en cuenta.

En primer lugar la lengua española destina el termino cualidad para las personas con primacía a los demás seres vivos y cosas y en los casos de difícil o acentuada cuantificación.

En segundo lugar aunque calidad y cualidad se utilizan indistintamente en el lenguaje habitual, la palabra calidad distingue las propiedades inherentes a la cosa para valorarla en términos comparativos en una serie de elementos similares y para darle valor por lo que cuando se habla en términos de economía, calidad es el termino adecuado.

En tercer lugar y por silogismo de lo anterior cuando se habla de personas cualidad es el termino correcto, y hay conceptos conexos en la economía que comienzan a introducir un nuevo concepto en lo referente a la calidad y los servicios dado que si estos últimos son los productos de personas, se deberían analizar bajo el paraguas de la cualidad y no de la calidad lo que configura un interesante punto de implosión en todo el desarrollo de concepto calidad de los últimos 50 años.

Otro dato interesante de los conceptos adquiridos con referencia a la globalización de los contenidos es que, cuando se habla de calidad se parangona con excelencia o con lujo, y que son conceptos distintos. Esta caracterización es referenciada a las campañas publicitarias que introducen desvíos identificatorios con posicionamientos de empresas con del fin de diferenciarse en el contexto.

Otras identificaciones que vulgarmente se hace del termino calidad es la relacionada al concepto de confiabilidad en realidad la confiabilidad es un concepto que denota que algo tenga a la función que debe tener, o con durabilidad que es la capacidad de perdurar en el tiempo o con disponibilidad

que sería la cualidad de tener al alcance algo y así al término calidad se le atribuyen consideraciones cuasi multifacéticas.

Pero si se habla en términos económicos se dice que la calidad es un concepto que tiene relación a un bien de uso o a un bien de cambio, y que debiera tener un valor.

4-1 Concepto de calidad del servicio

En la literatura académica, la medición de la calidad del servicio ha suscitado algunas diferencias de criterio. La principal hace referencia a qué es, lo que realmente se está midiendo. En general se encuentran tres tendencias de constructos que se usan para evaluar la calidad del servicio:

- A) Calidad
- B) Satisfacción
- C) Valor.

La investigación en el área se ha centrado básicamente en calidad y satisfacción; el valor es el concepto con más bajo nivel de estudio hasta el momento. Gronroos (2001) y se reconoce que la línea que separa las evaluaciones de la calidad de las otras tendencias de evaluación de experiencias de servicio no está aun muy bien definida.

Para los propósitos de este trabajo se tomará únicamente el concepto de calidad referido a lo que la pueda asegurar.

Como referencia al valor La Real Academia Española define calidad como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. Esta definición establece dos elementos importantes en su estudio. Primero, la referencia a características o propiedades y, segundo, su bondad para valorar "algo" a través de ella.

Adicionalmente se encuentran las siguientes definiciones:

- Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles.

- Solo tiene calidad producto que puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará. (Juran, 1990)
- La calidad puede estar definida solamente en términos del agente (Deming, 1989).

Pero tal vez la mas representativa es la definición de (Ishikawa, 1986).

"Calidad consiste en libertad después de haber superado las deficiencias" y dice Ishikawa "De manera sintética, calidad significa calidad del producto. Y más específicamente, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etc."

Esto define que la calidad en los servicios es un concepto multidimensional

4-2 Servicio y calidad de servicio

Entender los conceptos de servicio y calidad del servicio es fundamental para comprender luego el objeto y las características de los modelos de medición.

El diccionario de la Real Academia Española define servicio (del latín servitium) como acción y efecto de servir.

En términos más aplicados, servicio es definido como:

"Un tipo de bien económico, constituye lo que se denomina el sector terciario, todo el que trabaja y no produce bienes se supone que produce servicios" (Fisher y Navarro,

1994).por su parte (Coluga 1995) lo define como el trabajo personal realizado para otras personas" , hay definiciones mas integrales como la de (Kotler1997)que dice que se entiende "Servicio a cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico"

Servicio es entonces entendido como el trabajo, la actividad y/o los beneficios que producen satisfacción a un consumidor.

Como fundamento inicial se examinan las siguientes definiciones de servicio al cliente:

Es el conjunto de prestaciones que el cliente espera, además del producto o servicio básico, como consecuencia del precio, la imagen y la reputación del mismo (Horovitz, 1990). Sin embargo la prestación de servicios no exonera la relación contractual (Gaither 1983) ya lo había definido como: "El servicio al cliente, es una gama de actividades que en conjunto, originan una relación" por lo que "El servicio al cliente implica actividades orientadas a una tarea, que no sea la venta proactiva, que incluyen interacciones con los clientes en persona, o por medio de telecomunicaciones y aun por correo.

Esta función se debe diseñar, desempeñar y comunicar teniendo en mente dos objetivos: la satisfacción del cliente y la eficiencia operacional" (Lovelock, 1990). Al agregar lo antedicho a la definición propia de servicio, se puede plantear una definición para servicio al cliente y adicionalmente establecer los medios y su objetivo.

Servicio al cliente es el establecimiento y la gestión de una relación de mutua satisfacción de expectativas entre el cliente y /o prestador u organización. Para ello se vale de la interacción y retroalimentación entre personas, en todas las etapas del proceso del servicio.

El objetivo básico es mejorar las experiencias que el cliente tiene con el servicio de la organización.

Es necesario anotar la importancia de lo planteado por Lovelock, en la citada definición, pero se debe aclarar que esto hace parte de la gestión de la calidad del servicio y, por ende, de la implementación de sistemas integrados de gestión de la calidad (un enfoque más estratégico que operacional).

Estas definiciones permiten entrever los elementos de análisis en el establecimiento de un estudio del concepto de calidad percibida del servicio al cliente, a través unos elementos básicos de estudio del constructo. Aunque las definiciones engloban adecuadamente el concepto, es necesario estudiarlos a profundidad, pues de esta forma se entienden mejor su definición y enfoque. Así, se pueden establecer los siguientes elementos de reflexión:

- El concepto de servicio y su caracterización
- El proceso del servicio como marco general del trabajo
- El concepto de calidad y su aplicación en los servicios
- Los modelos de evaluación del servicio

Finalmente en relación a ello al hablar de calidad se abre el análisis a un sistema multidimensional de la calidad que tiene que ver con el servicio, las capacidades y cualidades humanas de quien lo presta, la percepción de quien lo recibe, las formas y normas de la transacción, el proceso de producción del servicio, el entorno y los resultados.

El estudio de estos elementos permite determinar la perspectiva de análisis que se desee tomar.

“Calidad es conformidad con los requerimientos”.

Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; por lo que la no conformidad detectada es una ausencia de calidad” (Crosby, 1988).

1. La calidad se refiere, no solo a productos o servicios terminados, sino también a la calidad de los procesos que se relacionan con dichos productos o servicios. La calidad pasa por todas las fases de la actividad de la empresa, es decir, por todos los procesos de desarrollo, diseño, producción, venta y mantenimiento de los productos o servicios (Imai, 1998).
2. “La calidad no es lo que se pone dentro de un servicio, es lo que el cliente obtiene de él y por lo que está dispuesto a pagar” (Drucker, 1990,).

Al revisar el concepto se encuentran enfoques que apuntan a diferenciar la calidad respecto de su perspectiva de análisis y los agentes implicados, luego se pueden inferir tres elementos de estudio: los agentes, las relaciones y el entorno.

4.3 Calidad objetiva y calidad subjetiva

En el concepto puro de calidad se encuentran dos tendencias: la calidad objetiva y la calidad subjetiva.

La calidad objetiva se enfoca en la perspectiva del productor y la calidad subjetiva en la del consumidor.

Las actividades relacionadas con la calidad eran inicialmente reactivas y orientadas hacia la inspección y el control estadístico de calidad, enfoque que posteriormente establecerá la calidad objetiva. Según (Vásquez 1996), la calidad objetiva es una visión interna de la calidad, pues es vista desde un enfoque de producción.

El objetivo básico de la calidad objetiva es la eficiencia, y por ello se usa en actividades que permitan ser estandarizadas (control estadístico de la calidad). De igual forma, Vázquez *et al.* hablan de calidad subjetiva como una visión externa, en la medida en que dicha calidad se obtiene a través de la determinación y el cumplimiento de las necesidades, deseos y expectativas de los clientes, dado que las actividades del servicio están altamente relacionadas con el contacto con los clientes.

En la literatura sobre la calidad del servicio, el concepto de calidad se refiere a la calidad percibida, es decir "al juicio del consumidor sobre la excelencia y superioridad de un producto" (Zeithaml, 1988). En términos de servicio significaría "un juicio global, o actitud, relacionada con la superioridad del servicio" (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988). En este sentido, la calidad percibida es subjetiva, supone un nivel de abstracción más alto que cualquiera de los atributos específicos del producto y tiene una característica multidimensional.

Finalmente, la calidad percibida se valora (alta o baja) en el marco de una comparación, respecto de la excelencia o superioridad relativas de los bienes y/o servicios que el consumidor ve como sustitutos.

Estos son los argumentos de los principales exponentes del concepto de calidad percibida del servicio, para señalar que en un contexto de mercado de servicios, la calidad merece un tratamiento y una conceptualización distinta a la asignada a la calidad de los bienes tangibles.

A diferencia de la calidad en los productos, que puede ser medida objetivamente a través de indicadores tales como duración o número de defectos, la calidad en los servicios es algo fugaz que puede ser difícil de medir (Parasuraman *et al.*, 1988).

La propia intangibilidad de los servicios origina que éstos sean percibidos en gran medida de una forma subjetiva (Grönroos, 1994).

Dada esta diferenciación, Lewis y Booms (1983) fueron quizá los primeros en plantear el concepto de calidad del servicio como el ajuste del servicio entregado a los consumidores con sus expectativas. Grönroos (1984) y Parasuraman *et al.* (1985) toman este planteamiento basado en lo que se denomina el paradigma de la desconfirmación. En su obra de 1998 Parasuraman *et al.* (1985) anotan el problema de la no existencia de medidas objetivas, por lo cual la percepción es la medida que más se ajusta al análisis. Las percepciones son las creencias que tienen los consumidores sobre el servicio recibido. Otro planteamiento en la misma dirección es que la calidad de servicio percibida depende de la comparación del servicio esperado con el servicio percibido (Grönroos, 1994). Según Rust y Oliver (1994), los juicios de satisfacción son el resultado de la diferencia percibida por el consumidor entre sus expectativas y la percepción del resultado.

El proceso de medición de la calidad del servicio implica que dadas sus características se establezcan diferentes dimensiones de evaluación que permitan un juicio global de ella.

Estas dimensiones son elementos de comparación que utilizan los sujetos para evaluar los distintos objetos (Bou, 1997).

El establecimiento de dimensiones o características diferenciadas ayuda a esquematizar y dividir el contenido del concepto o constructo de estudio. Algunas veces, dada la subjetividad inmersa en el concepto en estudio, estas dimensiones no son tan fácilmente observables por los sujetos, sino que son abstracciones realizadas a partir de atributos o características que éstos perciben. Al revisar la literatura académica se encuentran definiciones de calidad que implican una dependencia del

nivel de atributos del producto, mientras que en la literatura de gestión es definida mediante dimensiones puntuales. Algunos autores hablan de dimensiones primarias: adecuación al uso y fiabilidad (Garvin, 1984; Juran, 1994). Con el fin de incorporar diferentes perspectivas, Garvin (1984) resalta ocho dimensiones de la calidad como un marco de referencia para el análisis de la planificación estratégica de la calidad :

1. Desempeño
2. Características

3. Confiabilidad: Probabilidad de un mal funcionamiento
4. Apego: Habilidad de cumplir con las especificaciones
5. Durabilidad
6. Aspectos del servicio: Rapidez, cortesía, competencia y facilidad de corregir problemas
7. Estética
8. Calidad percibida

Aun cuando esta perspectiva es notoriamente sesgada hacia la calidad objetiva, (Lovelock, 1996) afirma que tiene valor generalizable para los servicios, pero requiere un enfoque diferente para medir la calidad del servicio debido a su naturaleza distintiva.

Desde una perspectiva pragmática, (Druker, 1990) establece cinco niveles de evaluación del desempeño de una organización de acuerdo con la satisfacción obtenida (comparación de las expectativas). La mayoría de los clientes utilizan, según Druker, seis dimensiones para llevar a cabo dicha evaluación:

1. Fiabilidad: Es la capacidad que debe tener la empresa que presta el servicio para ofrecerlo de manera confiable, segura y cuidadosa. Dentro del concepto de fiabilidad se encuentran incluidos todos los elementos que permiten al cliente detectar la capacidad y conocimientos profesionales de la organización, es decir, fiabilidad significa brindar el servicio de forma correcta desde el primer momento.
2. Seguridad: Es el sentimiento que tiene el cliente cuando pone sus problemas en manos de una organización y confía en que serán resueltos de la mejor manera posible. Seguridad implica credibilidad, que a su vez incluye integridad, confiabilidad y honestidad. Esto significa que no sólo es importante el cuidado de los intereses del cliente, sino que la organización debe demostrar también su preocupación en este sentido para dar al cliente una mayor satisfacción.
3. Capacidad de respuesta: Se refiere a la actitud que se muestra para ayudar a los clientes y para suministrar el servicio rápido; también hacen parte de este punto el cumplimiento a tiempo de los compromisos contraídos, así como lo accesible que resulte la organización para el cliente, es decir, las posibilidades de entrar en contacto con ella y la factibilidad de lograrlo.

