

## Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema

### Assessment in quality in Health Care, a first step to reforming the System

Adalberto E. Llinás Delgado<sup>1</sup>

#### Resumen

*Se realiza una revisión del concepto de "calidad" por varios autores y se resalta la definición de Calidad en salud de Avedis Donavedian. Se presenta la normativa del sistema de garantía de calidad en Colombia y se examina la percepción de los actores diferentes actores del sistema.*

*Luego, en una revisión de las diferentes reformas al sector salud en Latinoamérica, se destaca que han tenido como eje central la mejoría del sistema a partir del aumento de la cobertura o fortalecimiento del financiamiento. La reflexión plantea la necesidad de realizar reformas de fondo, centradas en procesos orientados a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello, lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población, con el indispensable acompañamiento de la academia, como un articulador del conocimiento en la sociedad.*

**Palabras clave:** Calidad, sistema de salud, reformas.

#### Abstract

*The authors review the concept of quality by various authors, highlighting the definition of quality in health Donavedian Avedis. We present the rules of the quality assurance system in Colombia and discusses the perception of different actors in the system.*

*After a review of the various health sector reforms in Latin America, stands which have had the axle, the improvement of the system from the increased coverage or strengthening of financing. The run raises the need for fundamental reforms, focusing on processes*

<sup>1</sup> Médico Cirujano, Especialista en Salud Ocupacional y Auditoría Médica. II año Maestría Salud Pública. Docente- investigador.

**Correspondencia:** Universidad Simón Bolívar, carrera 59 N°. 59 - 92. A.A. 50595. Barranquilla (Colombia).

Fecha de recepción: 4 de febrero de 2010  
Fecha de aceptación: 26 de marzo de 2010

*aimed at introducing substantive changes in the various sector entities and functions in order to increase equity in their performance, their management efficiency and effectiveness of its actions and thereby achieving the satisfaction of the health needs of the population, with the indispensable accompaniment of the academy, as an articulator of knowledge in society.*

**Key words:** Quality, health system, reforms.

## INTRODUCCIÓN

Una de las estrategias utilizada para disminuir la inequidad en las sociedades contemporáneas ha sido la realización de reformas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud.

El concepto de “calidad” proviene del latín *qualitis*, conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad (1). El *Pequeño Larousse Ilustrado* define “calidad” como el conjunto de cualidades de una persona o cosa (2). En estas definiciones se concibe la calidad como un atributo o características que distingue a las personas, a bienes y a servicios. Según E. Deming, “la calidad es el orgullo de la mano de obra”, entendiendo “mano de obra” en el más amplio sentido, y agrega que “la calidad se define en términos de quien la valora” (3). P. Crosby dice: “La calidad debe definirse como ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia”, y J. Juran define “calidad” como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” (4).

El concepto de calidad en salud es general, abstracto, tiene un doble carácter, objetivo y subjetivo, y múltiples dimensiones, las cuales son notablemente influenciadas por el

proceso cultural y la influencia de los actores de poder (5, 6, 7). Donabedian (8, 9) define la calidad en salud circunscribiéndola a una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados. Obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes. “La atención médica se da como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado, del cual se originan dos aspectos: el primero, como la atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud, y el segundo, como la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente” (10). Este concepto deja de lado la percepción de calidad en la salud desde lo colectivo; el mismo está asociado a tradiciones socialmente aceptadas en un momento determinado.

El concepto de gestión de calidad en salud pública lo enmarcamos como estrategias o modelos motivacionales, social y culturalmente aceptados, los cuales logran mejorar los determinantes de salud en la población. Excluimos de esta concepción las acciones basadas en procesos coercitivos o meramente informativos que no logran impactar las comunidades.

Uno de los pilares que define la concepción de salud en la sociedad está en la cultura, que muy bien define Clifford J. Geertz (11) como un sistema de símbolos por medio de las cuales la gente se comunica, perpetúa y desarrolla sus conocimientos sobre actitudes hacia la vida. Bernardo Kliksberg (12) lo juzga como un conjunto de valores compartidos por diversos grupos; considera la cultura como un factor decisivo de la cohesión social. En nuestro entorno muchos consideran a la cultura como una especie de necesidad secundaria, en la cual se debe intervenir luego de solucionar otras necesidades prioritarias.

