

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Conceptos básicos, dimensiones y modelos de la calidad hospitalaria

Basic concepts, dimensions and hospital quality models

A. M. Santamaría-Benhumea,^a N. H. Santamaría-Benhumea,^a M. Á. López-Esquivel,^a C. A. Velázquez-Muciño,^a R. N. Cuevas-Villa,^b J. E. Herrera-Villalobos,^{a,*} H. Mendieta-Zerón^a

Recibido: 30 de junio de 2017

Aceptado: 24 de abril de 2018

PALABRAS CLAVE:

Conceptos;
Dimensiones y
modelos de la
calidad hospitalaria.

KEY WORDS:

Concepts;
Dimensions and
models of hospital
quality.

RESUMEN

El presente artículo de revisión expone conceptos básicos, dimensiones y modelos de la calidad hospitalaria en México, a través de un análisis teórico conceptual de la calidad en el servicio médico, siendo su objetivo prioritario exponer la necesidad de los individuos de garantizar su salud, en general la de los países de contar con individuos que figuren como factor determinante de un desarrollo progresivo que obliguen al sector salud y en específico al hospital, a trabajar dentro del contexto de calidad y el uso eficiente de los recursos, con el objetivo de brindar un servicio confiable y capaz de responder a las crecientes expectativas de la población. La calidad de la atención se ha convertido en un requisito fundamental de la prestación de los servicios de salud, lo cual conlleva la necesidad de implantar un sistema de garantía de la calidad en todas las instituciones prestadoras de estos servicios.

ABSTRACT

This review article presents basic concepts, dimensions and models of hospital quality in Mexico through a conceptual theoretical analysis of the quality of medical service, and its priority expose the need for individuals to ensure their health and overall the countries of having individuals listed as a determinant of progressive development requiring the health sector and specific to the hospital, to work within the context of quality and efficient use of resources, with the aim of providing a reliable and able to meet the growing expectations of the public service. The quality of care has become a fundamental requirement for the provision of health services, which entails the need to implement a system of quality assurance in all institutions providing these services.

^a Instituto de Salud del Estado de México, México.

^b Universidad Autónoma del Estado de México, México.

*Autor para correspondencia: je_herrera44@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, los países están innovando sus sistemas de salud como parte de la búsqueda continua de acceso universal, equidad, calidad y justicia en el financiamiento.¹

Definir la calidad no ha sido una tarea fácil, y no existe consenso entre los diferentes expertos; podemos citar algunos como E. Deming, P. Crosby, K. Ishikawa y J. Juran, quienes la han relacionado con la productividad y la competitividad,² consideradas como herramientas indispensables para lograr la eficiencia en una empresa. Jacques Horovitz, en su obra *La calidad del servicio*, considera que está relacionada con innumerables características. El término calidad tiene su origen en la palabra latina *qualitas*, que quiere decir “forma de ser con mis semejantes”.³ El diccionario de la Real Academia Española define el término calidad como la “propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor”.⁴

La Asociación Americana de Control de Calidad (ASQC, por sus siglas en inglés),⁵ define la calidad como la totalidad de prestaciones y características de un producto o servicio que son la base de su capacidad para satisfacer necesidades explícitas o implícitas. La Norma Mexicana NMX-CC-9000-IN-MC-2000,⁶ la define como “el grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos y la satisfacción del cliente, como la percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos”.

La calidad debe ser un compromiso con el usuario, en un sentido ético, y es responsabilidad de la dirección reflejarla como una política de la organización, que debe ser planeada y comunicada. Se deben destinar suficientes recursos para su despliegue y propender por que todos los funcionarios trabajen siempre en función de la calidad (ISO9001/2000).⁷

La calidad es: “siempre hay una mejor forma de hacerlas cosas”. Una frase corta y sencilla, pero aplicable hasta en los procesos más complejos que puedan existir en el mundo entero.⁸ Mejía (2009) la cita como algo ambiguo. Si no se puede definir calidad tampoco se podrá medir y si no es posible medirla, tampoco se podrá lograr.⁹