4. **Empatía:** Significa la disposición de la empresa para ofrecer a los clientes cuidado y atención personalizada. No es solamente ser cortés con el cliente, aunque la cortesía es parte importante de la empatía, como también es parte de la seguridad, requiere un fuerte compromiso e implicación con el cliente, conociendo a fondo sus características y sus requerimientos específicos.
5. **Intangibilidad:** A pesar de que existe intangibilidad en el servicio, en sí es intangible, es importante considerar algunos aspectos que se derivan de dicha intangibilidad: los servicios no pueden ser mantenidos en inventario; si no se utiliza la capacidad de producción de servicio en su totalidad, ésta se pierde para siempre.
6. **Interacción humana:** Para suministrar servicio es necesario establecer un contacto entre la organización y el cliente. Es una relación en la que el cliente participa en la elaboración del servicio.

El carácter multidimensional de la calidad del servicio siempre ha tenido aceptación tanto desde aproximaciones prácticas como teóricas. El punto de divergencia es la identificación de los determinantes de dicha calidad del servicio.

Las clasificaciones de dimensiones que se otorgan al constructo son muy variables y heterogéneas, sin que exista por el momento ningún consenso al respecto. Luego el punto de partida básico es que la calidad del servicio se produce en la interacción entre un cliente y los elementos de la organización de un servicio (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985).

Estos autores determinan tres dimensiones de la calidad:

1. **Calidad física:** Incluye los aspectos físicos del servicio.
2. **Calidad corporativa:** Lo que afecta la imagen de la empresa.
3. **Calidad interactiva:** Interacción entre el personal y el cliente, y entre clientes.

Desde el concepto de servucción (Eiglier y Langeard 1989) plantean tres dimensiones percibidas y compradas por el cliente:

1. El output.
2. Los elementos de la servucción.
3. El proceso en sí mismo.

La calidad del servicio prestado como resultado final (output) se enfoca a la prestación del servicio per se y depende de si el servicio ha cubierto o no las necesidades y las expectativas del cliente.

La calidad de los elementos que intervienen en el proceso de fabricación del servicio se refiere al soporte físico (actualidad, sofisticación, limpieza, etc.), contacto personal (eficacia, cualificación, presentación, disponibilidad, etc.), clientela (pertenencia al mismo segmento) y eficacia de su participación.

Finalmente, la calidad del proceso de prestación del servicio se dirige a la fluidez y facilidad de las interacciones. Eficacia, secuencia y grado de adecuación a las expectativas y necesidades del cliente en el proceso de interacción. Según los autores, las tres dimensiones se encuentran interrelacionadas y se logra la calidad del servicio, sólo si se alcanza la calidad en las tres.

De otro lado, Gronroos describe la calidad del servicio como una variable de percepción multidimensional formada a partir de dos componentes principales: una dimensión técnica o de resultado y una dimensión funcional o relacionada con el proceso. Para (Gronroos 1984), los servicios son básicamente procesos más o menos intangibles y experimentados de manera subjetiva, en los que las actividades de producción y consumo se realizan de forma simultánea. Se producen interacciones que incluyen una serie de "momentos de la verdad" entre el cliente y el proveedor del servicio.

Por su naturaleza, no se puede evaluar la dimensión de calidad funcional de una forma tan objetiva como la dimensión técnica. (Gronroos) relaciona estas dos dimensiones de la calidad del servicio con la imagen corporativa, ya que dicha imagen puede determinar aquello que se espera del servicio prestado por una organización.

El establecimiento de las dimensiones y su evaluación genera lo que se denomina escala de evaluación del constructo. Las dos escalas más representativas son las

basadas en los modelos nórdico y americano, planteados por Grönroos (1984) y Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985), respectivamente.

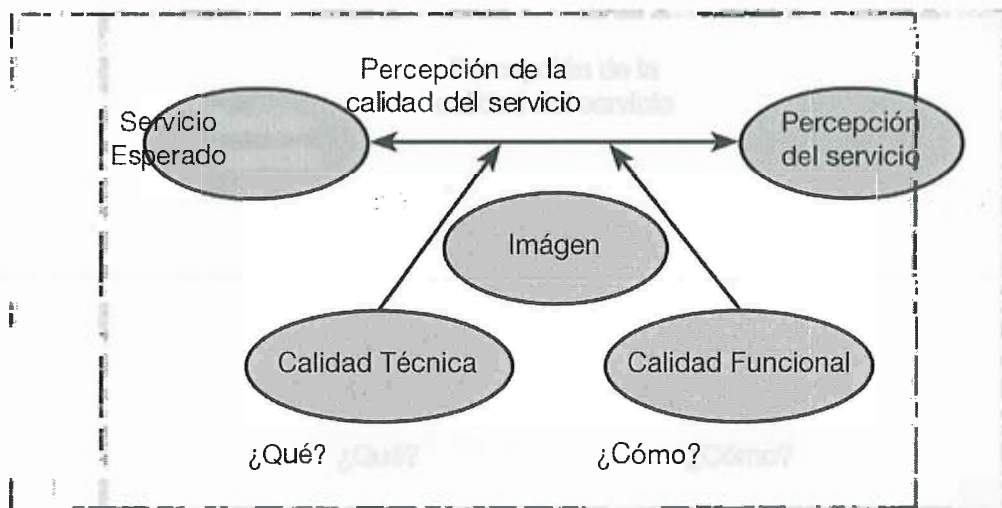
Estos modelos han servido de base para gran parte de la literatura académica en el área y les han sido practicadas pruebas de fiabilidad y validez de sus escalas en diversos escenarios. Esta es la razón por la cual solo se examinarán estas escalas.

4-4 Modelos de medición

4-4.1 La escuela nórdica

Este modelo, también conocido como *modelo de la imagen*, fue formulado por Gronroos (1988, 1994) y relaciona la calidad con la imagen corporativa. Como se observa en el *gráfico 3*, plantea que la calidad percibida por los clientes es la integración de la calidad técnica (qué se da) y la calidad funcional (cómo se da), y estas se relacionan con la imagen corporativa. La imagen es un elemento básico para medir la calidad percibida. En resumen, el cliente está influido por el resultado del servicio, pero también por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa. Todo ello estudia transversalmente las diferencias entre servicio esperado y percepción del servicio.

Gráfico 3. Modelo nórdico



Fuente: Gronroos (1984).

En resumen el cliente está influido por el resultado del servicio, pero también por la forma en que lo recibe y la imagen corporativa. Todo ello estudia transversalmente las diferencias entre servicio esperado y percepción del servicio.

El modelo nórdico planteado por Grönroos toma elementos de un trabajo previo no publicado de Eiglier y Langeard en 1976. Define y explica la calidad del servicio percibida a través de las experiencias evaluadas a través de las dimensiones de la calidad. Paralelamente conecta las experiencias con las actividades del marketing tradicional esbozando la calidad (Grönroos, 1988).

Una buena evaluación de la calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada cumple con las expectativas del cliente, es decir, lo satisface. De igual forma, describe cómo el exceso de expectativas genera problemas en la evaluación de la calidad. Expectativas poco realistas contrastadas con calidad experimentada buena pueden desembocar en una calidad total percibida baja. Las expectativas o calidad esperada, según Grönroos, son función de factores como la comunicación de marketing, recomendaciones (comunicación boca-oído), imagen corporativa/local y las necesidades del cliente.

Según Grönroos (1994), la experiencia de calidad es influida por la imagen corporativa/local y a su vez por otros dos componentes distintos: la calidad técnica y la calidad funcional. La calidad técnica se enfoca en un servicio técnicamente correcto y que conduzca a un resultado aceptable. Se preocupa de todo lo concerniente al soporte físico, los medios materiales, la organización interna. Es lo que Grönroos denomina la dimensión del "qué" en fin de lo que el consumidor recibe. La calidad funcional se encarga de la manera en que el consumidor es tratado en el desarrollo del proceso de producción del servicio. En palabras de Grönroos, es la dimensión del "cómo". Cómo el consumidor recibe el servicio. La forma en que los consumidores perciben la empresa es la imagen corporativa de la empresa. Es percepción de la calidad técnica y funcional de los servicios que presta una organización y, por ende, tiene efecto sobre la percepción global del servicio. Grönroos afirma que el nivel de calidad total percibida no está determinado realmente por el nivel objetivo de las dimensiones de la calidad técnica y funcional sino que está dado por las diferencias que existen entre la calidad esperada y la experimentada, paradigma de la desconfirmación.

4-4.2 Escuela americana

El modelo de la escuela americana de Parasuraman, Zeithaml y Berry se ha denominado SERVQUAL. Es sin lugar a dudas el planteamiento más utilizado por los académicos hasta el momento, dada la proliferación de artículos en el área que usan su escala. Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, 1988) partieron del paradigma de la desconfirmación, al igual que Grönroos, para desarrollar un instrumento que permitiera la medición de la calidad de servicio percibida.

Luego de algunas investigaciones y evaluaciones, tomando como base el concepto de calidad de servicio percibida, desarrollaron un instrumento que permitiera cuantificar la calidad de servicio y lo llamaron SERVQUAL.

Este instrumento les permitió aproximarse a la medición mediante la evaluación por separado de las expectativas y percepciones de un cliente, apoyándose en los comentarios hechos por los consumidores en la investigación. Estos comentarios apuntaban hacia diez dimensiones establecidas por los autores y con una importancia relativa que, afirman, depende del tipo de servicio y/o cliente.

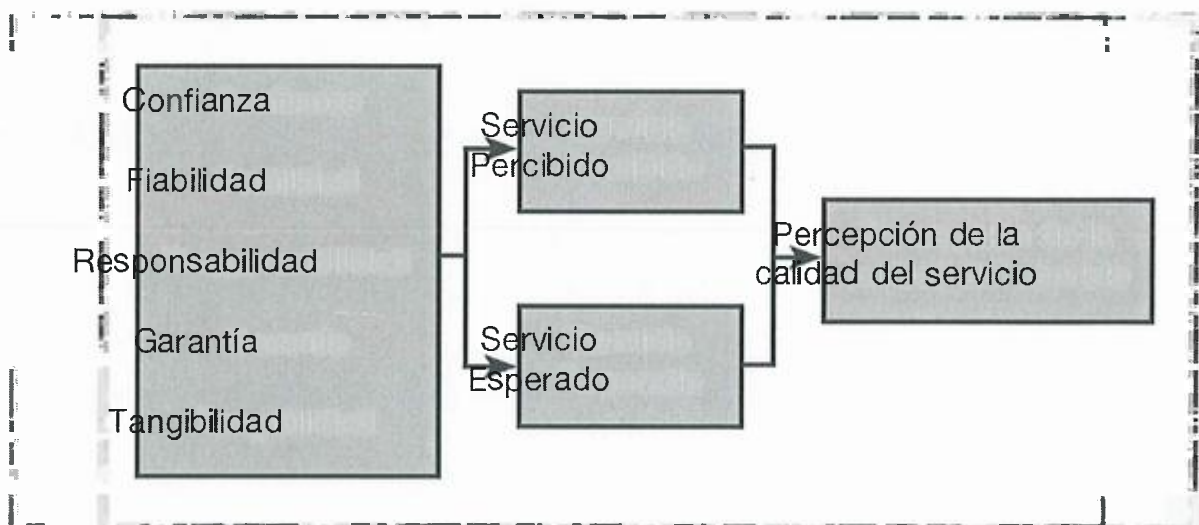
Inicialmente identificaron diez determinantes de la calidad de servicio, así:

1. Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales.
2. Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
3. Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y para proveerlos de un servicio rápido.
4. Profesionalidad: Posesión de las destrezas requeridas y conocimiento del proceso de prestación del servicio.
5. Cortesía: Atención, respeto y amabilidad del personal de contacto.
6. Credibilidad: Veracidad, creencia y honestidad en el servicio que se provee.
7. Seguridad: Inexistencia de peligros, riesgos o dudas.
8. Accesibilidad: Lo accesible y fácil de contactar.
9. Comunicación: Mantener a los clientes informados, utilizando un lenguaje que puedan entender, así como escucharlos.
10. Compresión del cliente: Hacer el esfuerzo de conocer a los clientes y sus necesidades.

Luego de las críticas recibidas, manifestaron que estas diez dimensiones no son necesariamente independientes unas de otras (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1988) y realizaron estudios estadísticos, encontrando correlaciones entre las dimensiones iniciales, que a su vez permitieron reducirlas a cinco.

1. Confianza o empatía: Muestra de interés y nivel de atención individualizada que ofrecen las empresas a sus clientes (agrupa los anteriores criterios de accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario).
2. Fiabilidad: Habilidad para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.
3. Responsabilidad: Seguridad, conocimiento y atención de los empleados y su habilidad para inspirar credibilidad y confianza (agrupa las anteriores dimensiones de profesionalidad, cortesía, credibilidad y seguridad).
4. Capacidad de respuesta: Disposición para ayudar a los clientes y para prestarles un servicio rápido.
5. Tangibilidad: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación. A través de procedimientos estadísticos, agrupan variables y permiten generalizar de mejor forma el modelo, logrando mayor representatividad.

Gráfico 4. Modelo SERVQUAL



Fuente: Zeithaml y Parasuraman (2004).