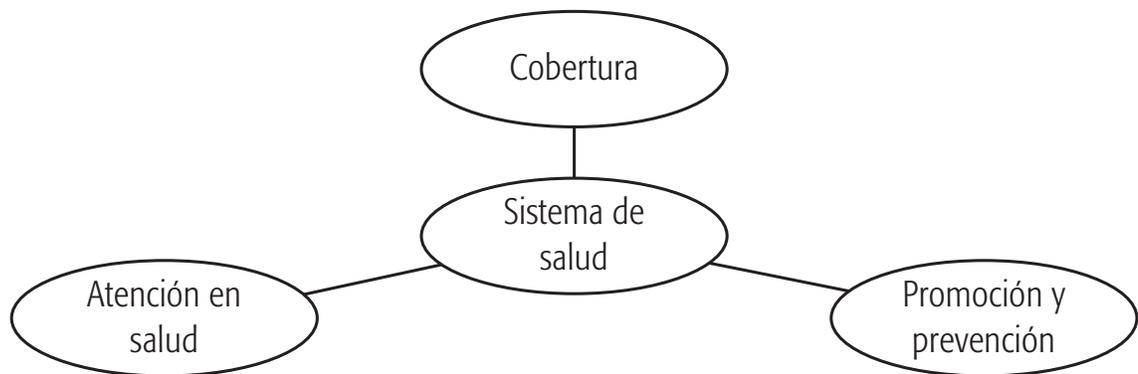
## EL SISTEMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN COLOMBIA

El Sistema de Salud en Colombia, muy cargado de normatividad, estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), que se instituyó formalmente con la expedición del Decreto 2174 de 1996, "Sistema de Requisitos Esenciales", remplazado por el Decreto 2309 de 2002, y luego el 3 de abril de 2006 por el Decreto 1011. Esta normativa, si bien presenta avances conceptuales importantes, no se refleja en los resultados

reales a la sociedad del proceso de atención, ya que el sistema debe garantizar lo mínimo indispensable para brindar una prestación de salud que cumpla con el precepto hipocrático, "primum non nocere".

La calidad de la atención que debe brindar una institución de salud es percibida por las características del proceso de atención; la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, acciones clínicas de revisión y el diagnóstico; por el resultado en su salud, por las características de la estructura física, humana y organizacional, con y por condiciones relativas a la accesibilidad (13).

Los que lean este artículo podrían argumentar que el sistema de habilitación, base del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, está circunscrito a las condiciones mínimas que debe tener el prestador de salud, pero si vemos las variables objeto de control encontramos: 1. recurso humano, 2. infraestructura física, 3. dotación, 4. medicamentos y dispositivos médicos, 5. procesos prioritarios, en los que se referencia el manejo interno de los desechos hospitalarios, 6. manejo de la historia clínica, 7. interdependencia de servicios, 8. sistema de referencia y contrarreferencia de



Fuente: Referenciada en cita 1

Figura 1. Características de modelos de atención

pacientes, 9. seguimiento a riesgos. Vemos entonces que la aplicación del sistema de habilitación, pilar básico del SOGC, no está generando la garantía mínima de cumplir con el criterio primero de no dañar al usuario o a la comunidad.

Si el sistema de habilitación, proceso obligatorio, cuenta con tantas limitaciones, consideramos innecesario exponer nuestra percepción del proceso de acreditación, proceso voluntario y que lógicamente debe ser el paso superior en el sistema, luego del cumplimiento de las normas mínimas obligatorias. Esta abundante pero inefectiva normalización en salud nos lleva a pensar que estamos muy distantes aún de crear una cultura de seguridad del paciente, como debe ser un sistema de salud.