Aunque la demanda de la calidad ha sido parte de la naturaleza humana por un largo tiempo, la cuantificación de la calidad y el establecimiento de estándares formales son un fenómeno que inició en el siglo XX. Desde sus comienzos el hombre ha tenido que satisfacer sus necesidades más elementales para poder subsistir, por lo que elabora sus productos sin otro concepto de calidad más que la satisfacción de las necesidades básicas.^{9,10}

La calidad ha cambiado en la misma medida en que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección de siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la calidad.^{9,11}

El concepto de calidad en los servicios de salud, puesto en vigencia por la Ley 100 de 1993, se ha convertido en el punto de convergencia, tanto para quien brinda el servicio como para quien lo recibe.⁹ La calidad en el campo de la salud fue descrita por Donabedian,¹² el autor que más valiosos planteamientos y definiciones ha propuesto sobre el tema: “es la obtención de los mayores beneficios con menores riesgos para el paciente en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes”.

Ello se define, a su vez, en función de lo que se puede alcanzar de acuerdo con los recursos disponibles para proporcionar la atención según los valores sociales imperantes. La calidad implica por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención de la misma.¹⁰

Tanto para el Dr. Avendis Donabedian, como el Dr. Enrique Ruelas,¹³ resaltaron la preocupación explícita de la calidad, la productividad y los costos en los ámbitos de la economía internacional. Ello nos lleva a representar la calidad en la atención a la salud de la manera siguiente: Calidad= beneficios – (riesgos + costos).

La calidad de la atención médica, como lo propone el Dr. Héctor Aguirre Gas,¹⁴ también se puede definir de la siguiente manera: otorgar la atención médica al usuario, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, las del prestador de servicios y las de la institución.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos la define como “el grado en que los servicios sanitarios prestados a las personas y a las poblaciones aumentan la posibilidad de alcanzar los resultados asistenciales deseados y se corresponden con los conocimientos de los profesionales en ese momento”. En este sentido, la calidad percibida de los servicios, por lo general, es más compleja de evaluar que las de los productos, principalmente las características distintivas (intangibilidad, variabilidad, perecederos y que son producidos y consumidos simultáneamente), aunque éstas pueden variar con

mayor vulnerabilidad de un empleado a otro, o de un cliente a otro.¹⁵

Mejorar la calidad del servicio con el objetivo de satisfacer las necesidades concretas de los ciudadanos de forma rápida, sencilla y a costo reducido, dando al máximo valor añadido a los usuarios del servicio de los recursos disponibles.¹⁶ En la actualidad, la calidad y el cambio hacia la mejora continua es una prioridad en las organizaciones modernas incluyendo las de servicio.¹⁷ El área de ciencias de la salud, es un sector de servicio que enfrenta una presión continua para mejorar la calidad.

Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia, puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible.¹⁸

CALIDAD Y SUS DIMENSIONES

Son muchos los factores que inciden actualmente en la calidad de los servicios de salud, entre los principales están los recursos económicos, el compromiso de las autoridades de todos los niveles, pero sobre todo el compromiso de los trabajadores operativos que brindan atención directa a los usuarios.¹⁹

Donabedian señaló dos dimensiones fundamentales de la calidad que están íntimamente enlazadas: la técnica y la interpersonal. La primera considera la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la aplicación de la salud: la segunda la relación que establece entre los miembros del equipo de salud y los usuarios de los mismos. No se excluyen entre sí. Deben estar presentes en el acto médico, privilegiando satisfacer las necesidades de salud del enfermo.

El personal de salud suele darle más importancia al aspecto técnico, mientras que los usuarios de los servicios de salud a la relación interpersonal. Sin embargo, es pertinente destacar que ambos aspectos son fundamentales para dar un servicio de elevada calidad.²⁰

Los aspectos técnicos son indispensables para lograr atención eficaz, eficiente y efectiva; y no hay duda de que una buena relación enfermo-equipo de salud, cimentada en el respeto mutuo, determina en la gran cantidad medida resultados exitosos al proporcionar adhesión terapéutica y a la institución de salud, además de mayor satisfacción de los involucrados en el proceso de atención.²¹