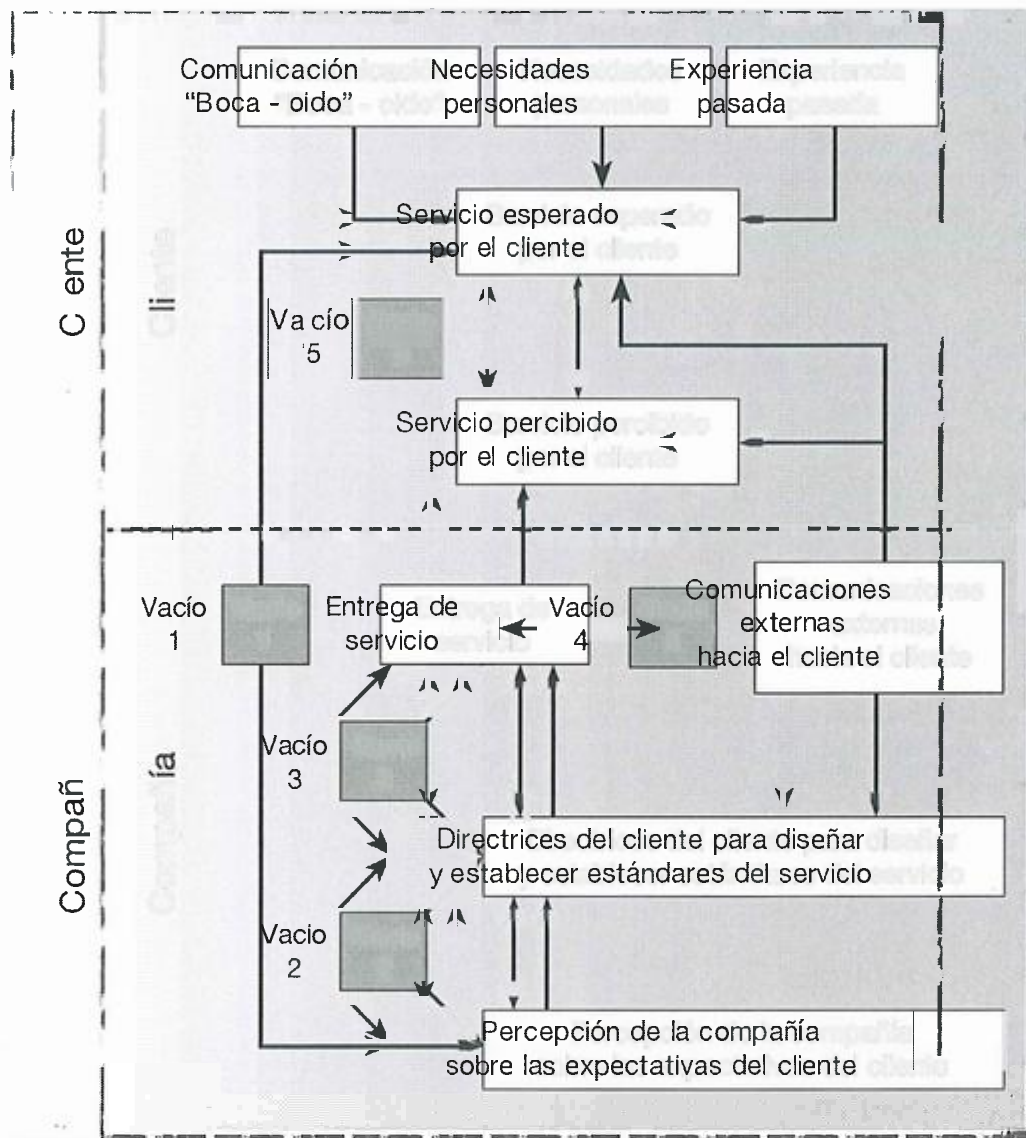
Estos autores entonces plantean estas dimensiones generales y definen que dicha percepción de la calidad es consecuencia de la diferencia para el consumidor entre lo esperado y lo percibido.

Sin embargo, también parten del planteamiento del hallazgo de una serie de vacíos desajustes o *gaps* en el proceso. Estos influyen en la percepción del cliente y son el objeto de análisis cuando se desea mejorar la calidad percibida. Así, las percepciones generales de la calidad de servicio están influidas por estos vacíos (*gaps*) que tienen lugar en las organizaciones que prestan servicios.

Parasuraman, Zeithaml y Berry (1985, p. 44) definen vacío o *Gap* como una serie de discrepancias o deficiencias existentes respecto a las percepciones de la calidad de servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores. Estas deficiencias son los factores que afectan a la imposibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta calidad. El modelo SERVQUAL, con el estudio de los cinco *gaps*, analiza los principales motivos de la diferencia que llevaban a un fallo en las políticas de calidad de las organizaciones. El resultado es el modelo del *gráfico 5*, que presenta cuatro vacíos identificados por los autores como el origen de los problemas de calidad del servicio.

Estos vacíos a los que hace referencia el modelo se pueden resumir en las siguientes generalizaciones (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985; Zeithaml y Parasuraman, 2004).

Gráfico 5. Modelo SERVQUAL



Fuente: Zeithaml y Parasuraman (2004).

Los gaps o vacíos corresponden según los autores a:

Gap 1: Diferencia entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos.

Gap 2: Diferencia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad.

Gap 3: Diferencia entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación del servicio.

Gap 4: Diferencia entre la prestación del servicio y la comunicación externa.

Gap 5: Diferencia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y las percepciones que tiene del servicio.

Se había hablado de cuatro vacíos y aquí aparecen cinco

El modelo propone que este último vacío se produce como consecuencia de las desviaciones anteriores y que

constituye la medida de la calidad del servicio (Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985)

$Vacío\ n^o\ 5 = f(Vacío\ n^o\ 1, Vacío\ n^o\ 2, Vacío\ n^o\ 3, Vacío\ n^o\ 4)$

Se puede inferir entonces que el vacío 5 es la consecuencia general de las valuaciones particulares y su sensibilidad radica en las variaciones de los vacíos 1 a 4.

Una vez localizados y definidos los vacíos de una prestación de servicio de no calidad, Parasuraman, Zeithaml y Berry advierten que se deben investigar sus causas y

establecer las acciones correctivas que permitan mejorar la calidad.

4-5 Otros modelos de medición

4-5.1 Modelo de los tres componentes

En 1994, Rust y Oliver presentaron una conceptualización no probada, pero que fundamenta lo planteado por Gronroos. Su justificación está en las evidencias encontradas por autores como Mc.Dougall y Levesque en 1994 en el sector bancario y por Mc.Alexander y otros en el mismo año en el sector sanitario (Rust y Oliver, 1994).

El modelo se compone de tres elementos: el servicio y sus características (*service product*), el proceso de envío del servicio o entrega (*service delivery*) y el ambiente que rodea el servicio (*environment*). Su planteamiento inicial fue para productos físicos. Al aplicarlo al servicio, cambia el centro de atención, pero, como ellos

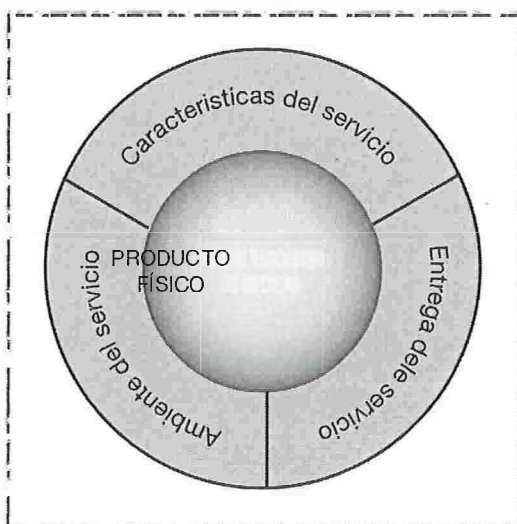
afirman, se esté hablando de empresas de servicios o de productos, los tres elementos de la calidad del servicio siempre están presentes.

El servicio y sus características se refieren al diseño del servicio antes de ser entregado al cliente. Las características específicas se incluyen aquí. Los elementos se determinan según el mercado objetivo, es decir, según las expectativas. Dichas expectativas pueden estar ligadas a *benchmarks* como parámetros de comparación, independientemente de que la industria decida o no cumplir con el estándar. El punto clave es la determinación de las características relevantes o especificaciones a ofrecer (Rust y Oliver, 1994). Algunos autores como De Sarbo *et al.* (1994) han utilizado técnicas estadísticas para dicha determinación, mientras Bitner y Hubert (1994) han acudido a la técnica de incidentes críticos. Paralelamente, desde la teoría de gestión, de manera específica de la gestión total de calidad, se estableció una metodología para evaluar dichas características, llamada la casa de la calidad. El *Quality Function Deployment* (QFD) se utiliza para establecer las características del servicio.

El ambiente del servicio está subdividido en dos perspectivas: la interna (del proveedor del servicio) y la externa.

El ambiente interno se enfoca en la cultura organizacional y en la filosofía de la eliminación, mientras el externo se orienta principalmente al ambiente físico de la prestación del servicio (Rust y Oliver, 1994).

Gráfico 6. Modelo de los tres componentes



Fuente: Rust y Oliver (1994).

A su vez Berry y Parasuraman (1993) presentan una lista de dimensiones y subdimensiones que hay que tener en cuenta para el ambiente interno y la orientación de la organización para una prestación del servicio de calidad. Las principales características son la orientación al *marketing*, organización del servicio, generación de clientes, retención de clientes y *marketing* interno. Mientras tanto, en 1992, Webster (citado por Rust y Oliver, 1994) desarrolló estrategias metodológicas para facilitar el proceso. Rust y Oliver anotan cómo descuidar estas áreas clave obstaculizará la prestación del servicio de calidad.

Por otro lado, Albrecht (1988), enfoca su estudio a los dos primeros elementos de Berry⁴, desarrollando el análisis de la organización y estableciendo cómo enfocarla a prestar un servicio de calidad, pero también se encarga de aspectos relativos al ambiente del servicio externo. Para el ambiente externo, Bitner (1992) resumió en lo que llamó *servicescape* o panorama del servicio, algunas dimensiones que forman un ambiente holístico. El ambiente, los elementos simbólicos, el espacio y su función lo determinan. Ward, Bitner y Barnes (1992) mostraron algunos ejemplos específicos de la aplicación de una metodología para medir los principales elementos que los consumidores perciben en el ambiente del servicio. Finalmente, Solomon, Suprenant, Czepiel y Gutman (1985) vinculan el proceso de entrega del servicio al “desarrollo del papel”, es decir, a la forma en que se presta el servicio. El estudio de la calidad se centra en los encuentros con los consumidores, en palabras de otros como Gronroos⁵ (1994) o Albrecht (1988), los momentos de la verdad.

4-5.2 Modelo SERVPERF

Cronin y Taylor (1992) establecieron una escala más concisa que SERVQUAL y la llamaron SERVPERF.

Esta nueva escala está basada exclusivamente en la valoración de las percepciones, con una evaluación similar a la escala SERVQUAL, la cual tiene en cuenta tanto las expectativas como las percepciones.

Cronin y Taylor (1992) se basan en Carman (1990) para afirmar que la escala SERVQUAL (teoría de *gaps* de Parasuraman, Zeithaml y Berry [1985]) no presentaba mucho apoyo teórico y evidencia empírica como punto de partida para medir la calidad de servicio percibida.

Estos autores desarrollan su escala tras una revisión de la literatura existente y, de hecho, ésta ofrece un considerable apoyo teórico (Bolton y Drew, 1991; Churchill y Suprenant, 1982; Woodruff, Cadotte y Jenkins, 1983). Esta escala intenta superar las limitaciones de utilizar las expectativas en la medición de la calidad percibida, sin definir concretamente el tipo y el nivel de expectativas a utilizar (expectativas de desempeño, experienciales, predictivas, normativas, etc.). En conclusión, la escala es la misma, lo que varía es el enfoque de evaluación y las preguntas en los instrumentos.

4-5.3 El modelo de Desempeño Evaluado, PE

El modelo de Desempeño Evaluado, PE, por su sigla en inglés, fue planteado por Teas (1993). El autor mantuvo una discusión académica con los autores del SERVQUAL, Parasuraman, Zeithaml y Berry, centrada en tres puntos:

1. Interpretación del concepto "expectativas"
2. Operativización de dicho concepto
3. Valoración de modelos alternativos al SERVQUAL

Teas plantea que para la evaluación de la calidad del servicio percibida el incremento de la diferencia entre las percepciones y las expectativas puede no reflejar necesariamente un incremento continuo en los niveles de calidad percibida, como implica SERVQUAL. El autor dice que la especificación utilizada puede ser problemática o no, en función de que los atributos empleados en la medición de la calidad de servicio sean atributos vectoriales (atributos con puntos ideales infinitos) o atributos con puntos ideales finitos.

Como conclusión, Teas (1993) anota cómo el examen de la validez del modelo de vacíos de SERVQUAL presenta problemas respecto a la definición tanto conceptual como operativa de las expectativas, lo cual crea ambigüedad en la interpretación y en su justificación teórica. De acuerdo con su análisis, afirma que SERVQUAL carece de validez discriminante. Teas (1993) y explica la conceptualización de las expectativas como puntos ideales en los modelos actitudinales y bajo este planteamiento sugiere el modelo de desempeño evaluado, PE.

El modelo PE sugiere puntuaciones ponderadas de la calidad de servicio. Unas más altas para atributos con expectativas altas (puntuación +1) y percepciones también altas (puntuación +7). Teas (1993, 1994) no plantea dimensiones en su modelo, más bien establece elementos para que su modelo de partida (Parasuraman, Zeithaml y Berry [1988, 1991]) puntualice sus características de análisis. El autor expone dos conceptos al respecto: el modelo de desempeño evaluado (EP) y el modelo de calidad normalizada (NQ) que integra el concepto de punto ideal clásico con el concepto de expectativas revisadas.

