

EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD SOBRE EL NIVEL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS
DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD DE LA CIUDAD DE
VILLAVICENCIO



OSCAR CHAPID GALLEGO
EDGAR ALFONSO ESPINOSA RAMÍREZ
GIOVANNI IBARRA CASTILLO



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS AGROPECUARIAS
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
VILLAVICENCIO
2022

EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DE
GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015 SOBRE EL
NIVEL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SALUD DE LA CIUDAD DE VILLAVICENCIO

OSCAR CHAPID GALLEGO
EDGAR ALFONSO ESPINOSA RAMÍREZ
GIOVANNI IBARRA CASTILLO

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Magíster en
Calidad y Gestión Integral

Director:
AMABLE JOSÉ PÉREZ
Magister Scientiarum en Ciencias Administrativas

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS AGROPECUARIAS
MAESTRÍA EN CALIDAD Y GESTIÓN INTEGRAL
VILLAVICENCIO
2022

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestras parejas por ser el apoyo incondicional en nuestras vidas, que, con su amor y respaldo, nos ayudaron a alcanzar nuestros objetivos.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a todos los docentes que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, nos motivaron a desarrollarnos como personas y profesionales en la Universidad Santo Tomás de Aquino.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	13
1.1. ANTECEDENTES	14
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	17
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
2. JUSTIFICACIÓN	20
3. OBJETIVOS	22
3.1. OBJETIVO GENERAL	22
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	22
4. CRONOGRAMA	23
5. MARCO REFERENCIAL	24
5.1. BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES	24
5.1.1 Conceptualización de calidad.	26
5.1.2 Calidad en la atención médica.	34
5.1.3 Calidad desde la percepción del usuario.	38
5.1.4 Gestión de la Calidad - Sistema de gestión de la calidad (SGC).	42
5.2. MARCO LEGAL	46
5.3. MARCO DEMOGRÁFICO	50
6. METODOLOGÍA	52
6.1. DISEÑO METODOLÓGICO	52
6.1.1 Tipo de Investigación.	52
6.1.2 Definición y operacionalización de variables.	56
6.1.3 Diseño muestral.	60
6.1.4 Instrumentos y técnicas de investigación.	62
7. RESULTADOS	70
7.1. ANALISIS DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	70
7.1.1 Nivel de satisfacción de los usuarios.	71
7.2. DIFERENCIAS EN RELACIÓN CON LA CAPACIDAD DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS	74
7.2.1 Grado de madurez de la IPS 1 (sin certificación ISO 9001:2015).	75
7.2.2 Grado de madurez de la IPS 2 (sin certificación ISO 9001:2015).	80
7.2.3 Grado de madurez de la IPS 3 (con certificación ISO 9001:2015).	85
7.2.4 Grado de madurez de la IPS 4 (con certificación ISO 9001:2015).	94
7.3. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE MINSALUD	101
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	105
8.1. CONTRASTE CON LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	105
RECOMENDACIONES	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	111
ANEXOS	120

LISTA DE TABLAS

pág.

Tabla 1. Cronograma de actividades	23
Tabla 2. Clasificación de los principales autores, según los tópicos de estudio	25
Tabla 3. Estrategia metodológica y selección de técnicas y procedimientos de la Investigación	55
Tabla 4. Definición de variables	56
Tabla 5. Operacionalización de las variables	57
Tabla 6. Cantidad de prestadores de servicios en el Sistema general de seguridad social en salud del municipio de Villavicencio.	60
Tabla 7. Instrumentos de investigación	62
Tabla 8. Encuesta de Satisfacción de los usuarios SERVQUAL	64
Tabla 9. Perfil de los expertos del ente territorial del Departamento de Meta	68
Tabla 10. Valoración cuantitativa, asignada a los indicadores de riesgos.	69
Tabla 11. Aplicación del Instrumento SERVQUAL	70
Tabla 12. Grado de Satisfacción de los usuarios en la IPS 1 (sin certificación ISO 9001:2015)	71
Tabla 13. Grado de Satisfacción de los usuarios en la IPS 2 (sin certificación ISO 9001:2015)	72
Tabla 14. Grado de Satisfacción de los usuarios en la IPS 3 con certificación ISO 9001:2015	72
Tabla 15. Grado de Satisfacción de los usuarios en la IPS 4 (con certificación ISO 9001:2015)	72
Tabla 16. Nivel de Madurez	74
Tabla 17. Medición de la madurez a través SGC ISO 9004:2018 en la IPS 1 (sin certificación ISO 9001:2015)	76
Tabla 18. Medición de la madurez a través SGC ISO 9004:2018 en la IPS 2 (sin certificación ISO 9001:2015).	81
Tabla 19. Medición de la madurez a través SGC ISO 9004:2018 en la IPS 3 (con certificación ISO 9001:2015)	86
Tabla 20. Medición de la madurez a través SGC ISO 9004:2018 en la IPS 4 (con certificación ISO 9001:2015).	94
Tabla 21. Verificación de los estándares de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 de la IPS 1 (sin certificación ISO 9001:2015).	102
Tabla 22. Verificación de los estándares de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 de la IPS 2 (sin certificación 9001:2015).	103
Tabla 23. Verificación de los estándares de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 de la IPS 3 (con certificación 9001:2015).	103
Tabla 24. Verificación de los estándares de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 de la IPS 4 (con certificación 9001:2015).	104
Tabla 25. Resultados de los tres instrumentos en las IPS con certificación y sin certificación IPS 9001:2015	106