## LOS ACTORES DEL SISTEMA

Los actores del sistema, Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y usuarios, desde sus diferentes roles y ópticas en el sistema generan percepciones de calidad, como parte de su ejercicio dentro del mismo.

En el modelo de atención en salud en Colombia un actor de gran peso es el asegurador, las empresas promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado; a la luz de ellas se requieren de dos grandes variables, como son la satisfacción de los usuarios (calidad) y la rentabilidad propia del proceso productivo de inversión de recursos para obtener una utilidad. Bueno, lo ideal en el sistema sería el equilibrio entre estas dos variables, pero todo parece indicar que prima más el criterio económico como tal que la satisfacción del usuario. Como evidencia de tal

situación se pueden mencionar las múltiples tutelas presentadas contra las EPS, las quejas y reclamos, así como las grandes utilidades que presentan en sus balances anuales estas empresas. Las aseguradoras utilizan su posición dominante en el sistema para realizar interpretaciones de la norma que limitan el acceso a los servicios con excesivos trámites administrativos, y muestran logros importantes de tipo cuantitativo que evidencian aun más la atención de cantidad antes que de calidad.

En el segundo actor, el prestador de servicios de salud, la IPS, también se encuentra una dicotomía, los que priorizan la vida y los que anteponen la productividad. Los primeros desarrollan un modelo de atención con calidad con profesionales actualizados, con remuneración acorde con el mercado laboral; algunos fomentan la promoción y prevención entre sus usuarios. Cuentan con una cómoda hotelería y claros procesos de cuidados para la atención integral en salud.

Mientras que las IPS, centradas en la productividad, se caracterizan por tener claros procesos de facturación y de admisiones, profesionales concentrados en la cantidad de usuarios atendidos o procedimientos realizados.

En cuanto al tercer actor del sistema, tal vez el más débil, el usuario o cliente, su concepto de calidad está ligado a sus expectativas y requisitos, por lo cual se ve asfixiado por el sistema; en algunos casos suele contraponerse el concepto de calidad del usuario al del profesional de la salud.

Un usuario puede sentir que no se llenan sus expectativas cuando en la consulta se le ordene suprimir muchos de los alimentos que

él regularmente ingiere o cuando el médico le explica las indicaciones o limitaciones de su tratamiento o, por el contrario, sentirse satisfecho por las condiciones locativas del lugar donde le prestaron el servicio, sólo por el confort durante el proceso de atención. En algunos estudios realizados en México se determinó que la mala calidad de la atención en salud fue asociada a los largos tiempos de espera y a la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (14).

Pero este actor, que es la razón fundamental del sistema, ha recibido la influencia sistemática y subliminal de los actores de poder, por lo cual ha logrado introyectar las bondades del sistema asociando accesibilidad con la obtención de un carnet, o calidad con la prestación de salud en una institución habilitada.

Ocasionalmente se nota cómo algunos humoristas satirizan la calidad en la atención médica identificando los tratamientos formulados repetitivamente para las diferentes dolencias

presentadas, lo cual demuestra pérdida de credibilidad en el acto médico.

El modelo colombiano es percibido como poco satisfactorio (15). La eficiencia del sistema falla porque ha derivado en administraciones onerosas, en demoras innecesarias en el flujo de recursos y en el uso indebido de barreras de acceso, que han dado lugar a resultados subóptimos a pesar de la multiplicación de los recursos públicos y privados para el sector (16). por lo anterior el usuario se ve obligado a recurrir a las acciones de tutela.

La calidad en la atención debe estar enmarcada en el desarrollo de acciones dirigidas a obtener una mejor calidad de vida para la población, y esto se logra ubicando en el centro del proceso como prioridad básica el ser humano, en nuestro caso, al usuario. En otras palabras, tratar de humanizar la salud.