Un enfoque propio de equipo médico, pero que no adolece de razón y justificación es el siguiente:

los enfermos acuden a los médicos para resolver sus problemas de salud. De ninguna manera está reñido el hecho de otorgar la atención médica con una alta calidad técnica científica, con un entorno de trato amable y respetuoso a los enfermos. Sin embargo, algunos miembros del equipo de salud actúan de manera acartonada, con el propósito de cumplir con una serie de indicadores y estándares que les fueron impuestos, cuya utilidad puede ser cuestionable.¹⁰

Una sonrisa amable y franca es excelente forma de iniciar una relación con los enfermos y sus familiares, pero no es efectiva cuando se carece del capital humano calificado para resolver los problemas de salud, al igual que cuando se adolece de los recursos para soportar las decisiones diagnósticas y terapéuticas que requiere cada enfermo.²²

CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica como componentes básicos de los cuidados de salud de calidad: un elevado grado de excelencia profesional, la eficiencia en la utilización de recursos, riesgos mínimos para los pacientes, satisfacción para los usuarios y obtención de resultados de salud.²³

Era indispensable la transición de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía de la calidad de la atención médica.²⁴ El concepto de los círculos de calidad nacido en la industria, se llevó al terreno de la atención en la salud. En México fue introducido en el Instituto Nacional de Perinatología por el Dr. Ruelas (1993).

A través de la Fundación Mexicana para la Salud,²⁵ se han realizado encuestas de satisfacción sobre los servicios de salud en México. Existen variaciones dependiendo del estrato económico, zona geográfica, edad de las entrevistadas y otras variables. Un hecho que llama a la reflexión es la uniformidad por la calidad de los servicios médicos en el país. El nivel de satisfacción de las personas encuestadas con la prestación de los servicios de salud sólo está por encima de su percepción de la calidad de los servicios de la policía.

El Programa Nacional de Salud 2013-2018²⁶ estableció cinco estrategias para asegurar el acceso a los servicios de salud. Estas estrategias, aunque se llegue a cambiar el nombre del programa del que se desprenden continúan vigentes. Las líneas de acción que se encarnan en garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad (Secretaría de Salud: Plan Nacional de Salud 2013-2018) son: 1) Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud. 2) Consolidar la regulación

efectiva de los procesos y establecimientos de atención médica, mediante la distribución y coordinación de competencias entre la Federación y las entidades federativas. 3) Instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud. 4) Mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población. 5) Garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros. 6) Implementar programas orientados a elevar la satisfacción de los usuarios en las unidades operativas públicas. 7) Desarrollar y fortalecer la infraestructura de los sistemas de salud y seguridad social públicos.

A través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),²⁷ se han tratado de solventar las discrepancias entre los proveedores y usuarios de los sistemas de salud, por medio de la conciliación y arbitraje. En más de un sentido, la CONAMED es un baluarte que debe reforzarse y cuyas atribuciones deben incrementarse, sin sustituir a los tribunales.

En México se han desarrollado programas de garantía de la calidad en primer nivel de atención a la salud, evaluación de la atención médica a través de la satisfacción de expectativas de pacientes y trabajadores, la satisfacción laboral y su papel en la evaluación de esa variable.²⁸

Como indicadores específicos de calidad en los resultados de la prestación de los servicios médicos se propone por ciento de mortalidad, la mortalidad materna y perinatal, mortalidad potencialmente evitable, por ciento de cesáreas, diferimiento en consulta externa y cirugía, por ciento de cirugías suspendidas, reingresos hospitalarios por el mismo diagnóstico antes de 30 días y los reingresos a urgencias por el mismo diagnóstico antes de 72 horas.²⁹

CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

La calidad de la atención en la práctica médica se considera desde tres enfoques diferentes: el enfoque del paciente que recibe los servicios, el del prestador de servicios que otorga la atención y el de la institución que provee de los medios para la prestación de los servicios.³⁰ La calidad de la atención médica debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes.¹⁰

La atención médica se define como: “otorgar atención médica conforme a las normas de calidad, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con oportunidad, amabilidad, trato personalizado,

comunicación permanente entre los participantes en el acto médico o paramédico y un ambiente confortable, que permita mejorar el nivel de salud y satisfacción del usuario y del trabajador, y que contribuya a mejorar su calidad de vida”.¹⁴