LISTA DE GRAFICAS

	pág.
Gráfica 1. Esquema básico del sistema de salud colombiano.	20
Gráfica 2. Modelo nórdico de Grönroos	41
Gráfica 3. Modelo americano de Zeithaml, Berry & Parasuraman, (SERVQUAL)	42
Gráfica 4. Elementos clave de autoevaluación IPS 1 (sin certificación ISO 9001:2015)	80
Gráfica 5. Elementos clave de autoevaluación IPS 2 (sin certificación ISO 9001:2015).	85
Gráfica 6. Elementos clave de autoevaluación IPS 3 (con certificación ISO 9001:2015).	93
Gráfica 7. Elementos clave de autoevaluación IPS 4 (con certificación ISO 9001:2015).	101

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Encuestas de expectativas	120
Anexo B. Encuestas de percepción del usuario	124
Anexo C. Grado de madurez de las IPS con valoración del 1 al 5, según ISO 9004	128
Anexo D. Informe de los estándares de habilitación de las IPS	129

RESUMEN

La presente investigación, tiene como objetivo, evaluar el efecto de la implementación del sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 sobre el nivel de calidad de los servicios de las instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Villavicencio, considerando la percepción de los usuarios, el cumplimiento de requisitos legales y la satisfacción de las partes interesadas. El método de investigación que se emplea para el desarrollo de este trabajo es la investigación evaluativa, en este sentido a partir de la población, se determina la muestra, la cual estuvo definida por 251 pacientes, que fueron elegidos de manera aleatoria en las cuatro instituciones y los directivos de cada institución prestadora. Los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario (Escala multidimensional SERVQUAL), la herramienta de la NTC ISO:9004:2018 y los informes de habilitación según la resolución 3100:2019. El análisis e interpretación de los datos, permitió obtener los resultados, demostrando que para la implementación un sistema de gestión de la calidad en los prestadores de salud, la certificación de la norma ISO 9001:2015, no es determinante, sino complementaria. Se requiere una constante evaluación del grado de satisfacción de los pacientes e implementar las herramientas de la ISO 9004 para la mejora continua del certificado ISO 9001.

Palabras claves: sistema de gestión de la calidad, calidad de servicios, ISO 9001:2015, Instituciones de salud, percepción de los usuarios, ISO 9004:2018, SERVQUAL

ABSTRACT

The present investigation aims to evaluate the effect of the quality management system implementation based on rule ISO 9001:2015 over the quality health providing institutions services in Villavicencio city, considering the user's perception, compliance with the legal requirements, and stakeholder satisfaction. The research method used for the development of this work is the evaluation research, in this sense from the population determines the sample which was defined by 251 patients who were randomly chosen in the four institutions and the directors of each providing institution. The instruments used were: Questionnaire (multidimensional scale: SERVQUAL) the tool NTC ISO 9004:2018 and the enabling reports according to resolution 3100:02019. The data analysis and interpretation allowed obtaining the results demonstrating that for the implementation of a quality management system in the health providers, the certification of the rule ISO 9001:2015 is not determining but complementary, a constant evaluation of the level of satisfaction of the patients is required and implementing the tools of the rule ISO 9004 for the continuous improvement of the certificate ISO 9001.

Keywords: quality management system, quality services, ISO 9001:2015, health providing institutions, user's perception, ISO 9004:2018, SERVQUAL.