Se encuentran también modelos como el Multinivel, de Dabholkar, Thorpe y Rentz (1996), que pretende establecer una conceptualización jerárquica.

El de aproximación jerárquica, de Brady y Cronin (2001), que parte de los planteamientos de Grönroos (1984), Parasuraman, Zeithaml y Berry (1988), Rust y Oliver (1994) y Dabholkar, Thorpe y Rentz (1996), intentando establecer factores que hacen de la percepción de la calidad del servicio una variable latente.

Finalmente, se encuentran algunas caracterizaciones de dimensiones, como las de Lehtinen y Lehtinen (1982), Garvin (1984) y Eiglier y Langeard (1989).

4-5.4 Calidad percibida

El concepto de calidad percibida no es nuevo y su estudio se ha extendido de tal manera que ha generado discusiones importantes sobre su definición y parámetros de evaluación. De su análisis se desprenden tres importantes conceptos de estudio: la satisfacción, la calidad y el valor para el cliente y, por ende, el estudio de sus relaciones de causalidad.

En términos de la calidad se encuentra que la mejor evaluación desde la perspectiva del cliente es la calidad percibida y su evaluación depende de las características específicas del servicio, de los clientes y del contexto en el cual se desenvuelven, luego se debe tener en cuenta el concepto de servicio a evaluar y su caracterización. Esto implica que, como afirman Grönroos y Parasuraman *et al.*, la calidad percibida de los servicios es la mejor forma de conceptualizar la calidad en el ámbito de los servicios.

Quizá por ser el más usado, las principales críticas se enfocan en el modelo americano. Luego de la publicación de Parasuraman *et al.* (1988) surgieron muchas

críticas contra su planteamiento. Carman (1990) objetaba que este modelo no era genérico, por lo cual no podía ser aplicado a cualquier servicio sin antes ser adaptado a sus características. Por otro lado, Babakus y Boller (1992) arguyen que la dimensionalidad del servicio puede depender del servicio mismo, lo cual muestran en su estudio empírico. A la par, Cronin y Taylor (1992), Boulding *et al.* (1993) y Teas (1993) cuestionan la validez del modelo, argumentando inconvenientes en la interpretación del concepto "expectativas", su operativización y problemas de correlación entre la evaluación general de calidad y la solución de quejas.

Cronin y Taylor (1992) alegan que Parasuraman *et al.* Confunden el concepto de satisfacción y actitud. Indican que la calidad del servicio debe ser tomada como similar a una actitud y por tanto debe ser una medida de desempeño y no de la diferencia entre expectativa y desempeño. Por esta razón desarrollan su modelo basado en el desempeño. Teas (1993), por su parte, precisa el concepto de expectativa y establece, al igual que Cronin y Taylor (1993), un modelo basado en el desempeño. Respecto de la escuela nórdica, Grönroos (1994, p. 35) establece la importancia de conocer qué aspectos utilizan los clientes para evaluar el servicio y cuál es la percepción que tienen sobre los mismos. A la par, es necesario establecer el concepto de calidad a tener en cuenta pues las evaluaciones de calidad además del sesgo del evaluador tienen el sesgo del concepto de calidad utilizado.

Los modelos estudiados evalúan unos el proceso y otros el resultado o intentan hacer una integración de los dos.

Si se orienta la evaluación hacia el proceso, más que hacia el resultado, esto supone admitir que la determinación de la calidad en los servicios debe estar basada fundamentalmente en las percepciones que los clientes tienen sobre el servicio, tal como lo plantean sus principales exponentes (Grönroos, 1994; Parasuraman, Zeithaml y Berry, 1985, y Steenkamp, 1990). Si se orienta la evaluación hacia el resultado, más que hacia el proceso, esto supone que la determinación de la calidad en los servicios se basa no en las percepciones que los clientes tienen sobre el servicio tal, sino en qué tan eficaz es la organización para satisfacer las necesidades de los clientes, específicamente la expectativa general con el servicio, lo cual es demasiado complejo de medir, si se toma como base la evidencia donde la satisfacción es un antecedente de la calidad. Además sería dejar de lado la importancia de los momentos de verdad. En palabras de Zeithaml y

Bitner (2002), "la impresión más vívida del servicio ocurre en el encuentro del servicio o momento de verdad, es decir, cuando los clientes interactúan con la empresa del servicio"

Algunos trabajos, como los de Kleelemeijer (1992), Bigne *et al.* (1997) y Gómez y Cristóbal (2003) apuntan a determinar la bondad de un modelo sobre el otro, mostrando conclusiones contradictorias entre estos estudios, pero válidas estadísticamente para cada uno de ellos.

Así las cosas, el modelo de medición no es relevante, pues lo importante es que las dimensiones a tener en cuenta y los ítems a evaluar correspondan a los momentos de verdad y permitan contrastar realmente las expectativas de los clientes contra el servicio prestado y/o el desempeño. A esto se pueden sumar las críticas de Diamantopoulou y Winklhofer (2001), Rossiter (2002) y Diamantopoulou (2005) respecto al proceso de generación de escalas de medición, las cuales indican como conclusión que lo realmente importante en el proceso de medición es el establecimiento claro del concepto a medir y un excelente proceso de validación conceptual de los instrumentos y por ende de la escala utilizada.

5- El peso de los servicios de Salud

Uno de los problemas más importantes de los servicios de salud no es solo la intangibilidad, sino la relación perdida, necesidad y la satisfacción dado servicios de salud se demandan cuando la misma salud se pierde.

La salud no es un bien y si lo fuera no es objetiva, es mas, la condición de salud es bastante particular nadie tiene la misma salud. Por lo cual la percepción del cliente es muy específica.

En cuanto a la satisfacción se puede decir que es "buena" cuando el servicio no se demanda y cuando se demanda es "mala".

El producto asistencial presenta los atributos propios de la producción de servicios: Es intangible, es poco homogéneo, es hecho a medida de cada paciente, se produce luego de haber sido demandado y se consume al tiempo que es producido y resulta poco nítida la diferenciación entre productos finales e intermedios (Díaz C. 2004). El cliente es copartícipe en la producción.

5-1 El modelo de servucción

El modelo de servucción sirve para comprender mejor el valor tangible del bien intangible, como se sabe dicho modelo divide a los servicios en lo que el cliente ve y en lo que no ve de ese particular proceso de producción. en otras palabras es como hacer ver que lo que va a ocurrir es tan o más importante de lo que no se ve. Es como seducir en un corredor progresivo al cliente. En un servicio antes de llegar al bien intangible se pasa por este corredor a través del contexto inanimado o sea con la visualización del entorno (Edificio mobiliario etc.) luego con el personal de contacto (secretarias orientadores) y luego y finalmente con los prestadores del servicio(enfermeros, médicos o profesionales no médicos) (Díaz C 2003).

Como se ve una de las máximas del servicio es: "No hay segundas oportunidades para las primeras impresiones" si el personal de contacto o el prestador de servicio no tiene experiencia en el contacto con el demandante del servicio o experiencia suficiente es probable que gran parte de la batalla se haya ya perdido.

Otro elemento importante es el valor testimonial de otros clientes si bien este aspecto es compartido por bienes y servicios adquiere fundamental importancia en los últimos. A falta de experiencia previa bien valen las de otros.

Desde la industria de las amenidades y la recreación a este proceso se lo conoce como la inducción a la experiencia del servicio.

La organización y los sistemas invisibles están compuestos y se reflejan en las reglas ,los reglamentos, los procedimientos y procesos del servicio en si, es núcleo duro que no puede fallar , en las áreas de la salud hay que tener buenos RRHH y también vale que los mismos estén organizados.

5-1.2 Los servicios de salud forman parte del campo de la macroeconomía

En el año 1942 se puso en marcha en Inglaterra el Plan Beveridge, se plasmó el principio que sustenta que el Estado debe hacerse cargo de la salud de sus miembros como consecuencia del derecho que tienen de estar sanos. Fué un momento clave porque la salud ingresó en los cálculos de la macroeconomía.

Así es que hoy se considera que la salud, las enfermedades, las necesidades en esa materia de los individuos, grupos o comunidades forman parte de una obligación definida por una variedad de alternativas de cobertura, acceso, financiación y, por lo tanto, de las políticas reguladoras, distributivas, que son sociales y son materia de disputas políticas en todos los países.

Por otra parte, la salud también penetra el campo de la macroeconomía como consecuencia del peso que adquiere la producción de servicios para el sector. Es así que la industria farmacéutica y la tecnología médica, ocupan los primeros puestos en la producción industrial de los países desarrollados. Y en los otros, se favorece el consumo tecnológico indiscriminado sin una apropiada valoración de necesidades y prioridades.

Ha contribuido a esa importancia económica el fenómeno de la "medicalización", que se ha producido, tal vez, a pesar de los mismos médicos. Dice Lolas (1992) "confundir medicina con salud ha sido un vicio permanente del análisis y ha llevado a una medicalización que hizo a la profesión médica ejercer, a veces contra su voluntad, de árbitro en la resolución de conflictos económicos y sociales.

Salud y enfermedad tienen que ver no sólo con la profesión médica, tienen que ver con todas las personas, con los expertos de otras disciplinas, con los políticos, con los gobernantes." A pesar de esa justificación razonable, en cuanto a compartir responsabilidades, el resultado final es el fenómeno de ampliación de la atención médica. No sólo invade la vida cotidiana, laboral, social sino que deja de ser una inversión social para convertirse en bien de consumo, competitivo y supuestamente rentable de acuerdo con el eficienticismo que se logre.

La búsqueda de la calidad se convierte así en un buen horizonte que puede enlazar los viejos principios con las nuevas realidades. En este caso se debería relacionar calidad y gasto para responder a dos preguntas: ¿Cuáles son los diferentes servicios, prestaciones, beneficios, que se pueden brindar con el mismo costo? Y cuáles son los distintos costos posibles para un mismo beneficio?

La resolución del primer planteo es un problema de prioridades y del segundo de eficiencia, ambos referidos al nivel de calidad deseable. Es decir que considerar la

economía y la salud obliga a: vincular los gastos en salud con la calidad para evitar comprometer la atención deseable.

Pero no solamente se debe relacionar gasto y calidad en sentido positivo, sino también en negativo, es decir, reconocer el gasto de la "no calidad", que suele ser un argumento más tolerable y comprensible para los profesionales.

Por ejemplo, los gastos ineficientes de internaciones prolongadas, infecciones hospitalarias, complicaciones injustificadas, prácticas innecesarias esta justificando a veces el servicio mismo.

6-La calidad como elemento importante pero impreciso en la salud

No hay servicio del que se demande con más fuerza la calidad que en los servicios de salud, pensando un poco mas allá, de esta calidad depende muchas veces la vida y ello los clientes lo saben, pero que ha ocurrido con este proceso que es de tan difícil implementación?

Cuando se piensa en calidad hay dos posturas que devienen de las características y del foco de la ciencia que las analiza.

Si bien la preocupación sobre la calidad de la atención médica no es nueva, en los últimos años se ha acrecentado el interés en el tema. Muchos factores han influido para que se llegara a esta situación.

En primer término, la convergencia de intereses entre los administradores y los profesionales del campo de la salud, que no siempre son coincidentes.

Y en segundo termino el interés cada vez mas evidente y tenaz de la participación, información, y adhesión del cliente-paciente en el proceso como un actor más activo o mas reclamante.

Estos 3 actores tienen intereses distintos, con respecto a los administradores los mismos están preocupados por el incremento de los costos y la utilización de los servicios por parte de la población. Actualmente, como consecuencia de la corriente eficientista y empresarial, los administradores están empeñados en buscar la satisfacción del paciente, usuario o cliente. Pero no tanto preocupados por el "el otro" como principio ético, se diría que esta preocupación es más bien producto de la competencia entre sistemas de coberturas o de seguros médicos, los costos y la materialización de un beneficio econométrico y está centrada en lograr la adherencia y fidelización de clientes en el sistema en última instancia, no se dice

que este mal pero se enuncia un objetivo claro. Bienvenida sea esta postura para lograr mayor eficiencia.

Con respecto a los profesionales, la revisión de su conducta es parte tradicional del quehacer médico. Aquí es la eficacia y no la eficiencia lo que se presenta como Ej. los ateneos, las revistas de sala, congresos y otras actividades científicas son antecedentes valiosos sobre evaluación y han sido acicates para el progreso del conocimiento y de la práctica profesional, aunque a veces se centren más en lo excepcional que en lo cotidiano, en los errores más que en los aciertos.

Y finalmente los clientes pacientes reclamando cada día ser más centro y foco del problema.

Por otro lado todas las profesiones tienden a resguardar y proteger su quehacer como forma de la división del trabajo y dominio de la actividad. Por eso la autoevaluación preventiva o anticipada de las propias acciones es un modo inteligente de preservar la motivación y la consecución del objeto de estudio de la actividad profesional "Antes de que nos juzguen los otros tratemos de que nuestros pares analicen los propios desempeños"

Pero la calidad no es un tema exclusivo de los especialistas. Ahora son más frecuentes los cuestionamientos de los pacientes sobre la atención que se les brinda, y no sólo con referencia a los aspectos de bienestar o trato sino también sobre aspectos del desarrollo técnico de la atención.

6-1 Calidad en salud y evaluación

Como se ha visto ya, el primer precepto que se define cuando se habla de calidad es necesariamente un parámetro, un estándar una norma de referencia, sin duda aquí es donde se encuentra el hilo conductual de la discusión.