¿Pero dónde quedan las acciones colectivas?  
¿Hacia dónde se dirigen las estrategias de

**Tabla 1**  
Registro de tutelas - totales y por derecho a la salud 1999 - junio de 2003

Año	Radicado		Total tutelas (por período)	Tutelas que invocan el derecho a la salud	Part. %	Tasa de crecimiento total**	Tasa de crecimiento en salud**
	Desde	Hasta					
1999	194.672	280.985	86.313	21.301	24,7%	N.A.	N.A.
2000	280.986	412.750	131.764	24.843	18,9%	52,7%	16,6%
2001	412.751	546.023	133.272	34.319	25,8%	1,1%	38,1%
2002	546.024	689.911	143.887	42.734	29,7%	8,0%	24,5%
2003*	689.912	759.999	70.087	22.163	31,6%	-2,6%	3,7%
<b>TOTAL</b>			<b>565.323</b>	<b>145.360</b>	<b>25,7%</b>		

**Fuente:** Corte Constitucional.

\* Corte a junio de 2003.

\*\* Tasa de crecimiento proyectada a 2003.

mejoramiento de la salud pública? La calidad en salud no es sólo atención asistencial. Aquí se nota cómo los responsables del direccionamiento de acciones de salud para lograr cambiar la conducta colectiva se desprenden de la responsabilidad política para endosársela al ciudadano, generando acciones coercitivas o saturando de información por medios masivos de comunicación, sin evaluar el impacto que podrían tener esas acciones en las comunidades. Y ante la queja del usuario, lo presentan como un ser poco responsable de asumir su autocuidado.

El logro más importante de esta reforma a la salud en Colombia es el aumento de la cobertura, pero, en realidad, lo que ha aumentado es el número de carnetizados. Entonces hay aumento de la cobertura pero sin equidad, lo cual se evidencia en la conformación de 3 grupos con diferentes planes de beneficios: los vinculados, los del régimen subsidiado y los del contributivo; esta debilidad encuentra un indicador válido en el porcentaje de tutelas que se presentaron entre 1999 y 2003 para acceder al derecho a la salud, que fue del 25.7%, lo que equivale a un total de 145.360 tutelas.

Recientemente, bajo el Estado de Emergencia Social que se declaró con el Decreto 4975 de 23 de diciembre de 2009, se expidieron 10 decretos con fuerza de Ley (decretos 126 a 135 de 21 de enero de 2010), con los cuales se realizó una reforma del sector Salud, buscando así aliviar principalmente la crisis financieras del mismo que no fueron solucionadas en la Ley 1122 de enero de 2007, que modificó la Ley 100 de 1993. Estos decretos alivian la situación financiera, pero están muy lejos de ser una solución de fondo para lograr un mejor sistema de salud, centrado en la necesidad de la población, con un modelo costo - eficiente y financieramente sostenible.

## SISTEMAS DE SALUD EN LATINOAMÉRICA

Para revisar el concepto de calidad en salud en Colombia se requiere tener una noción de lo que hacen los países vecinos con respecto a la calidad en salud, es necesario hacer una revisión de las políticas que se tienen al respecto. Latinoamérica presenta diferentes modelos de prestación de servicios de salud, y en ese contexto es conveniente conocer las diferentes experiencias para alcanzar una visión general de las mismas, a fin de poder evaluarlas, y de ser posible, implantarlas en nuestro país con el ánimo de mejorar el sistema actual.

En algunos países los cambios se vienen desarrollando a partir de negociaciones políticas complicadas, toda vez que el derecho a la salud como derecho de ciudadanía integra el elenco de beneficios posibilitados por las políticas sociales y compone el imaginario y la conciencia colectiva de la población (17).

Se han seleccionado algunos países como Argentina, Brasil, Chile, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Puerto Rico y Venezuela, donde se muestran diferentes modelos con estrategias para lograr la calidad de atención en salud.

**Argentina** se distinguió durante muchos años por la eficiencia y calidad de su sistema de salud, pero hace ya largo tiempo que el área ha venido disminuyendo sus capacidades y enfrenta problemas cada vez más graves (18). Encontramos un sistema que se ha caracterizado por ser heterogéneo con respecto a la cobertura, las características de la población atendida y las fuentes de financiamiento (19). En 1997 se transfirieron los hospitales a las provincias y de éstas a los municipios. La política de reforma del sector de la salud pretende

lograr la hegemonía del sector público sobre los otros, con plena vigencia del derecho a la salud, con requisitos de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad, cobertura a toda la población y descentralización.