Las normas ISO 9000 son una guía para la gestión de calidad, una de ellas es la norma ISO 9000:2000,²⁹ que se refiere a sistemas de gestión de calidad y está enfocada a establecer los requisitos para la certificación de unidades médicas, es decir, al aseguramiento de la calidad, del producto y la satisfacción del usuario. Dentro de sus objetivos se encuentran satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios, así como mejorar el servicio de la organización. Si el sistema de gestión de calidad que una institución implemente se basa en esta norma, le ayudará a obtener homogeneidad de los productos, eficacia en la gestión, disminución de los costos de la mala calidad y mejorará la satisfacción del usuario.³¹

La Secretaría de Salud, para la acreditación de las unidades médicas, tiene un manual de acreditación y garantía de calidad en establecimientos para prestación de servicios de salud, cuyos indicadores para establecimientos de segundo nivel de atención son: Acreditado, cuando cumple del 85 al 100% de los requerimientos y no acreditado, cuando se cumplen menos del 85% de los requerimientos.

El Sistema Integral de calidad en Salud (SICALIDAD)³³ maneja un programa de indicadores establecidos, el cual es Sistema Nacional de Indicadores de Salud, Sistema INDICAS, con el fin de monitorear la calidad de sus servicios de salud. Este sistema maneja una semaforización para evaluar la satisfacción de los usuarios a través del Índice de Trato digno, el cual conforma los siguientes indicadores:

Oportunidad de la atención	>=85%	>=70<85	<70%
Información proporcionada por el médico	>=85%	>=70<85	<70%
Trato recibido	>=90%	>=70<90	<70%

Cada uno de estos indicadores está integrado de la siguiente manera:

- a) Satisfacción por la oportunidad de la atención
 - Satisfacción con la comunicación médico-paciente
 - Explicación sobre el diagnóstico

- Explicación sobre el tratamiento
 - Explicación sobre los cuidados a seguir
 - Claridad de la información
- b) Satisfacción por la información entre médico y los usuarios
- c) Satisfacción por el trato recibido
- Usuarios satisfechos por el trato recibido
 - Localización de malos tratos

LA MODELIZACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA

Existen modelos que por su carácter integrador pueden ser considerados como representativos de las diferentes corrientes sobre el estudio de la calidad de servicios. Estos modelos son principalmente corrientes sobre el estudio de calidad de servicios y giran alrededor de tres escuelas: 1) Parasuraman, Zeithmal y Berry (escuela norteamericana); 2) Eiglier y Langeard (escuela francesa); y 3) Gronroos (escuela escandinava).

A) MODELO PARASURAMAN, ZEITHMAL Y BERRY SERVQUAL

La modelización y búsqueda de la medición de la calidad percibida se desarrolló principalmente a partir de investigaciones llevadas a cabo por Parasuraman, Zeithmal y Berry. Estos trabajos dieron como resultado el establecimiento de un modelo de evaluación de la calidad de los servicios: “el modelo de los 5 Gaps”^{34, 35, 36}

El procedimiento seguido por estos autores para formular sus teorías se basaba en la identificación de los problemas que llevan a una organización a una situación de prestación de un servicio de no calidad, una vez conocidos los motivos del problema, encontrar soluciones y establecer programas de actuación.³⁷

El desarrollo del “Modelo de las cinco Gaps” se basó inicialmente en un estudio exploratorio cualitativo entre directivos y consumidores de empresas de servicios analizándose los principales motivos de desajuste (gap) que llevan a un fallo en las políticas de calidad de las citadas empresas.³⁸ El resultado del estudio exploratorio es un modelo que presenta cinco gaps o desajuste identificados por los autores, como el origen del déficit de la calidad del servicio y que pueden ser resumido como: “Una serie de discrepancias o deficiencias existen respecto a las percepciones de la calidad del servicio de los ejecutivos y las tareas asociadas con el servicio que se presta a los consumidores. Estas diferencias son los factores que afectan a la imposibilidad de ofrecer un servicio que sea percibido por los clientes como de alta ca-