Para saber que se tiene calidad la primera opción es ir a la comparación y definir estándares para ello vale y de hecho ha aumentado el interés por los temas de evaluación, auditoría y calidad. Este fenómeno es el resultado del cuestionamiento de la práctica médica (la imposibilidad de abarcar todos los conocimientos) y del incremento de las competencias profesionales y económicas.

6-1.2 La evolución del pensamiento ético-profesional

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

Por lo tanto los cambios de valores que la sociedad acepte o apruebe influyen en los atributos cualitativos que debe tener el cuidado médico. De ahí la importancia que tiene el reconocimiento de las tendencias que se observan en el contexto societario. Por ejemplo, se puede detectar que se ha producido una transformación acerca de las responsabilidades profesionales y la forma de llevarlas a la práctica.

Este cambio está sustentado en nuevos encuadres filosóficos expresados con toda claridad por Karl Popper, uno de los filósofos más importante de nuestro siglo. Decía en una conferencia sobre "Tolerancia y responsabilidad intelectual" dictada en 1982 en la Universidad de Viena: "Quisiera presentarles algunas proposiciones para una nueva ética profesional, proposiciones que están estrechamente unidas a la idea de tolerancia y de honradez intelectual.

Ambas, la vieja y la nueva ética profesional están basadas en las ideas de verdad, de racionalidad y responsabilidad intelectual. Pero la vieja ética estaba fundada sobre la idea del saber personal y del saber seguro y, por lo tanto en la idea de autoridad, y en ella la asimetría de la información configuraba la reina que se resguardaba en el tablero de ajedrez, mientras que la nueva ética está fundada sobre la idea del saber objetivo y del saber inseguro. La vieja ética que describo prohibía cometer errores. Pero es imposible evitar todo error o incluso tan solo todo error evitable" (Popper, 1983)".

El resultado de este pensamiento es que los profesionales y la sociedad son más tolerantes y aceptan mejor la posibilidad del error, aunque su ocultamiento o negación sería y de hecho lo es, el mayor pecado intelectual. Esa postura modifica la posición ético-profesional y reforma la ética-práctica. Al aceptar la falibilidad del accionar profesional en la que se favorece la sinceridad, la tolerancia, la autocrítica y sobre todo la aceptación de la crítica de los otros. Sin duda el mejor conocimiento

de las equivocaciones beneficia el acercamiento o la aproximación a la verdad, pero desde una perspectiva más real y concreta.

De este pensamiento actual deducimos un objetivo que favorece el mejoramiento de la calidad: la necesidad de comprometerse con la autocrítica y de tolerar la crítica de los otros.

Por supuesto que estos errores, principalmente en el campo de la actividad médica, no están referidos a los punibles por leyes y reglamentos sino a los considerados probables por las dimensiones humanas del quehacer.

6-1.3 Cuestionamiento sobre la científicidad y eficacia de la medicina

Si se acepta que los actos médicos son actividades humanas en donde el gestor hacedor del producto es coparticipe y co responsable de la producción del "servicio" con el cliente con el agravante de que los insumos en este caso el conocimiento se expande, se diversifica y se complejiza día a día se advierte que a veces no podríamos adjudicar causalidad a dicho acto solo pensando en un componente. Pero tal vez el elemento más importante lo configura el conocimiento en sí.

Desde hace bastante tiempo se habla y escribe sobre esta crisis de la medicina, desde el momento en que el saber científico es conjetural e inseguro, las llamadas verdades científicas se vuelven cuestionables y entran en crisis si no se contextualizan dentro de nuevos campos epistemológicos.

Einstein mostró que la teoría de la gravitación de Newton, lo mismo que la propia, eran saberes conjeturales y tan sólo una aproximación a la verdad.

La medicina, precisamente, es un saber inseguro. Es revisable, porque se basa en conjeturas comprobables ¿Por qué entonces preocupa tanto su cuestionamiento? Es que esto forma parte de la concepción contemporánea que desacraliza lo científico para acercarse con la mayor humildad posible dentro del campo imperfecto de las relaciones interhumanas.

Pero como decía Foucault (1974) se debe separar la idea de la científicidad de la medicina y la positividad de sus efectos o sea entre conocimiento y eficacia. Esta

última es uno de los atributos de la calidad de la atención y se la podría definir como: "la capacidad de la ciencia y la tecnología para conseguir mejoras de salud cuando son usadas bajo las circunstancias más favorables" (Donabedian, 1993).

Los cuestionamientos a la eficiencia y la calidad en última instancia se refieren a la verdad relativa del conocimiento y a la incertidumbre de la praxis. En el pasado la ignorancia médica podía generar daño, hoy la expansión y el cambio vertiginoso del conocimiento y aun prácticas regladas pueden ser peligrosas en la medida que los avances tecnológicos y sus aplicaciones se modifican. Entramos entonces en una nueva dimensión que es la vinculada con el riesgo del saber o con la denominada "iatrogenia positiva".

"El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. El saber es peligroso, no sólo por sus consecuencias inmediatas a nivel del individuo o de grupos de individuos, sino a nivel de la propia historia. Esto constituye una de las características fundamentales de la crisis actual" (Foucault, 1974). Allá por el año 1970 aparece una corriente de antimedicina con las publicaciones de (Iván Illich 1970) quien hizo públicos los problemas internos de las instituciones de salud y puso en tela de juicio el poder médico. Los señalamientos alertaron sobre los riesgos que conllevan los propios beneficios de la medicina. Las intoxicaciones medicamentosas, las cirugías innecesarias, las hospitalizaciones prolongadas, las prácticas riesgosas, revelan que son resultados de la consciente intervención médica y no errores de diagnósticos o circunstancias accidentales.

Actualmente el progreso tecnológico ha entrado en un campo fascinante, impensado pero arriesgado, lleno de probabilidades y de imprecisiones. Utilidad y daño, beneficio y riesgo son acciones médicas opuestas que siempre están presentes y que deben tomarse en cuenta, y de ser posible se deberían cuantificar. Es por ello que Donabedian (1992) juzga a la calidad de la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos. Para este autor el grado de "calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades".

Pero también debemos tener en cuenta que los cuestionamientos descriptos son del conocimiento de consumidores y pacientes. Por ello frente al desencanto de una medicina sabia, científica, y con médicos capaces, eruditos, con autoridad social y técnica, los pacientes se refugian en las medicinas alternativas, folklóricas, homeopáticas.

La solución no es intentar nuevamente la salvación milagrosa, sino aceptar el grado de imprecisión, probabilidad que tiene el quehacer médico y trabajar con ello. Este esfuerzo es responsabilidad de los propios profesionales que deben apoyar sus decisiones en una mejor lectura de los efectos favorables y desfavorables de su accionar a través de una medicina basada en la evidencia. Por ello otra consigna a tener en cuenta en el marco de la calidad es la necesidad de realizar continuamente el balance de beneficios y riesgos.

Se puede aducir que todo médico toma en cuenta esos dos opuestos y que en su decisión pone en marcha mecanismos de juicio sobre ventajas y desventajas. Pero la advertencia se refiere a una actitud más explícita, con búsqueda de información disponible y participación del propio interesado. Se trata de tender a cuantificar ambos términos en cada caso concreto o precisarlos cuidadosamente de acuerdo con las peculiaridades del paciente y su familia.

7- Problemas en la focalización del bien "salud"

A nivel comunitario la "salud" configura un paradigma de vida, de hecho las personas prestan particular interés en la representación cultural que de este concepto se hace y justifica, es por esto que todos los que tienen responsabilidades en el sector: administradores, planificadores, profesionales en ejercicio asistencial, se sienten hoy afectados por los cambios que se están produciendo, tanto en los conocimientos como en la práctica o acción directa con las personas. En un intento por resumir las preocupaciones de los distintos grupos se señala que los técnicos de salud publica detectan problemas estructurales entre los que se cuentan cuestiones macro, meso y micro.

7-1 La fragmentación de la organización de los sistemas de salud.

41

Implantación del concepto de calidad en los sistemas de salud
Análisis de la evolución del concepto

En este siglo la Argentina ha pasado de la bi-sectorialidad (estatal, privado) a la tri-sectorialidad (con la incorporación de obras sociales). Actualmente se ha expandido hacia la multi-sectorialidad con diferentes tipologías de prestadores, financiadores e intermediarios (sistemas prepagos asociados a obras sociales, fundaciones privadas con aportes estatales, intermediarias con efectores de distintas jurisdicciones). Estas y otras posibles interrelaciones determinan un panorama cada vez más complejo, desordenado, que ha pasado a ser múltiple con poder disperso. El problema es que no se visualiza una cabeza visible con autoridad propia, delegada o reconocida.

7-2 La pérdida del horizonte de la equidad

La equidad como elemento de derecho se encuentra vapuleada en la fragmentación como así también en la desinformación que es usada como elemento de poder y de intereses y que se presentan como retardadores de estándares de calidad.

7-3 La falta de liderazgo de salud pública.

Antes los hospitales públicos, las universidades, los ministerios de salud, marcaban el rumbo, con autoridad reconocida. Actualmente cada entidad sanitaria funciona casi autónoma, con limitados mecanismos de control, siendo las decisiones del sector consecuencia de las tomadas en otras áreas (por ejemplo, economía). No hay protagonismo de salud pública.

Las controversias entre lo estatal y lo privado por la falta de roles directrices, es otra de las características de la época.

Si se trata de analizar las preocupaciones de los profesionales asistenciales se puede observar: Las contradicciones entre los factores que restringen y los que amplían el ejercicio profesional (principalmente para los generalistas y clínicos). Por ejemplo, en la década del 70 el pediatra extendió su campo de actividad habitual: en lo preventivo, psicológico, familiar, en edades. Pero también su accionar se restringió por la invasión de especialidades, de ofertas alternativas de efectores de atención. (Baranchuk, 1993)

7- 4 La practica como un contrato

Tradicionalmente la práctica médica se estableció como un contrato tácito entre el médico y el paciente sin embargo esta relación se fue complejizando y a la vez diluyendo por la intervención de otros profesionales, organismos de control, financiadores de la atención. El trabajo médico actual es multipersonal y con liderazgo cambiante frente a los pacientes.

Como ejemplos se puede ver algunas actividades y posturas que influyeron en estos cambio tanto a favor como en contra de los actores por ejemplos se pueden citar:

- A) La figura del médico de familia, protagonista una postura principista para lograr la integración de la atención, fracasó como proyecto de los salubristas y es revivido por parte de organismos financiadores para bajar los costos de atención.
- b) El aumento de la vulnerabilidad en la práctica asistencial de una profesión tradicionalmente resguardada entre pares se ha vuelto más pública y cuestionada por los pacientes, la comunidad y las otras disciplinas.
- c) Las competencias profesionales y económicas como el número excesivo de médicos que atenta contra el equilibrio de la oferta-demanda y favorece el crecimiento de especialidades, situación que facilita las disputas por pacientes y presupuestos. Pero no solamente aumenta la competencia interna sino que el mentado modelo médico hegemónico es invadido desde afuera por terapeutas, teólogos, filósofos y otros profesionales de las ciencias humanísticas. "Parte de ellas se han codificado bajo el concepto de "bioética" con una faz sistemática y, por ende, una dimensión también profesional. Ello permite pensar que nos encontramos en los albores de una nueva expertocracia". (Lolas, 1992)

8-Donde focalizar el análisis de la calidad en salud

Hablar de calidad implica desarrollar el análisis desde los siguientes aspectos operativos:

- ☐ Las áreas a considerar en el campo de la calidad
- ☐ Las estrategias y acciones para orientar la búsqueda de la calidad.
- ☐ Los elementos o atributos que comprende.

- ☐ Los protagonistas o actores principales.
- ☐ Los modelos de monitoreo de calidad.

8-1 De las Áreas

La primera definición que se sugiere reconocer y definir donde se quieren aplicar las medidas de mejora de la calidad, para esto se puede comenzar con un análisis de:

- a) el marco teórico que se va a legitimar,
- b) el nivel o sujeto de acción,
- c) cómo se va a evaluar
- d) cómo se va a mejorar la realidad encontrada.

8-1.1 Marco teórico que se va a legitimar

Se refiere a los *conceptos sobre calidad de la atención médica* que orientarán la tarea y le darán direccionalidad. Y alude a definiciones académicas, que es posible encontrar profusamente en la bibliografía sobre el tema (SADAM, 1993). Actualmente es posible seguir tres orientaciones:

- 1) ☐ La calidad centrada en los actos y procedimientos técnicos.
- 2) ☐ La calidad centrada en las expectativas del paciente/cliente.
- 3) ☐ La calidad como herramienta gerencial.

En cada caso los que definen la calidad son distintos: en el primero son los profesionales de mayor prestigio, en el segundo los usuarios de los servicios y en el tercero los que conducen y administran los servicios y sistemas de salud. Cada uno de esos enfoques requiere de técnicas y procedimientos diferentes y, por lo tanto, la organización de diferentes modelos de monitoreo de la calidad. Esto no significa que sean excluyentes (pues es posible combinarlos o integrarlos), sino que es necesario reconocer la intencionalidad de cada actividad para una mayor claridad de objetivos y procedimientos.

8-1.2 Nivel o sujeto de acción

Corresponde a la determinación del nivel o *sujeto concreto de auditoría*. Es posible abordar la calidad en los niveles:

1. ☐ *Macro*: de las políticas de salud
2. *Meso*: de los sistemas y subsistemas de salud.
3. ☐ *Micro*: de los efectores directos de salud.

Nivel Macro

Es el más general y abarcativo por cuanto se trata de valorar la índole de la orientación política de un país en materia de salud.

Estaría dedicado a conocer la razonabilidad y eficacia, tanto de las normas y leyes, como de las decisiones en materia de atención en el campo de la salud.