INTRODUCCIÓN

La acreditación, es un proceso de evaluación externa al que se somete un centro sanitario con el objetivo de evaluar su grado de cumplimiento de unos estándares, elaborados con un fin específico y previamente establecidos por un órgano independiente, que, a la vista de los resultados obtenidos, decidirá si otorga o no dicha acreditación. El cumplimiento de estos estándares pone de manifiesto que dicho centro desarrolla sus funciones de acuerdo a parámetros de calidad, al menos cercanos a la excelencia.

En este sentido, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deben buscar estrategias que garanticen el acceso, oportunidad, pertinencia, continuidad y principalmente la seguridad en los pacientes, así lo indica la resolución 3100 de fecha 2019. Esta norma, define los procedimientos y los estándares a los cuales los prestadores deben dar cumplimiento para la habilitación de los servicios de salud.

Teniendo en cuenta esto, las IPS del Departamento del Meta, deben asegurarse que todos los servicios prestados estén dentro del marco normativo de los estándares de habilitación, garantizando a los pacientes que el lugar donde se les está brindando la atención, no solamente les puede prestar el servicio, sino que, además, lo realiza con excelente calidad.

Las entidades departamentales y distritales de salud son los entes encargados de la verificación del cumplimiento y mantenimiento de las condiciones de habilitación y de velar porque las instituciones desarrollen el Programa de Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

No obstante, el cumplimiento de las Instituciones con los estándares requeridos no garantiza que los pacientes perciban o tengan expectativas positivas de los prestadores. En este sentido, la escala multidimensional SERVQUAL, permite verificar si los esfuerzos de la institución están enfocados correctamente. Es posible que ciertas empresas crean que algunos aspectos son importantes y otras no, tal vez el cliente opine lo contrario.

No existe un compendio que presente las diferencias y similitudes entre estos requisitos, ni que proponga un modelo de calidad integral. De allí la importancia de reconocer las fallas, de manera de tomar propuestas de mejora a través de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015.

Este trabajo, ha sido estructurado en siete capítulos, los cuales se describen a continuación: En los tres primeros capítulos, se define el problema, se presentan los antecedentes del trabajo y se precisan los objetivos. Esta información proporciona las directrices para identificar las condiciones actuales de las IPS, desde la perspectiva del usuario, la autopercepción de los directivos y la valoración de los expertos.

El quinto capítulo, se inicia abordando el panorama legal, los referentes conceptuales e históricos. A continuación, en el sexto capítulo, se definen los instrumentos y herramientas que serán determinantes para dar respuesta a la formulación del problema.

Los resultados de la aplicación de tres instrumentos en las IPS se presentan en el capítulo ocho, dando respuesta a su vez a la validación de la hipótesis de investigación.

Las Instituciones Prestadoras de Salud que participan en este estudio están identificadas como:

- IPS 1. Institución Prestadora de Salud de administración privada, ubicada en la zona del Barzal (Zona de Clínicas, consultorios e IPS en el municipio Villavicencio), no certificada
- IPS 2. Institución Prestadora de Salud de administración privada, ubicada en la zona extramural y periférica del municipio Villavicencio, no certificada.
- IPS 3. Institución Prestadora de Salud de administración privada, ubicada en el municipio Gaitán, con certificado de calidad ISO 9001:2015
- IPS 4. Institución Prestadora de Salud de administración pública, ubicada en el municipio de Villavicencio, con certificado de calidad ISO 9001:2015

Para finalizar, el espíritu de este trabajo investigativo es ser un referente obligado en la gestión de la calidad de las empresas del sector salud público y privado en el Departamento del Meta.

1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

Villavicencio, es un municipio colombiano, capital del departamento del Meta, el centro comercial más importante de los Llanos Orientales, cuenta con una población 552.100 habitantes. Con relación al sistema de salud, dispone de 233 instituciones prestadoras de servicios de salud, en su gran mayoría de carácter privado habilitadas, entre las que se destacan: la Clínica del Meta, la Clínica Primavera, anterior Clínica de la universidad Cooperativa de Colombia; la Clínica Servimédicos y el Hospital Departamental de Villavicencio. Este último, es la única institución hospitalaria de carácter público, que dispone de servicios de alta complejidad.

Del total de instituciones existentes en Colombia, para el año 2020, según la Organización para la Excelencia de la Salud (OES), se encontraban acreditadas cincuenta y una instituciones a nivel de salud que cumplían las condiciones mínimas de calidad en sus servicios exigidos por las entidades acreditadoras, tanto nacionales como internacionales.