lidad”.³⁹ Estas discrepancias o deficiencias (gaps) a las que hace referencia el modelo se pueden resumir en las siguientes aseveraciones: Gap 1. Discrepancia entre las expectativas de los usuarios y percepciones de los directivos. Gap 2. Discrepancia entre las percepciones de los directivos y las especificaciones o normas de calidad. Gap 3. Discrepancia entre las especificaciones de calidad del servicio y la prestación del servicio. Gap 4. Discrepancia entre la prestación del servicio y la comunicación externa. Gap 5. Discrepancia entre las expectativas del consumidor sobre la calidad del servicio y percepciones que tiene el servicio.⁴⁰

Una vez localizados y definidos los gaps o diferencias, origen de una prestación de servicio de no calidad, Parasuraman, Zeithmal y Berry investigan sus causas con el objetivo de establecer las acciones a seguir por las empresas de servicio para ofrecer calidad. Las principales razones, que dirigen a la organización hacia los estados de no calidad anteriormente descritos, son para cada deficiencia los siguientes: GAP 1. Factores causales relacionados con la inexistencia de una cultura orientada a la investigación de marketing, inadecuada comunicación vertical ascendente en la empresa y existencia de excesivos niveles jerárquicos de mando. GAP 2. Insuficiente compromiso de la dirección de calidad del servicio, percepción de inviabilidad para el cumplimiento de las expectativas del cliente, errores en el establecimiento de las normas o estándares para la ejecución de las tareas y ausencia de objetivos claros. GAP 3. Ambigüedad de funciones, conflictos funcionales, desajuste entre los empleados y funciones, desajuste entre la tecnología y las funciones, sistemas inadecuados de supervisión y control, falta de control percibido y ausencia de sentido de trabajo en equipo. GAP 4. Deficiencias en la comunicación horizontal entre los diferentes departamentos de la empresa, tanto en el interior de los mismos, como entre ellos, y tendencia de la empresa a prometer en exceso sus clientes.

B) MODELO DE “SERVUCIÓN” DE CALIDAD DE EIGLIER Y LANGEARD SERVQUAL

Eiglier y Langeard, en su modelo de gestión de servicios presentado con el nombre de “sistema de servucción”, intentan aplicar al proceso de creación de servicios, el mismo rigor que caracteriza las actividades de fabricación de productos, en cuanto a la concepción y a la puesta en funcionamiento, para llegar a un servicio de calidad, o sea, que si una de las condiciones de la fabricación de productos es tener todo el proceso planificado, controlado y cuan-

tificado, en el contexto de los servicios se deberían aspirar a ello.^{41,42}

Aunque los autores reconocen que hay diferencia significativa entre los productos y los servicios, sobre todo, en el hecho de que los clientes del servicio forman parte integrante del sistema de servucción, circunstancia que hace que el cliente sea un entrada más al sistema.^{43,44}

Los mismos autores dan la siguiente definición de servucción de la empresa de servicios: “es la organización sistemática y coherente de todos los elementos físicos y humanos de la relación cliente-empresa necesaria para la realización de la prestación de servicio, cuyas características comerciales y niveles de calidad han sido determinados”.⁴⁵

Eiglier y Langeard incorporan dos elementos más para tener una visión más exhaustiva: el sistema de organización interna, así como los demás clientes a los que se le presta el servicio. También, hemos de señalar que cuando se presta un servicio es muy frecuente que estén presentes otros clientes, además del interesado, e incluso interactúan entre sí.^{46,47}

Además de estos condicionantes que nombramos, en el sistema de servucción, también se tiene que prestar atención a las relaciones que tiene lugar entre los diferentes elementos del sistema.⁴⁸

Las relaciones primarias son las relaciones base del sistema, indican la interacción de los elementos de la empresa de servicio con el mercado. Las relaciones internas indican la interacción de los elementos de la empresa de servicio (unen la parte visible de la empresa de clientes, con lo no visible). Y finalmente, las relaciones de concomitancia que son las que aparecen por la presencia en el mismo momento de varios clientes en la empresa de servicio.