Supone apreciar los valores o principios subyacentes en la organización, la participación y responsabilidad del Estado, la eficiencia de los sistemas financiadores y la valoración de políticas específicas en materia de medicamentos, tecnología, capacidad instalada, etc.

Nivel Meso

En este nivel la calidad se refiere a la apreciación en los sistemas intermedios (subsector público, de obras sociales, privado). En este caso la calidad se relaciona con varias dimensiones individualizadas por estudiosos del tema (CEADEL, 1992) como:

- a) el desempeño gerencial.
- b) el desempeño técnico-asistencial.
- c) la capacidad y desempeño social de los sistemas.

Esta evaluación contempla tanto la organización estructural como los resultados medidos por el bienestar médico y social de los beneficiarios del sistema en cuestión.

Nivel Micro

En cuanto al nivel micro, enfoca la calidad en los establecimientos sanitarios desde un consultorio, un servicio, un equipo, hasta un hospital de alta complejidad.

En cada uno de los niveles señalados se debe usar un abanico de técnicas e instrumentos diferentes y complementarios.

Se pueden agrupar en los clásicos enfoques de Donabedian quien ha tenido el mérito de ofrecer un marco teórico que se puede aplicar siempre.

8-1.3 Cómo se va a evaluar

Se relaciona con el desarrollo de técnicas y herramientas para medir el grado de calidad alcanzado en comparación con lo deseado (ideal, posible, básico, óptimo).

Sobre este punto existen muchas posibilidades porque es el campo que más se ha trabajado. Para elegir las técnicas más adecuadas se debe tener en cuenta que:

a) la calidad de la atención es un concepto complejo, con múltiples atributos, procesal y temporal, por lo tanto cada vez se debe definir no sólo el sujeto de evaluación sino también qué componente, aspecto, actividad o acción.

b) Se debe poner en ejecución más de una actividad evaluativa para aproximarse al conocimiento de la materia de estudio. Usar criterios de complementariedad o de triangulación (Pedersen, 1992).

8-1.4 Cómo mejorar la realidad encontrada

Constituye el desafío actual de la calidad. No basta conocer lo que sucede sino que es un deber producir modificaciones si los resultados no son satisfactorios. Pero *mejorar o producir cambios* no es tan sólo un problema de técnicas sino básicamente de decisiones. Con los resultados de la evaluación se puede decidir no hacer nada, esperando la evolución natural de los acontecimientos, o tomar una actitud activa. En este caso se debe dar contenido técnico al accionar pero sobre todo asumir el liderazgo y el compromiso que supone esta actitud. Durante años los técnicos y los directivos estuvieron muy preocupados por evaluar, descuidando o confundiendo los fines con los medios.

La evaluación es un medio para conocer la realidad, y si ésta no es satisfactoria lo que importa es intentar mejorarla. El énfasis actual para asegurar calidad es instaurar el ciclo "evaluar-mejorar" en forma continuada.

Se está transitando desde las estrategias meramente evaluativas hacia las estrategias integrativas de garantía de calidad.

9- De las Estrategias y de las acciones

La dirección de las estrategias está vinculada con el marco conceptual o ideológico en el cual se inscriben. Por ello vale la pena detenerse a considerar los modelos que se pueden adoptar, según los cambios que se han producido a lo largo del camino recorrido desde los comienzos de la auditoría de calidad

Estrategia	Acción
Auditoría Médica	Buscar errores
Contable	Limitar el gasto
Estadística	Diagnosticar desvíos
Epidemiología	Control de Calidad
Garantía de Calidad	Método Clínico
Diseño de Sistema	Solucionar problemas evitables
Mejoramiento continuo de la Calidad	"evaluar-mejorar"
	Oportunidad de cambio
	Desarrollo de la "cultura por la calidad"

Los aspectos señalados no significan que se puedan demostrar límites precisos entre cada etapa ni que sean excluyentes. Tan sólo se muestra cómo el marco teórico sobre el tema ha sufrido una evolución conceptual que amplió su horizonte incorporando, primero, herramientas para evaluar (errores, desvíos) y luego enfatizando las estrategias de cambios para mejorar.

Sobre ese punto conviene aclarar que durante mucho tiempo, principalmente en los albores de la auditoría médica, se trató de ocultar las acciones punitorias consecuentes al hallazgo de comportamientos equivocados por parte de los profesionales.

Esta actitud tuvo por finalidad evitar la confrontación y la resistencia a las evaluaciones

Las ideas centrales son que:

1. Se necesita el diseño de un sistema permanente de evaluación-mejoramiento que utilice múltiples técnicas.
2. ☐ Importa menos encontrar errores, que con llevan actitudes punitorias, que considerar los problemas como oportunidades para perfeccionar los desempeños institucionales o individuales.
3. La calidad es un horizonte móvil de mejoramiento permanente porque se sabe que las perfecciones son una utopía que nunca se alcanza
4. Se necesita un compromiso general o "cultura de la calidad" que impregne a toda la institución.
- 5.

En ese transcurrir desde lo numérico y punitivo, a lo cualitativo y social, hay figuras centrales que han marcado jalones en el campo de la calidad, tanto en lo conceptual como en lo metodológico Tanto (Donabedian ,1983) como (Vuori,1992) identificaron una serie de propiedades o elementos que constituyen las claves para evaluar el grado de calidad alcanzada en un servicio o sistema bajo control.

En el listado siguiente se han unificado ambas propuestas:

- Efectividad: Conseguir mejoras en la salud, mejorando el impacto de la morbi mortalidad sobre un grupo poblacional definido
- Eficacia : Medida en que son alcanzados los resultados deseados en casos Individuales.
- Eficiencia: Habilidad de bajar los costos sin disminuir las mejoras. Relación favorable entre los resultados logrados y los recursos monetarios utilizados.
- Equidad: Distribución de los recursos en función de las necesidades de los grupos poblacionales
- Aceptabilidad/legitimidad: Conformidad con las expectativas de pacientes y familiares. La legitimidad es la aceptación comunitaria.
- Accesibilidad :Todo tipo de acceso para obtener los servicios
- Adecuación de los servicios: Dimensión cuantitativa que relaciona recursos con las necesidades reales o potenciales de la población.
- Calidad técnico/científica: Incorporación de los conocimientos y de la tecnología para lograr los mejores niveles posibles.

Los componentes mencionados reflejan que el concepto de calidad de la atención en salud incluye muchas cualidades.

Calidad es un término sincrético que debe ser contextualizado para ser operativo. Se debe definir cual de los atributos se deben valorar y sólo el cumplimiento de todos los mencionados pueden identificar la calidad alcanzada.

10- Análisis de los protagonistas en la calidad.

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

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

Esos grupos tienen distintos intereses o expectativas con respecto a la calidad de los servicios. Cada uno enfatiza, en distinto grado, los elementos comentados precedentemente. A veces los intereses son convergentes pero en otras ocasiones entran en conflicto o competencia. Por ejemplo: a los pacientes les interesa la resolución eficaz de los problemas que los afectan, al menor precio posible y con la mayor satisfacción. A los dueños de los servicios les interesa obtener el precio más alto del mercado para maximizar la diferencia entre lo gastado y lo ofrecido, a una calidad constante.

Para los trabajadores de los servicios, la calidad está centrada en el cumplimiento de las normas del proceso, consideradas por los pares como las más adecuadas o eficaces. A veces esta postura difiere con las expectativas de los pacientes, principalmente con respecto al uso de procedimientos invasivos y costosos.

Los administradores o gerentes fijan la importancia de la calidad en la relación entre costos y producción. De esta forma la eficiencia es la propiedad de su mayor interés y, por ese motivo, entran en conflicto con los profesionales que están más preocupados en la utilización y disponibilidad de las tecnologías.

más avanzadas en forma independiente de su costo.(Chorny,1997).

Uno de los aciertos de la estrategia de Calidad Total es considerar que la calidad debe satisfacer a distintos actores que se agrupan en dos categorías: a) clientes externos y b) clientes internos. Los primeros incluyen tanto a los beneficiarios como a los proveedores de servicios que también se consideran actores de la calidad. En el segundo grupo de clientes internos se tienen en cuenta las otras categorías de Vuori (trabajadores de salud, administradores y dirigentes o dueños de los servicios) pero como interdependientes. Habrá calidad total si cada unidad de producción interna entrega a las restantes un producto o servicio de calidad. Si los profesionales no reciben buenos servicios del Laboratorio, Radiología, etc. y buenos productos de Farmacia, Esterilización, etc.

11- Modelos de Monitoreo

En este momento existen por lo menos tres grandes orientaciones posibles para monitorear la calidad. Todas son beneficiosas, se complementan, se relacionan, pero es preciso distinguirlas para resolver lo que se considere prioritario, de interés institucional y factible de llevar a cabo.

11-1 Auditoría técnico-administrativa

Es un Area de Auditoría Médica o de Mejoramiento de la Calidad centrada en el control eficiente de las prestaciones, de la utilización adecuada de los servicios, del rendimiento de los recursos. En este modelo, la organización y desempeño están más cerca de la auditoría contable, su predecesora. De allí se obtuvo el modelo aplicado al campo de la atención médica (García Díaz,1976).

En nuestro país ha tenido un gran desenvolvimiento en entidades financiadoras de servicios médicos (obras sociales, entidades de seguros, prepagos) en relación con el control de los efectores contratados. También se ha implantado en los prestadores directos o agrupamiento de prestadores con la finalidad de mejorar el servicio a un costo razonable y evitar preventivamente los conflictos con las entidades contratantes.

Actualmente este tipo de auditoría se ha modernizado, constituyendo los programas de gerenciamiento basados en la calidad (managed Care).

11-2 Modelo industrial

Es el de difusión más reciente. Su origen proviene de las empresas preocupadas por la productividad y calidad de sus productos en un mundo competitivo y de rápidas innovaciones tecnológicas. La estrategia es la búsqueda de la calidad a través de la cercanía con los deseos del cliente, la aplicación del concepto de calidad total, el reconocimiento de la persona y la administración participativa. En el país se conocen pocas experiencias concretas sobre la aplicación completa del modelo en salud, pero tiene predicamento en los medios empresariales. Tienen utilidad en sistemas de producción y técnicos por ejemplo laboratorios, nefrología, asepsia y antisepsia pero no es aplicable a la atención de paciente en si (Normas ISO)

11-3 Modelo médico o de la atención a la salud

Así lo denomina Donabedian. Es el más cercano a la tradición y experiencia del quehacer profesional porque se utilizan técnicas y procedimientos que tienen su origen en el área de salud. El método clínico y el epidemiológico serían las herramientas fundamentales para la evaluación, respetando la organización jerárquica de los establecimientos de salud (Donabedian, 1993). A diferencia del modelo industrial, en donde el diseño de la estructura se considera responsable de la calidad del servicio, en el modelo médico el acento se coloca en el desempeño de las unidades asistenciales de modo que los integrantes son los que hacen el gran aporte a la atención. Por ello, para mejorar la calidad no es prioritario el cambio de sistema sino de las conductas.

Los dos últimos modelos tienen coincidencias en el énfasis y la búsqueda de la calidad. Pero tiene diferencias en la preeminencia del juicio de los clientes o usuarios y en las estrategias para garantizar la calidad. La aparición de los conceptos de Calidad Total despertaron, en el campo de la salud, nuevas perspectivas que cuestionaron los viejos modelos médicos introduciendo aires renovadores.

Si bien con finalidad didáctica se han separado los tres modelos de monitoreo, todos son beneficiosos y posibles de coexistir. Si se pretende el mejoramiento de la

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

12-Las técnicas de evaluación de la calidad

En este apartado se describirán las técnicas que se pueden poner en marcha en el monitoreo de la calidad del Modelo Médico y en unidades asistenciales directas. La trascendencia del sector o unidad de evaluación depende del buen diseño de las actividades.

Una vez definida la orientación del modelo evaluativo, totalizador o con predominio de alguna de las corrientes descritas en el apartado anterior, el siguiente paso será la consideración del perfil de la operatoria. Para ello se deben tener en cuenta algunas premisas, por ejemplo:

- Respetar los intereses de la institución.
- Considerar la posibilidad fáctica de las acciones.
- Comenzar por los problemas de mayor riesgo para los pacientes.
- Evitar estudios intrascendentes o de escasa representatividad.
- Tomar en cuenta los aspectos legales de la actividad.
- Preservar la rigurosidad y discreción en la obtención de información.
- Formalizar los proyectos y difundir los resultados dentro de la institución, y resguardar la información fuera de la misma.
- Utilizar normas, criterios de evaluación que tengan consenso.
- Buscar formas de incorporación o cooperación de grupos de estudio o comités relacionados con el tema: comité de infecciones, muertes y otras complicaciones, Historias clínicas, de drogas y medicamentos.
- Buscar aliados para favorecer las acciones e identificar obstáculos.
- Posibilitar la validación o rectificación de los problemas.
- Proponer mecanismos para instrumentar acciones correctivas técnicas.
- Obtener la participación de aquellos cuyos desempeños son evaluados y la participación de la población asistida.

Existen varias categorías de evaluación según las condiciones que se tome en cuenta: por su origen, por el momento de realización, por el enfoque conceptual, por la obtención de los datos, por la validez de los resultados, por la participación de las personas involucradas, por la base que sustenta los juicios, por la categoría de fenómenos a estudiar.