En el caso de Villavicencio, no existen instituciones acreditadas, tal vez, porque es un componente del sistema de garantía de calidad que se pone a disposición de las entidades de salud de manera voluntaria, con el fin de demostrar el cumplimiento de niveles óptimos de calidad por encima de las condiciones mínimas esenciales para certificar los estándares de habitación. Como consecuencia, los servicios que ofrecen los prestadores no son óptimos, como ocurre en otras ciudades como Bogotá o Cali, donde las instituciones de salud si se encuentran acreditadas.

El aporte de esta investigación, además de coadyuvar con los resultados hallados en la Organización para la Excelencia de la Salud y las instituciones encuestadas, también permitirá realizar la contrastación empírica de la realidad con los paradigmas teóricos de calidad del servicio y grados de satisfacción del usuario.

La originalidad y novedad de la investigación, se basa en que este estudio nos proporcionará nuevos conocimientos sobre la calidad de servicio y la satisfacción del usuario, en cuatro IPS del municipio de Villavicencio, caracterizando las propiedades de la calidad, que perciben los usuarios de los centros de salud en estudio, el ente regulador (Secretaría de Salud) y la auto percepción de los prestadores.

1.1. ANTECEDENTES

Hernández, Niebles & Jiménez (2019), analizaron los elementos de integración y calidad en el sistema de salud colombiano, basados en un enfoque cualitativo, verifican su articulación de acuerdo con los postulados establecidos por el gobierno nacional, en términos de calidad. En este sentido, los autores elaboran una matriz de documentos asociados con el tema de investigación, de los últimos cinco años, en donde se define un modelo de salud colombiano incorporando elementos como la universalidad, la cobertura y la calidad. Este aporte, contribuye a la investigación en el sector de la salud a nivel nacional o internacional.

Muñoz, Caicedo & Ibarra (2019), reseñan que las IPS tienen como fin brindar a los ciudadanos las atenciones en salud en los términos requeridos en Colombia. Consideran la ISO 9001:2015 como uno de los estándares internacionales responsables de la calidad en distintos ámbitos incluido el sistema de salud, al respecto revisan el impacto que ha tenido el SGC en la calidad de las instituciones prestadoras de salud (IPS) a nivel de Colombia e incluso describen cuatro casos de implementación del SGC. Al respecto concluyen que la implementación del SGC impacta positivamente no solo al sector salud y las IPS, sino a otras organizaciones que ofrezcan productos o servicios, al generar mejoras de los aspectos financieros, comerciales y operativos, además de que “permite un mejoramiento continuo de sus procesos, satisfacción de los clientes, un mejor ambiente de trabajo y mejor planificación en el diseño de los servicios ofrecidos” (p. 12). Asimismo, hacen énfasis en el reconocimiento de otros beneficios del SGC en estas instituciones al afirmar:

...es importante reconocer que entre los beneficios de un sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2015, implementado en las instituciones prestadoras de salud (IPS), se encuentra, que la certificación de la norma, le muestra a la sociedad en general y a los clientes de la institución, que esta cumple con las necesidades y expectativas de los pacientes que atiende, además de darle un amplio conocimiento a la alta dirección de todos los procesos que se llevan a cabo en la entidad, los cuales estarán documentados (Muñoz, Caicedo & Ibarra, 2019, p. 12)

Vite, Palomeque & Romero (2018) realizaron un análisis de la calidad del servicio de atención al afiliado en centros de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). En este estudio, se utilizó el modelo SERVQUAL con la finalidad de identificar, a través de sus dimensiones, las deficiencias que inciden en la insatisfacción de la calidad de atención desde la perspectiva de los afiliados. Estos

autores identificaron el tiempo de espera como la causa principal de insatisfacción y plantearon estrategias para las dimensiones de confiabilidad y empatía.

Bernal, Pedraza, Lavín & Monforte (2017) analizan la calidad del servicio, la satisfacción de los usuarios y la relación entre ellas, partiendo de la consideración de que las mismas constituían retos importantes para el sistema sanitario en México al momento de desarrollar esta investigación. Los resultados de la investigación dan cuenta de una relación positiva y significativa entre los dos aspectos analizados, colocándolos como un “referente importante para la mejora continua de los servicios de salud y la formulación de recomendaciones que fomenten la satisfacción de los pacientes” (p. 37).

Hernández (2017) realizó una revisión documental de las normas que se vienen combinando para dar paso a los sistemas de gestión integral y de los aspectos relacionados con la acreditación de las instituciones de salud en el departamento del Atlántico – Colombia. El autor realizó una revisión de la literatura disponible acerca de los conceptos relevantes que deben tener en cuenta las entidades del sector de la salud, para optimizar la calidad de sus servicios.