c) MODELO DE CALIDAD DE SERVICIO GRONROOS

En el modelo de Grönroos no sólo se define y se explica la calidad del servicio percibida a través de las experiencias de las dimensiones de calidad, sino que la ilustra conectando las citadas experiencias con las actividades de marketing tradicional.⁴⁹

La buena calidad percibida se obtiene cuando la calidad experimentada satisface las expectativas del cliente, esto es, la calidad esperada. Si las expectativas son poco realistas, la calidad total percibida será baja aun cuando la calidad experimentada, medida objetivamente, sea buena. La calidad esperada es una función de una serie de factores como: la comunicación de marketing (publicidad, relaciones públicas, promoción de ventas), comunicación “boca a oído”, la imagen corporativa local y las necesidades del cliente.

La experiencia de calidad es influida por la imagen corporativa local y a su vez por otros dos componentes distintos.^{50, 51} 1) La calidad técnica: que el servicio sea correcto técnicamente y conduzca a un resultado aceptable. Hace referencia a todo lo que concierne al soporte físico, los medios materiales, la organización interna, sería la dimensión de lo “qué” el consumidor recibe. 2) La calidad funcional: forma en que el consumidor es tratado en el desarrollo del proceso de producción del servicio, sería la dimensión del “cómo” el consumidor recibe. 3) La imagen corporativa de la empresa, es la forma en que los consumidores perciben la empresa. La imagen corporativa se crea, principalmente mediante la percepción de la percepción de la calidad técnica y funcional de los servicios que presta, y en última instancia afectará a la percepción global del servicio.

CONCLUSIONES

Este estudio presentó una revisión teórico conceptual de la calidad en el servicio médico a efecto de establecer un marco de referencia que permita desarrollar o adecuar constructos que sean adecuados al contexto de las instituciones de salud mexicanas. La calidad es un atributo que por lo general se asigna a los productos, sin embargo, en la actualidad debido a la globalización y la competitividad, este concepto sirve para calificar el quehacer de las personas independientemente de a qué se dediquen o de su profesión; además representa en salud la posibilidad de que los usuarios del mismo lo perciban satisfactoriamente. La percepción del paciente representa un criterio básico y elemental, pero no puede aislarse de los requerimientos técnicos, independientemente de que el paciente no logre llegar al entendimiento de los mismos, aun así es el propio paciente quien debe determinar si el servicio que percibe tiene o no calidad, para ello hay que valorar cuáles son sus prioridades reconocidas, se encuentran: recibir un atención que se requiere; ver satisfechas sus necesidades de salud; recibir trato digno, amable y respetuoso, personal suficiente y preparado para ofrecer la atención que se requiere, disponibilidad de recursos y atención en un ambiente adecuado. Se encontraron diversos constructos que miden multidimensionalmente la calidad en el servicio, los cuales son referente para desarrollar un modelo adecuadamente validado para la evaluación de la calidad en el servicio en el sector salud bajo las características propias de la cultura en México.

Financiación:
Por financiación propia.