Como modo de actuar se verificará:

- Origen
 - a. Por problemas detectados
 - b. Planificadas
- Momento de Realización
 - a. Previa al acto profesional
 - b. Concurrente
 - c. Posterior o Retrospectiva
- Enfoque Conceptual de Evaluación
 - a. Evaluación de Estructura
 - b. Evaluación de Proceso
 - c. Evaluación de Resultado
- Tipo de Técnicas
 - a. Cuantitativas
 - b. Cualitativas
- Validez de Resultados
 - a. Evaluación Confiable
 - b. Evaluación Dudosa o Discutible
 - c. Evaluación no Confiable

Participación de Personas Involucradas:

Con respecto a los involucrados es muy importante lograr el mayor consenso posible y para ello el análisis se puede hacer:

1. ☐Evaluaciones Participativas
2. ☐Evaluaciones Técnicas

Base que sustenta los juicios

1. A través de Criterios orientadores
2. A través de Opinión de los Consultados
3. ☐A través de Estándares, indicadores
4. ☐A través de normas, reglas de atención

Categoría de Fenómenos a Estudiar

- a. Episodios clínico-quirúrgicos
- b. ☐Eventos Adversos
- c. Procedimientos diagnósticos
- d. ☐Terapéuticas Selectivas

Por el origen de las evaluaciones

Esta clasificación hace referencia a las evaluaciones que se realizan dentro de una institución y que se originan en un problema crítico o son evaluaciones de rutina llevadas a cabo en forma sistemática por la unidad específica. De ahí que se pueden agrupar en:

a. Evaluaciones motivadas por problemas detectados o que preocupan a alguno de los niveles de conducción de la institución.

Por ejemplo: muerte o complicación no esperada de un paciente, riesgos ocasionados por determinadas técnicas diagnósticas, accidentes transfusionales, situaciones con los pacientes que determinan intervención legal.

b. Evaluaciones planificadas por el área de auditoría para buscar los problemas de calidad. (monitoreo de la calidad propiamente dicho): monitoreo de eventos

adversos, seguimiento de indicadores epidemiológicos, encuestas o entrevistas a informantes claves. Como se puede deducir ambos grupos se diferencian porque las primeras son evaluaciones esporádicas, cortas y referidas a un problema o paciente particular y, las segundas, requieren que se programe una vigilancia de rutina para detectar problemas encubiertos o menos reconocidos. En el primer caso las cuestiones que afectan la calidad aparecen casi sorpresivamente y en el segundo se tratan de encontrar para controlarlas o evitarlas, si es posible. Los incidentes críticos originan una investigación temporalmente cercana al hecho, para determinar causalidad y responsabilidad específica caso por caso.

En cambio el monitoreo planificado puede ser retrospectivo y aun anticipatorio ya que los problemas detectados interesan como expresión indicativa de un comportamiento más generalizado.

Por el momento de la realización

Se trata de una clasificación clásica y conocida por los interesados en estos temas.

Se relaciona con la oportunidad de aplicación:

a- *evaluación previa al acto profesional (antes)*

b- *evaluación concurrente (durante)*

c- *evaluación posterior o retrospectiva (después)*

a) La *evaluación previa al acto profesional* ha sido muy utilizada en las auditorías técnico-administrativas, principalmente para justificar la implementación de autorizaciones previas para internaciones, prácticas costosas o poco conocidas (fuera de los llamados nomencladores de prestaciones). En realidad esas autorizaciones están relacionadas con el control del gasto y la limitación de prácticas innecesarias. Cuando se juzga la justificación médica de la solicitud en base a la documentación clínica, son reales evaluaciones de calidad. En cambio cuando es una norma aplicada indistintamente (ej: cobertura de un número prefijado de días de internación) son evaluaciones lícitas para un ente financiador pero poco tienen que ver con la calidad del caso en cuestión.

b) La *evaluación concurrente* es aquella que se realiza en el curso de la atención ambulatoria o de la internación. Se pueden analizar tanto el proceso actual y previo

como los resultados parciales o inmediatos de la atención. Como supone el desplazamiento del o de los evaluadores hacia el lugar de atención se necesita disponibilidad suficiente de recursos humanos para la evaluación. En nuestro país existen varios programas a cargo entidades financiadoras de servicios contratados para evaluar atención de internación y justificación de: prácticas, cirugías, prolongación de internación (recertificación concurrente).

Uno de esos programas fue puesto en marcha en 1981 por el Instituto Nacional de Seguro Social para Jubilados y Pensionados (INSSJyP): Programa de Evaluación Concurrente (P.E.C). Abarcaba a todas las instituciones contratadas del Área Metropolitana (86 sanatorios, clínicas, hospitales de comunidad y públicos) donde se evaluaban todos los pacientes internados durante su permanencia.(Borini, 1987)

c) Con respecto a la *tercera evaluación o posterior* se aplica para analizar procesos retroactivos o resultados inmediatos o más alejados de la atención. En el primer caso sería conveniente que la evaluación no estuviera muy distante del episodio para evitar incompletud de información o inoportunidad de las medidas correctivas. En cambio en los estudios de resultados, la distancia del hecho estaría definida por el tipo de resultados a considerar. Si pretendemos evaluar tiempo de sobrevivencia después de una terapia quirúrgica o medicamentosa, es posible que la evaluación sea más alejada que en los estudios de condiciones al alta de los pacientes (curado, mejorado, peor, muerto)

Por el enfoque conceptual de las evaluaciones

Consiste en la clasificación de las evaluaciones en algunos de los abordajes clásicos de Donabedian (su llamada trilogía):

- a. *evaluación de estructura*
- b. *evaluación de proceso*
- c. *evaluación de resultado*

Estos tres enfoques han tenido la virtud de ordenar y operativizar la evaluación por constituir categorías excluyentes, donde cada una conserva su individualidad.

Por el tipo de técnicas para la obtención de los datos

El desafío de la evaluación estuvo centrado por mucho tiempo en el principio enunciado por Galileo Galilei: "se debe medir todo lo medible y hacer medible todo lo que no lo es". Expresa un pensamiento matemático, numérico, preciso, que en filosofía de la ciencia se llamó el positivismo lógico, nacido a principios de siglo en Viena.

Pero los fenómenos de interrelaciones humanas, como son los de la atención médica, difícilmente puedan traducirse en todos sus matices solamente con números. A veces, cuando no siempre, las evaluaciones reflejan pareceres, coras, opiniones, de los evaluadores, de los evaluados y de los pacientes o población estudiada. En consecuencia, las técnicas cuantitativas no son suficientes para reflejar todos los acontecimientos. Para mejorar esa visión se han incorporado, en los últimos años, métodos provenientes de otras disciplinas, principalmente de las ciencias sociales reivindicadas en el campo de la calidad luego de ser ignoradas o consideradas menos precisas que lo contable numéricamente.

En general esas técnicas se basan en los juicios bien fundados de quienes están involucrados en la atención médica.

En resumen, se pueden considerar dos tipos de obtención de datos:

- a. Evaluación con técnicas cuantitativas
- b. Evaluación con técnicas cualitativas

En el caso de las técnicas cuantitativas la información se logra mediante el conteo caso por caso, hecho por hecho, de un evento, o situación de la atención médica (número de muertes, diagnósticos correctos, operaciones sin complicaciones). En cambio la procedencia del dato en las cualitativas es la opinión, el parecer de los actores consultados individual o grupalmente, sobre la magnitud, calificación o ocurrencia de esos eventos o circunstancias.

En este momento se pueden mencionar algunas técnicas cualitativas que se han incorporado, que son tan sólo ejemplos de todas las posibles:

Entrevistas y redes de Informantes Claves: individuos que por su educación, experiencia, posición en la comunidad o por la función que desempeñan, conocen ciertos problemas o situaciones con mayor profundidad que el resto. Para

perfeccionar la información se suele organizar una red de informantes de distintas categorías o ubicaciones dentro de la población general o institución.

Talleres de confrontación: grupos de participantes homogéneos internamente y diferenciados por algún atributo que puede ser la pertenencia a distintas organizaciones, subsectores o niveles. Se supone que los actores así diferenciados tienen percepciones u opiniones diferentes de la variable o aspecto a evaluar. La confrontación de los distintos juicios puede permitir la explicitación de supuestos valorativos que condicionan las conductas de los diferentes actores y la comprensión de problemas originados en percepciones e interpretaciones diferentes de la misma realidad.

Encuestas de opinión: recolección de información, generalmente por muestra, a un grupo definido de población acerca de la satisfacción por los servicios de salud recibidos o con derecho a obtenerlos. Son las técnicas cualitativas más usuales en las organizaciones de salud. Actualmente se distinguen las encuestas dirigidas a los pacientes (clientes externos) y a los integrantes de las unidades asistenciales de la institución (clientes internos).

- Autopsia oral: tipo particular de encuesta de opinión a la familia que padeció la muerte de un niño o familiar. Se trata de un estudio de caso para dilucidar las condiciones y circunstancias en que se produjo la muerte desde la perspectiva de los directamente afectados. Los ejes de la entrevista son: la composición de la familia, los procesos de salud, la relación con el sistema de salud, el episodio de muerte y la red social.

- Círculos de Calidad: grupos de personal voluntario que trabaja en una Unidad de Atención y que se reúne para encontrar soluciones posibles a los problemas concretos detectados. Se requiere de un moderador o facilitador con capacitación específica, del compromiso de los integrantes del área y de la conducción del establecimiento. Se basan en que el personal directo es el que mejor sabe cómo desempeñar las tareas en sus lugares de trabajo. Se les da la oportunidad de utilizar plenamente su caudal de experiencia para mejorar y transformar las tareas.

Por la validez de los resultados

Esta clasificación se refiere a los resultados de la evaluación hecha sobre cualquiera de los tres enfoques comentados. Tiene que ver con la exactitud de los datos, con la precisión con que se elaboran y, principalmente con las normas, criterios con los cuales se evalúa.

Existe la tendencia a validar los resultados por la frecuencia de los hechos, reproductibilidad, eliminación del azar y otras consideraciones científicas. Sin embargo, en la evaluación de la atención médica la validez se relaciona, en primera instancia, con el juicio crítico que utilizan los evaluadores. Está más relacionada con la confiabilidad que con la rigurosidad estadística.

Los resultados son más válidos si se comparan con normas explícitas, conocidas y consensuadas. Si los evaluadores son imparciales. Si el mismo hecho es evaluado por diferentes evaluadores y coinciden. Si la documentación es completa y veraz. Si es posible distinguir lo que es bueno de lo que es malo para los pacientes.

De acuerdo con estas ideas las evaluaciones pueden ser:

- a. Evaluación confiable
- b. Evaluación dudosa o discutible
- c. Evaluación no confiable

En general es una tipología que no se utiliza habitualmente. Sin embargo hace a la credibilidad de las evaluaciones y compromete el afianzamiento de las tareas. Por ello debería estar presente como juicio a las propias evaluaciones, a los procedimientos y a los procesos afectivos que se ponen en marcha.

En una publicación referida a los Círculos de Calidad (R.Combeller, 1988) se comentan las pautas que se toman en cuenta en el análisis grupal de los problemas, puntuando una serie de preguntas referentes al procedimiento y al proceso de análisis. Por ejemplo: "¿Ha sido identificado el problema de tal forma que todos están de acuerdo con su definición? ¿se ha valorado la gravedad, urgencia, y tendencia del problema? ¿Han participado en la identificación las personas involucradas? ¿Existe conciencia que se buscan causas y no culpables?... A cada pregunta se le adjudica un puntaje según la escala de "todo", "casi todo", "en parte", "casi nada" y "nada". La reflexión sobre los resultados encontrados, su

Esta clasificación se refiere a los resultados de la evaluación hecha sobre cualquiera de los tres enfoques comentados. Tiene que ver con la exactitud de los datos, con la precisión con que se elaboran y, principalmente con las normas, criterios con los cuales se evalúa.

Existe la tendencia a validar los resultados por la frecuencia de los hechos, reproductibilidad, eliminación del azar y otras consideraciones científicas. Sin embargo, en la evaluación de la atención médica la validez se relaciona, en primera instancia, con el juicio crítico que utilizan los evaluadores. Está más relacionada con la confiabilidad que con la rigurosidad estadística.

Los resultados son más válidos si se comparan con normas explícitas, conocidas y consensuadas. Si los evaluadores son imparciales. Si el mismo hecho es evaluado por diferentes evaluadores y coinciden. Si la documentación es completa y veraz. Si es posible distinguir lo que es bueno de lo que es malo para los pacientes.

De acuerdo con estas ideas las evaluaciones pueden ser:

- a. Evaluación confiable
- b. Evaluación dudosa o discutible
- c. Evaluación no confiable

En general es una tipología que no se utiliza habitualmente. Sin embargo hace a la credibilidad de las evaluaciones y compromete el afianzamiento de las tareas. Por ello debería estar presente como juicio a las propias evaluaciones, a los procedimientos y a los procesos afectivos que se ponen en marcha.

En una publicación referida a los Círculos de Calidad (R.Combeller, 1988) se comentan las pautas que se toman en cuenta en el análisis grupal de los problemas, puntuando una serie de preguntas referentes al procedimiento y al proceso de análisis. Por ejemplo: "¿Ha sido identificado el problema de tal forma que todos

están de acuerdo con su definición? ¿se ha valorado la gravedad, urgencia, y tendencia del problema? ¿Han participado en la identificación las personas involucradas? ¿Existe conciencia que se buscan causas y no culpables?... A cada pregunta se le adjudica un puntaje según la escala de "todo", "casi todo", "en parte", "casi nada" y "nada". La reflexión sobre los resultados encontrados, su

validez e importancia en cuanto a gravedad, frecuencia, costo, repercusión sobre los pacientes, debería formar parte del mismo programa evaluativo.