Como todo nuevo sistema, puede generar impactos positivos y negativos en la población atendida. Entre los aspectos positivos se pueden mencionar:

- Proceso de descentralización.
- Establecimiento de la normativa para los Hospitales de Autogestión (HPA); cuyo principal efecto es que pueden facturar a la población con cobertura social, establecer convenios, utilizar los recursos por la venta de los servicios para incentivar la productividad y eficacia del personal.
- Libre elección de los afiliados.
- Programa Médico Obligatorio (PMO), lo equivalente al Plan Obligatorio de Salud en Colombia (POS).

Como aspectos negativos para la población consideramos:

- La inequidad en la prestación de los servicios.
- La inestabilidad laboral en relación con la ley de flexibilización del trabajo.

En **Brasil**, a pesar de la promulgación de la Constitución de 1988, que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS), en el que se garantizan todos los principios de universalidad, equidad e integralidad de la atención, con principios operativos de descentralización política, administrativa, jerarquización y control social, hay, en realidad, tres tipos de financiamiento (seguros y planes privados, seguridad social y gobierno), lo que determina la desigualdad de acceso de la población

a los diferentes servicios públicos y privados (20).

Entre los aspectos positivos de este sistema podemos mencionar:

- La participación social, aunque hay estudios que cuestionan las diferencias entre los formuladores de las políticas de salud y la población usuaria, pues se implementan estrategias de participación que no toman en cuenta las formas organizativas de los grupos sociales (21).
- Descentralización administrativa y financiera.
- Participación comunitaria/control social –principio que es más efectivo con la implantación del SUS– a través de los Consejos de Salud (nacional, estatales y locales); con participación de los trabajadores de salud en estos consejos.

Aspectos negativos del SUS:

- Priorización de los servicios básicos de salud con énfasis en programas de determinados sectores, bajas inversiones en los servicios secundarios y terciarios, lo cual dificulta los principios de universalidad, equidad e integralidad.
- Dificultad para mantenerlo financieramente.

**Chile** tiene un sistema de salud mixto, compuesto de fondos y prestadores tanto públicos como privados, liderado por el Ministerio de Salud, el cual tiene como tarea el diseño de políticas y programas, la coordinación de las entidades del área, la supervisión, la evaluación y el control de las políticas de salud.

En el sistema público existe un seguro social de salud administrado por el Fondo Nacio-

nal de Salud (Fonasa) y el sistema de salud privado está conformado por las Empresas de Administración de Salud (ISAPRE) (22).

Fue a partir de 1990 cuando se dio prioridad a un proceso de fortalecimiento del sistema de salud, estableciendo como objetivo central promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud (23).

Además, el modelo chileno de calidad en atención en salud es considerado hoy por hoy como punto de referencia de un pluralismo estructurado, lo cual significa una verdadera innovación en la reforma de los sistemas de salud de América Latina (24).

**Cuba**, debido al desarrollo de la salud pública tanto en extensión como en cobertura, ha permitido la introducción de complejas tecnologías y nuevos modelos de atención. El sistema de salud cubano se mantiene en constante transformación, sobre todo incrementando las acciones preventivas, trabajando sobre la variación de los patrones de consumo, incidiendo en los hábitos de vida que pueden reducir un grupo de enfermedades (25).

El sistema cubano tiene como principios: salud como un derecho del pueblo y responsabilidad del Estado, cobertura universal, servicios con carácter gratuito, activa participación de la comunidad en los programas de salud y atención de carácter integral (26).

El sector de la salud tiene muchos aspectos positivos para la población. Sin embargo, en este momento está teniendo dificultades debido a la difícil situación económica que repercute directamente en la carencia de recursos materiales y lesiona a los trabajadores del sector.

Hay poco estímulo para los trabajadores del sector, y esto genera la migración de profesionales a otros países.