Conflicto de intereses:
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Frenk J, González PE, Gómez DO, Lezana MÁ, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud pública Méx.* 2007; 49(1): s23-s36.
2. Summers D. *Administración de la Calidad*. México: Editorial Pearson; 2006.
3. Oakland JS. *Administración de la calidad total*. México: Grupo Editorial Patria, 2009.
4. *Diccionario de la Real Academia Española* (23 ed.). México: Editorial Escapa Calpe; 2014.
5. Asociación Americana de Control de Calidad (ASQC) [consultado el 16 de junio de 2016]. Disponible en <http://asq.org/quality-press/index.html>.
6. Norma Mexicana NMX-CC-9000-INMC-2000, *Sistemas de gestión de la calidad – Fundamentos y vocabulario*, [consultado el 20 de junio de 2016]. Disponible en <http://sgc.itmexicali.edu.mx/formatos/DOCUMENTOS%20EXTERNOS%20OK/NORMAS%20ISO/norma%20ISO9000.pdf>.
7. Carreño A. Medición de la calidad, la eficiencia y la productividad en hospitales públicos de tercer nivel de atención en Bogotá. *Rev. Univ. Empresa, Bogotá* (Colombia). 2009; 17: 203-222.
8. Rincón H. Calidad, Productividad y Costos: Análisis de relaciones entre estos tres conceptos. *Actualidad Contable Faces*. 2001; 4(4), 49-61.
9. Mejía B. *Auditoría médica para la garantía de calidad en salud*. 5 ed., México: ECOE EDICIONES; 2009.
10. Navarro P. *Hacia un nueva dirección de hospitales*. 2 ed., México: Editorial Trillas; 2008.
11. Alvarez F. *Calidad y auditoría en salud*. 2 ed., México: Ecoe Ediciones; 2007.
12. Donabedian A. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México: La prensa médica mexicana; 1991.
13. Ruelas E. Calidad, productividad y costos. *Salud Pública de México*. 1993; 3(5): 298-304. [consultado el 16 de noviembre de 2016]. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10635309>.
14. Aguirre H, Evaluación y garantía de calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*. 1991; 33(6): 623-29.
15. Colmenres D, Saavedra J. Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad en servicio [En línea], *Técnica Administrativa*, 2007, [consultado el 17 de marzo de 2016]. Disponible en <http://www.cyta.com.ar/ta0604/v6n4a2.htm>.
16. Brady MK, Cronin JJ. Some new thoughts on conceptualizing perceived service quality: a hierarchical approach. *Journal of Marketing*. 2001; 65(3): 34-49.
17. Kelly SM, O'Grady KE, Brown BS, Mitchell SG, Schwartz RP. The role of patient satisfaction in methadone treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010; 36(3): 150-4.
18. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*. 2004; 30(1). [consultado el 13 de marzo de 2017]. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es.
19. Carrillo RG, et al. Satisfacción con la calidad de la atención en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel. *Revista CONAMED*. 2016; 21 (1).
20. Brady M, Cronin J, Brand R. Performance-Only Measurement of Service Quality: A Replication and Extension. *Journal of Bussines Research*. 2002; 55:17-31
21. Ramseook-Munhurrun P, Lukea-Bhiwajee SD, Naidoo P. *Service Quality in The Public Service*. 2010, 3(1): 37-50.
22. Agramonte A, Farres R, Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención en salud. *Revista Cubana de Enfer*. 2010, 26(2): 14-16.
23. Correia Loureiro SM, Miranda González FJ. Calidad y satisfacción en el servicio de urgencias hospitalarias: análisis de un hospital de la zona centro de Portugal. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*. 2010; 16(2): 27-41.
24. Bleich S, Ozaltin E, Murray C. How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bull World Health Organ*. 2009; 87(4): 271-278.
25. Fundación Mexicana para la Salud, [consultado el 12 de junio de 2016]. Disponible en <http://funsalud.org.mx/portal/>
26. Programa Nacional de Salud 2013-2018, [consultado el 12 de junio de 2016]. Disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/PAE_2013_2018_DGCES.pdf.
27. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). [consultado el 12 de junio de 2016]. Disponible en http://www.conamed.gob.mx/main_2010.php/.
28. Aguirre H, Zavala J, Hernández F, Fajardo F. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. *Error Médico, mala práctica y responsabilidad profesional*. *Cirugía y Cirujanos*. 2010; 78(5): 456-462.

Conceptos básicos, dimensiones y modelos de la calidad hospitalaria

A. M. Santamaría-Benhumea, N. H. Santamaría-Benhumea, M. Á. López-Esquivel, C. A. Velázquez-Muciño, R. N. Cuevas-Villa, J. E. Herrera-Villalobos, H. Mendieta-Zerón