Por la participación de las personas involucradas:

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

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

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

a- Evaluaciones participativas

b- Evaluaciones técnicas

En realidad en la medida que se incorpora el concepto de interdisciplinas se están señalando formas de participación pero siempre dentro del campo de los que dan atención y no desde el que la recibe. La pregunta que siempre subyace cuando se menciona la intervención de los pacientes o beneficiarios es:

¿Están en condiciones de evaluar situaciones técnicas y no tan sólo ciertos requisitos estructurales como serían las comodidades o preferencias?

De hecho los pacientes juzgan el desempeño profesional en base a comportamientos y resultados. De hecho que esa evaluación orienta la demanda y la elección del prestador, siempre que se tenga la posibilidad hacerlo. Tal vez los pacientes no puedan opinar sobre el riesgo de muerte o de complicaciones de la patología oncológica pero pueden saber la mejor manera de afrontar los malestares, los dolores y aún la misma muerte. Nadie duda hoy de las bondades de los grupos de autoayuda o de autocuidado.

Este reconocimiento de la contribución de pacientes y consumidores no aminora la responsabilidad que tienen en la calidad lograda. Son corresponsables junto con los prestadores de ese nivel.

Por la base que sustenta los juicios:

validez e importancia en cuanto a gravedad, frecuencia, costo, repercusión sobre los pacientes, debería formar parte del mismo programa evaluativo.

Por la participación de las personas involucradas:

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

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

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

a- Evaluaciones participativas

b- Evaluaciones técnicas

En realidad en la medida que se incorpora el concepto de interdisciplinas se están señalando formas de participación pero siempre dentro del campo de los que dan atención y no desde el que la recibe. La pregunta que siempre subyace cuando se menciona la intervención de los pacientes o beneficiarios es:

¿Están en condiciones de evaluar situaciones técnicas y no tan sólo ciertos requisitos estructurales como serían las comodidades o preferencias?

De hecho los pacientes juzgan el desempeño profesional en base a comportamientos y resultados. De hecho que esa evaluación orienta la demanda y la elección del prestador, siempre que se tenga la posibilidad hacerlo. Tal vez los pacientes no puedan opinar sobre el riesgo de muerte o de complicaciones de la patología oncológica pero pueden saber la mejor manera de afrontar los malestares, los dolores y aún la misma muerte. Nadie duda hoy de las bondades de los grupos de autoayuda o de autocuidado.

Este reconocimiento de la contribución de pacientes y consumidores no aminora la responsabilidad que tienen en la calidad lograda. Son corresponsables junto con los prestadores de ese nivel.

Por la base que sustenta los juicios:

Se trata aquí de diversificar las evaluaciones de acuerdo con los parámetros de medición que se empleen. No se alude a las cualidades de estos juicios (severos, estrictos, benévolos o laxos) sino a las categorías normativas en que se basan:

- a- Evaluación a través de criterios orientadores
- b- Evaluación a través de opinión de consultados
- c- Evaluación a través de estándares, indicadores
- d- Evaluación a través de normas, reglas de atención

Las dos primeras categorías se relacionan con juicios empíricos, experienciales, que tienen cierta flexibilidad y practicidad en la aplicación. Generalmente los parámetros son implícitos o de formulación solamente indicativa. Son útiles en evaluaciones fundadas en juicios de expertos o de informantes calificados y tienden a ser espontáneas y poco estructuradas.

Los estándares o indicadores, en cambio, son medidas cuantitativas que, lo mismo que las normas se pueden obtener por: consenso de expertos, o por estadísticas de la propia realidad, de otras similares o las consideradas óptimas. Las comparaciones ofrecen pocas alternativas de juzgamiento. Se cumplen o no se cumplen las normas. De ahí que esta limitación debe ser tomada en cuenta en la formulación del estándar de modo que tenga ductilidad.

Una forma de abordar consiste en establecer ponderaciones de acuerdo con los riesgos que implique la falta de cumplimiento o definir normas mínimas, óptimas, obligatorias u opcionales.

Generalmente estas medidas cuantitativas son explícitas y formuladas en forma previa a la evaluación. Deberían cumplir ciertos requisitos para que tengan validez: que se originen en hechos científicos, que sean aceptados por consentimiento, que permitan discriminar los fenómenos que analizan, que sean alcanzables o factibles. Por otra parte los juicios basados en opiniones, consultas u observaciones son menos estructurados y su validez se fundamenta en las condiciones y capacidad de los evaluadores en obtener información confiable y en la elección de los informantes.

La esencia de la evaluación se sustenta tanto en los parámetros que se utilicen como en la manera en que se empleen.

Por la categoría de los fenómenos a estudiar:

Otra forma de clasificar las evaluaciones es considerar:

- a- Episodios clínicos- quirúrgicos
- b- Eventos adversos
- c- Procedimientos diagnósticos
- d- Terapéuticas selectivas

La primera se refiere al estudio de episodios clínico-quirúrgicos abarcando toda la etapa de su atención. Las dos últimas, en cambio, son categorías seleccionadas por la etapa de atención a considerar.

Los episodios clínico - quirúrgicos a su vez se pueden subdividir según se analicen condiciones, enfermedades o problemas o si comprenden la etapa pre, inter y post institucional.

La siguiente categoría se refiere a la evaluación de los eventos adversos que son resultados desfavorables de la atención como muertes, complicaciones u otros incidentes críticos inscriptos en la esfera socio-afectiva (quejas, insatisfacciones, opiniones adversas).

Estos estudios están encaminados a develar la responsabilidad por acción u omisión de la institución sobre los hechos enunciados y, principalmente, si pudieron ser evitados. Se inscriben en la tradición del quehacer profesional, por lo que suelen ser un buen acicate para comenzar las tareas de monitoreo.

Los dos apartados últimos se vinculan con la justificación médica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos seleccionados por condiciones tales como: costo, riesgo o utilidad.

Responden a las preocupaciones actuales por los avances tecnológicos y a los cuestionamientos sobre la efectividad y eficacia clínica para los pacientes.

13-Posibles líneas de investigación

Los modelos presentados son los más representativos en la literatura del área y siguen vigentes como el fundamento infaltable en cualquier análisis académico.

En el área de servicio al cliente es bien conocido el buen nivel de muchas organizaciones presentes en el país, luego el potencial de investigación en este campo es grande. Desde la aplicación de escalas para su validación en el contexto sanitario, hasta la generación de escalas propias tomando como base las existentes e incluso la generación de escalas locales, partiendo del conocimiento generado por años de políticas reales de orientación al cliente y servicio al cliente en las organizaciones.

De otro lado, es importante el contexto. Esto quiere decir el medio de aplicación del servicio. Cuando día a día los medios electrónicos toman mayor fuerza e importancia desde muchos puntos de vista organizacionales, la evaluación de la calidad de este tipo de servicios está en mora de ser implementada.

Desde las organizaciones y servicios de salud, también está el estudio y desarrollo de sistemas integrados de calidad que permitan estudiar la relación del servicio al cliente con la estrategia organizacional.

Finalmente, desde el Estado, el establecimiento de programas de evaluación de la calidad del servicio es bastante relevante en términos de su mejoramiento, más aun cuando los servicios del Estado tienen un enfoque de equidad y atañen a toda la nación. Así, el potencial de investigación en el área es bastante alto y es aplicable a todos los niveles de formación profesional en Argentina.

Los estudios realizados en las áreas de servicio al cliente a través de inventarios de las investigaciones, tanto académicas como prácticas, deben ser el punto de partida de futuras investigaciones. De esta manera se lograría focalizar y establecer posibles temas de interés tanto para el estado como para la sociedad toda.

14- Conclusión

En el presente trabajo se pusieron en confrontación 2 visiones de la evaluación de la calidad de servicios, haciendo un recorrido desde la importancia que han cobrado los servicios frente a los bienes en la economía, hasta llegar a la evaluación del acto médico como representativo de servicio de atención a la salud.

Durante muchos años se propuso la evaluación de estos particulares servicios mediante metodologías que devienen de la industria de manufacturas, (Normas ISO,) y particularmente centradas en procesos, si bien tuvieron un importante desarrollo en muchas áreas técnicas como laboratorio, aprovisionamiento, farmacia, esterilización, hemodiálisis, en otras áreas configuraron un desentendimiento de la relación personalizada que tiene el servicio de salud.

Como se vio también el análisis de la calidad debe evaluarse desde una mirada multidimensional que excede a este trabajo, y que como servicio basado fundamentalmente en la relación interpersonal en donde se integre al paciente - cliente como parte importante en el proceso de producción de salud. También hemos visto que los elementos escénicos configuran un ítem mínimo en la mejora de la calidad y de difícil cuantificación. Mientras que lo mas importante ha sido valorar la trilogía de Donabedian, evaluación de estructura, evaluación de proceso, y evaluación de resultado como la máxima sobre la cual se puede desarrollar el análisis base de un sistema de calidad.

15-Bibliografía General

1. Baranchuk, N. S. "El rol del pediatra". Seminario de la Sociedad Argentina de Pediatría, Buenos Aires, 1993.
2. De Geynt, W. "Five approaches for assessing the quality of care" Hospital Administration. Winter, 1970.
3. Diaz, C A "Gestión de servicios asistenciales" Ediciones Isalud 2009
4. Diaz, C A " Modelos integrales de salud" Universidad Isalud 2009
5. Donabedian, A. "Evaluating the quality of care". Milkbank Memorial Foundation Vol. 44, Nº 2, 1968.
6. Donabedian, A. "La investigación sobre la calidad de la Atención Médica" Revista Salud y Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad social, México, 1986.
7. Donabedian A., Garantía y monitoreo de la calidad de la Atención Medica" Revista del Instituto de Salud Pública "Perspectivas", Primera edición, México,

- 1990.
8. Donabedian, A. "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad" Rev. Calidad a Atención de Salud. México.Vol., 2 N°. 3,1995
9. Fernández de Busso, N. "Marco conceptual y metodológico para evaluar la Atención de salud de los adolescentes en Latinoamérica". Fascículo Nro.5. Evaluación de Servicios. Informe de la reunión para aprobación de instrumentos de evaluación de servicios de salud integral del adolescente. Proyecto OPS/Kellog. Publicación PAHO/HMP/GDR-1/CHI/94.
10. Foucault, M. "La arqueología de la Medicina" Educación médica y salud", OPS/OMS Vol8, N° 4,1974
11. Foucault, M. "Medicina e Historia. El pensamiento de Foucault", Serie RH, N° 23, OPS/ OMS, 1978.
12. García Díaz, C. "Características y tendencias de la auditoría médica". Revista "Cuadernos de Salud Publica" N° 11. ESPUBA. Buenos Aires, 1976.
13. Hammer, M. Champy, J. "Reengineering the Corporation. A Manifesto for Business Revolution" Harper Collins, New York, 1993.
14. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)"Programa de acreditación periódica para establecimientos de segundo nivel". Resolución Nro. 5053/80.Boletín Extra N° 1.Buenos Aires, 1981.
15. Ishikawa, K. "¿Qué es Control Total de Calidad?" Ed. Norma. Colombia, 1986.
16. Ilich, I. "The expropriation of health". Pantheon Books. New York,1976.
17. Jesse, W. "Garantía de la Calidad en los Hospitales de Estados Unidos". Salud Pública Mexicana .1990; 32:131- 137, 1989.35
18. Kessner D., Kalk C. E., Singer J. "Assessing health quality. The case for tracers" New England Journal of Medicine 288:189-194, 1973
19. Kessner, D. "Quality assessment and assurance: early signs of cognitive dissonance". New England Journal of Medicine N° 16 19.
20. Lolas, F. "Proposiciones para una teoría de la medicina". Ed. Universitaria de Chile, 1992.Moreno, E.;
21. Nirenberg, O.; Perrone, N. y cols. "Modelo evaluativo para Sistemas Locales de Salud". Capítulo Técnicas e Instrumentos. Centro de Apoyo al Desarrollo Local (CEADEL) Buenos Aires y International Development Research Center (IDRC). Ottawa, Canadá Cuaderno de CEADEL Nro. 20, 1992.

22. Murakami, T. "Implementación empresarial de la gestión total de la calidad". Agencia de Cooperación Internacional de Japón. Ed. Instituto Tecnológico. Programa Empresarial de Gestión Total de Calidad y Productividad. 2003.
23. Oficina de Evaluación Tecnológica (OTA) del Congreso de los Estados Unidos. "Evaluación de la eficacia y seguridad de la tecnología médica. Estudio de casos". Traducción y publicación de OPS/OMS No. PNSP/83-123, 1978.
24. Popper, K. "Sociedad abierta, universo abierto". Cuadernos de Filosofía y Ensayo. Ed. Reis Argentina, 1983.
25. Ruelas Barajas, E. y cols. "Círculos de calidad como estrategia de un programa de Garantía de Calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología". Salud Pública Mexicana; 32:207- 220, 1990.
26. Ruelas Barajas, E.; Vidal Pineda, L. "Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la Calidad de Atención Médica". Revista Salud Pública de México, Vol.32 No.2, 1990.
27. Valadez, J., "Sistemas nacionales de informantes en salud" O.P.S. 1983, Washington D. C. (Mimeo).
28. Vuori, H. "El control de calidad en servicios sanitarios". Ed. Masson, Barcelona, 1998.
29. Williamson, J. "Evaluación de la calidad de atención del paciente" Revista del CLAM. Traducciones No. 27, 2007.
30. Zimmerman, D. Salko, J. "Reingeniería de la atención de salud. Una visión para el futuro". Engle Press, Wisconsin, 2004.