En **Ecuador**, el modelo de salud está soportado en el Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Delimitado por dos grandes macropropuestas (27):

- Incrementar de un 20% al 100% la cobertura en salud.
- Competencia médica, excelencia, integridad y calidad de la atención en salud.

El sistema de Aseguramiento Universal y Salud contempla prestar servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud, tomando en cuenta las capacidades diferenciales de pago de las personas o familias, como aporte complementario al financiamiento. Sistemas Descentralizados de Salud y Modelos de Autonomía de Gestión de Servicio (28).

Este sistema debería ser muy positivo para la población, aunque, en realidad, se encuentran algunos resultados negativos:

- Los avances registrados no reportan grandes cambios en los indicadores de salud y en el funcionamiento de los servicios.
- El acceso y la calidad de la atención se ha deteriorado debido a una baja tasa de crecimiento económico, problemas de tipo estructural que se han agravado por las crisis sociales y políticas.

En **México**, el sistema de salud tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, acelerar y profundizar la descentralización, extender la cobertura de servicios a

las zonas urbanas y rurales pobres, a través de un paquete básico de servicios (29).

La cobertura efectiva en general va desde 54% en Chiapas hasta 65% en el Distrito Federal. Y se plantea trabajar en lograr brindar servicios de calidad y no sólo en ofrecer la disponibilidad del servicio (30).

La reforma ha permitido un incremento significativo en la inversión pública en salud, al tiempo que realinea los incentivos para garantizar una atención de mayor calidad técnica e interpersonal (31).

Este modelo ha representado avances importantes, con un amplio apoyo social, pero es necesario que dichos cambios no lesionen los principios de equidad, calidad y eficiencia. Otro elemento que se debe destacar es la competencia entre los proveedores, lo cual prioriza la calidad como estrategia de competitividad.

En **Paraguay**, el sistema centra su desarrollo y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, a fin de incorporar los valores de: equidad, solidaridad, atención integral a la población, eficacia y eficiencia, calidad, libre elección, planes y prestadores, complementariedad pública y privada, descentralización, participación y control social (32).

Este sistema presenta una situación alentadora, ya que desde la presentación del proyecto de la Ley 1032/96, que creó el Sistema Nacional de Salud, las gobernaciones y municipalidades han conformado Consejos Regionales y Locales de Salud, que constituyen la primera expresión formal de participación social en la administración de la atención a la salud pública (33).

Lo negativo:

- Deterioro en las condiciones de trabajo de los profesionales de la salud.
- El suministro inadecuado de equipos y materiales tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, lo que dificulta la atención libre de riesgos.

**Puerto Rico** basa todo su sistema en el sector privado, por considerar que tiene mejores recursos y calidad de servicios. Lo positivo: el aumento del número de proveedores médicos en el sector privado para la atención de la población de escasos recursos económicos (34).

Resalta como negativo falta de continuidad del cuidado debido a los cambios en las compañías aseguradoras.

En **Venezuela**, los cambios políticos han generado importantes inversiones en el sector salud, fortaleciendo la atención primaria, pero como negativo se resalta las condiciones de los profesionales de la salud, remplazados en algunos casos por médicos cubanos (35). Algunos autores venezolanos cuestionan la política de salud de no cumplir con lo urgente, y muchos menos con lo importante (36).

## CONCLUSIÓN

Esta revisión de los diferentes modelos de salud en relación con la calidad de atención prestada lleva a reflexionar sobre la necesidad de generar modelos de calidad de atención centrados en el ser humano, priorizando la salud, sin dejar de lado la cobertura, que como se ha visto, es la meta única de muchos modelos.

La calidad técnico-científica de los profesionales de la salud es una de las variables más importantes en un programa de garantía y mejora de la calidad, principalmente por aumentar el uso eficiente de los recursos, reducir el riesgo de lesiones asociados con los servicios de salud ofrecidos y, de paso, aumentar la satisfacción del paciente-usuario en sus demandas.