29. Aguirre H. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica, Cirugía y Cirujanos, Academia Mexicana de Cirugía. 2008; 76(3): 187-196.
30. Dolci GF, et al. Análisis de la calidad de la atención médica en 120 pacientes que fallecieron por influenza A (H1N1). Revista CONAMED. 2016; 17(1).
31. Fajardo D, Germán, et al. Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México, desde una perspectiva de salud pública. Revista CONAMED. 2016; 16(3).
32. Normas ISO 9000:2000 de Sistemas de Gestión de la Calidad. [consultado el 12 de junio de 2016]. Disponible en <http://www.iie.org.mx/bollISO02/tecni2.pdf>.
33. Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). [consultado el 12 de junio de 2016]. Disponible en http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pa_sicalidad.pdf.
34. Parasuraman A, Zeithaml VA, Valarie A, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*. 1985; 49(4): 41-50.
35. Carman, JM. Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing*. 1990; 69: 33-55.
36. Chou SM. Using SERVQUAL to evaluate quality disconfirmation of nursing service in Taiwan. *The Journal of Nursing*. 2005; 13(2): 75-84.
37. Parvizi D, Rahgozar M, Vameghi R, Forughan M. Influencing factors on client satisfaction in governmental addiction treatment centers and comparison with private centers in Kordestan province in year (2004). *Hakim Res J*. 2008; 11(1): 48-53.
38. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*. 1988; 64(1): 12-4
39. Jenaabadi H, Abili K, Nastiezaie N, Yaghubi NM. The gap between perception and expectations of patients of quality of treatment centers in Zahedan by using the Servqual model. *Payesh Health Monit*. 2011; 10(4): 449-57.
40. Naqavi MR, Refaiee R, Baneshi MR, Nakhaee N. Analysis of Gap in Service Quality in Drug Addiction Treatment Centers of Kerman, Iran, Using SERVQUAL Model. *Addict Health*. 2014; 6(3-4): 85-92.
41. Romero Cabrera D. Quality of care in adult resuscitation unit. *Rev Enferm*. 2011; 34(12): 62-8.
42. Hidalgo Cabrera MC, Rodríguez Gómez-Lama C, López Blanco M, Moreno Abril E, Pulido Barba M. Assessment of maternal satisfaction with epidural analgesia during labour. *Rev Calid Asist*. 2011; 26(4): 251-5.
43. Arrebola-Pajares A, Tejido-Sanchez A, Jiménez-Alcaide E, Medina-Polo J, Perez-Cadavid S, Guerrero-Ramos F, Passas-Martínez JB, Díaz-González R. Survey of satisfaction in hospitalized patients at a urology department. *Arch Esp Urol*. 2014; 67(7): 621-7.
44. Novelo VA, Salazar Cantón JR, Barrera Ramírez LM. Aplicación de un modelo de calidad en los servicios hospitalarios. *RICEA Revista Iberoamericana de Contaduría, Economía y Administración*. 2017; 5(10): 449-464.
45. Jorge-Cerrudo J, Ramón JM, Goday A, González S, Sánchez P, Benaiges D, Pera M, Grande L. Descriptive study on the improvement of quality perceived after the introduction of a clinical pathway by patients subjected to bariatric surgery. *Rev Calid Asist*. 2012; 27(4): 226-32.
46. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De la Villa-Santoveña M, Avanzas-Fernández S, Gracia-Corbato M, Vegas-Pardavila E. Sociodemographic factors and satisfaction related to the care received by women with breast cancer. Multicentre study. *Rev Calid Asist*. 2012; 27(1): 30-7.
47. Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, de la Villa-Santoveña M, Avanzas-Fernández S, Gracia-Corbato M, Vegas-Pardavila E. Analysis of Satisfaction in women with recent diagnosis of breast cancer. Multicenter study in Oncology Services. *Rev Calid Asist*. 2011; 26(5):306-14.
48. Mira JJ, Buil JA, Aranaz J, Vitaller J, Lorenzo S, Ignacio E, Rodríguez-Marín J, Aguado H, Giménez A. What do patients think of public hospitals? Analysis of the perceived quality levels of 5 hospitals. *Gac Sanit*. 2000; 14(4): 291-3.
49. Gröroos C. A service quality model and its Marketing Implications. *European Journal*. 1984; 18(4): 36-44.
50. Gröroos C. New competition of the service economy. *International Journal of operations Product Management*. 1988; 8: 9-19.
51. Gröroos C, Gummesson E. Quality of products and services a tentative synthesis between two models. Paper presented at the American Marketing Association Sixth Annual Services Marketing Conference. 1987.