El trabajo de reorganización de un modelo de salud centrado en la calidad es un imperante ético, que debe partir de la academia, con amplia participación ciudadana (37). Existen diferentes modelos de calidad en la atención en el terreno de las organizaciones de servicios, ISO 9001-2000 (38) y EFQM, un modelo no prescriptivo y, por tanto, no especifica la metodología que debe emplearse para la evaluación de los resultados (39), instrumentos como el SERVQUAL, el cual se fundamenta en cumplir las expectativas del cliente (40). El PLECOSER es un instrumento que puede ayudar a los servicios de salud para mejorar la calidad de sus servicios. Este instrumento permite diseñar estrategias que ayuden a los diferentes actores del sistema a lograr un impacto positivo en los usuarios. Y a partir de estos instrumentos, y con la academia como generador y articulador del conocimiento, fijar un punto de partida para el rediseño del sistema de salud.

**Conflicto de interés:** ninguno.

**Financiación:** Universidad Simón Bolívar.

## REFERENCIAS

1. Llinás A. *Manual de auditoría y gestión de calidad en salud: El modelo Plecoser*. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar; 2006.
2. García-Pelayo R. *Pequeño Larousse Ilustrado*. Buenos Aires: Larousse; 1987.
3. Deming WE. *Qualidade: A revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiwa; 1990. p. 124-135.
4. Munro-Faure L, Munro-Faure M. ¿Qué podemos aprender de los gurúes de la calidad? En: Munro-Faure L, Munro-Faure M. *La calidad total en acción*. Barcelona: Folio; 1994. p.17-33.
5. Fundación Avedis Donabedian editores, *Actas del I Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica*. Argentina; 1993.
6. Asociación Argentina de Cirugía, editores. *Parámetros para la Evaluación, Categorización y Acreditación de los Servicios de Cirugía General*. Buenos Aires: AAG; 1985.
7. Calidad y Costo de la Atención Médica. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina*. Buenos Aires: Estudio Sigma; 1992.
8. Llinás A. *Manual de auditoría y gestión de calidad en salud: El modelo Plecoser*. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar; 2006.
9. Donabedian A. *A Guide to Medical Care Administration*. Medical Care Appraisal – Quality and Utilization. American Public Health Association; 1969. p. 2.
10. Donabedian A. Quality assurance in our health care system. En: Donabedian A. *Quality assurance and utilization review*; 1986. p. 6-12.
11. Geertz C. El impacto del concepto de cultura en el concepto del hombre [en línea] 2009 [5 de junio 2009]. URL disponible en: <http://inicia.es/de/cgarciam/geertz01.htm>
12. Kliksberg B. *Capital social y cultura: Claves olvidadas del desarrollo*. Buenos Aires: Instituto para la Integración de América Latina y el Caribe; 2000.
13. Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Un modelo de gestión hospitalaria. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
14. Ramírez Sánchez, TJ y Nájera Aguilar P. Percepción de la calidad de la atención de

- los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. México: Scielo; 1998.
15. Franco A. Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina [en línea] 2001 [5 de junio 2009]. URL disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642001000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642001000300002&script=sci_arttext)
  16. Campos J, Rivera M, Castañeda MR. El malestar de la salud en Colombia [en línea] 2008 [5 de junio 2009]. URL disponible en: [http://www.contraloriagen.gov.co/html/RevistaEC/pdfs/303\\_2\\_1\\_El\\_malestar\\_de\\_la\\_salud\\_en\\_Colombia.pdf](http://www.contraloriagen.gov.co/html/RevistaEC/pdfs/303_2_1_El_malestar_de_la_salud_en_Colombia.pdf)
  17. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cad. Saúde Pública [en línea] 2002 [5 de junio 2009]; 18 (25). URL disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000400001](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400001)
  18. Acuña CH, Chudnovsky, M. El sistema de salud en Argentina. UDSA [en línea] 2002 marzo 4 [5 de junio 2009]. URL disponible en: <http://www.udesa.edu.ar/Faculty/Tommasi/cedi/dts/dt60.pdf>
  19. Acuña CH. *El sistema de salud en Argentina*. Buenos Aires: Universidad de San Andrés; 2002.
  20. USAID. *Perfil de los sistemas de salud en Brasil*. Brasilia: OPS; 2008.
  21. Abrantes-Pego, R. Participación social en salud: un estudio de caso en Brasil. SP [en línea] 1999 [5 de junio 2009]; 41 (8). URL disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n6/v41n6a04.pdf>
  22. Embassy of Chile. Sistema de Salud [en línea] 2007 [3 de mayo 2010]; URL disponible en: <http://www.embassyofchile.se/espanol/salud.htm>
  23. OPS. La Salud Pública y la Organización Mundial en Chile 1902 - 2000: 100 años de colaboración.
  24. Londoño JL, Frenk J. *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. México: BID; 1997.
  25. Vila Pérez O. Algunos aspectos sobre el desarrollo de la salud en Cuba. *Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* [en línea] 2008 [5 de junio 2009]; 520 (2). URL disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/305>
  26. Infomed. Sistema de Salud [en línea] 2008 [5 de junio 2009]. URL disponible en: [http://www.sld.cu/sistema\\_de\\_salud/estrategias.html](http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html).
  27. Palacios, A. Salud, el derecho de todos. Presidencia de la Republica de Ecuador, Secretaría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SODEM); Programa de Aseguramiento Universal de la Salud, AUS. junio de 2006.
  28. Ops. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Ecuador. Quito: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
  29. Lara di Lauro E. *El modelo de salud en México*. México: Milliman; 1998.
  30. Lozano R Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klaffer J, Feehan DM, Vidal C, et al. Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales salud usando cobertura efectiva. SP México [en línea] 2007 [5 de junio 2009]. URL disponible en: [http://bvs.insp.mx/rsp/\\_files/File/2007/supl%201/8-SISTEMAS.pdf](http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2007/supl%201/8-SISTEMAS.pdf)
  31. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. SP México [en línea] 2007 [5 de junio 2009]; 49 (1). URL disponible en: [http://www.insp.mx/rsp/\\_files/File/2007/supl%201/6-REFORMA.pdf](http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2007/supl%201/6-REFORMA.pdf)
  32. Usaid. Perfil de los sistemas de salud en Paraguay. Asunción; 2008.
  33. Pérez Lugo JE, Bentacourt, JS, Suárez Villalobos, PK. Descentralización y sistemas de salud en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales* [en línea], 2 de abril de 2006 [citado 8 junio 2009]; 12 (9). URL

- disponible en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-95182006000100004&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-95182006000100004&lng=es&nrm=iso).
34. Usaid. Perfil de los sistemas de salud en Puerto Rico. San Juan de Puerto Rico: OPS; 2007.
  35. Ops. Perfil del sistema de servicios de salud de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
  36. González R MJ. Políticas de salud en Venezuela: Ni lo urgente, ni lo importante. *An Venez Nutr* [en línea] 2005 [5 de junio 2009]; 18 (4). URL disponible en: [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-07522005000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000100008&lng=en&nrm=iso).
  37. Kerguelén Botero CA. *Calidad en salud en Colombia: Los principios*. Bogotá: Protesocial; 2008.
  38. Guix Oliver J. Calidad en salud pública. *Gac Sanit* [en línea] 5 de agosto de 2005 [5 de junio 2009]; 19 (7). URL disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000400010&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400010&lng=en). doi: 10.1590/S0213-91112005000400010.
  39. Kazandjian VA, Vallejo P. La evaluación local de la calidad mediante instrumentos de medida genéricos. *Gac Sanit* [en línea]. 5 de mayo de 2004 [5 de junio 2009]; 18 (9). URL disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000300011&script=sci\\_abstract](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000300011&script=sci_abstract)
  40. Soberano J. La calidad y el modelo SERVQUAL [en línea]. 18 de enero de 2007 [5 de junio 2009]. Disponible en: <http://www.juansobejano.com/2007/01/18/la-calidad-y-el-modelo-servqual/>