Hernández, concluye que el sector salud del Atlántico requiere de la incorporación de nuevas herramientas organizacionales que promuevan la elevación de los estándares de calidad en las actividades de prestación de servicios que garanticen que se asuma un alto compromiso y responsabilidad ante las nuevas exigencias y retos. Se requiere integrar diferentes sistemas de gestión de manera que se maximice el uso de los recursos, se reduzcan costos y se genere competitividad y sostenibilidad en el tiempo.

Finalmente, Hernández (2017) señala que, en Colombia, la salud es un derecho fundamental, lo que hace necesario que se lleven a cabo programas y estrategias que promuevan la protección social, que está directamente relacionado con la necesidad de proporcionar al sector, herramientas para garantizar la prestación de servicios de calidad, y que, además, estén en línea con los derechos previstos en la Constitución Nacional.

Johannesen y Wiig (2017) realizaron un estudio que busca respuesta a la interrogante ¿Por qué adoptar la certificación ISO 9001 en hospitales?, esto en el supuesto de que la certificación y acreditación en salud se utilizan ampliamente para la calidad y la seguridad en la atención de la salud, pero considerando que existen cuestionamientos respecto a esos supuestos impactos o beneficios, convirtiéndose en un desafío para los responsables de formular políticas en las organizaciones de salud. En el caso de estudio de esta investigación (Departamento de Emergencias

de un Hospital), la implementación de un SGC fue una solución plausible que contribuyó a acciones inmediatas y contribuyó a disminuir la incertidumbre de los servicios, además de crear un sentido de pertenencia entre los colaboradores, que permitió el desarrollo y los cambios necesarios para la implementación del sistema y el reconocimiento de las actividades de evaluaciones o auditorias que tenían como fin la mejora.

Johannesen y Wiig señalan que la certificación ISO 9001, es fundamental en el sector salud, debido a que la implementación de un SGC tiene como propósito la seguridad del paciente y permite obtener resultados que se reflejan en una disminución de la mortalidad en los casos de aquellos hospitales que han logrado la certificación ISO 9001.

Rodríguez, Rosales, Gómez, Diéguez & Sablón (2016) reseñan que las instituciones de salud no pueden dejar a un lado el propósito de satisfacer al cliente, por lo tanto, es necesario “el estudio de los componentes del servicio y medir la satisfacción de los pacientes como un indicador de calidad de los servicios médicos” (p. 185). Los autores proponen un método para calcular el nivel de servicio en la atención primaria de salud y la incidencia en la satisfacción de los usuarios en los consultorios del médico de la familia del Policlínico Facultad- Universitario de la familia “Carlos Verdugo”, de la provincia de Matanzas en Cuba. Los resultados del estudio identifican la interrelación presente entre los componentes del servicio y los indicadores identificados de la satisfacción de los pacientes, reconfirmando la importancia del nivel de servicio y su influencia directa en el nivel de satisfacción de los pacientes.

Osorio, Cruz y Romero (2016) se plantean la interrogante sobre si realmente las organizaciones prestadoras del servicio de salud se benefician de la implementación y certificación de los SGC bajo la norma ISO 9001. Para encontrar una respuesta, buscaron medir el impacto de la certificación de la ISO 9001 en las clínicas de la ciudad de Cali, con énfasis en los aspectos de calidad y competitividad de las mismas, concluyendo que en estas organizaciones se obtuvo un impacto positivo en sus indicadores a partir de la certificación.

Otieno, Nyarango & Musimbi (2015) igualmente reconocen que la implementación del SGC ISO 9001, tiene un efecto positivo en las organizaciones prestadoras de servicios de salud. Toman como referencia el caso de un hospital de niños, el cual posterior a la implementación y certificación del SGC, logro una baja de las quejas que se presentaban y aumentó el número de pacientes debido a la satisfacción del cliente.

Narváez (2015), realizó un trabajo de integración de modelos de sistemas de gestión de la calidad en el área de la salud: Sistema único de habilitación, el SGC ISO 9001:2015, el Sistema de acreditación en salud y la acreditación internacional *Joint Commission*, creando un modelo de Sistema Integral de Calidad en Salud, aplicable a IPS Privadas y Públicas, modelo que justifica en la situación que presenta el tema de la salud a nivel nacional, fundamentado en que la calidad puede aplicarse en salud de acuerdo a altos estándares de calidad, disminuyendo la crisis de la salud que se vive en Colombia, con énfasis en el proceso del servicio de salud, desde el ingreso a la atención del paciente y su familia, logrando la satisfacción de sus necesidades en salud, lo que se puede considerar como el impacto principal de la calidad en los clientes del sector salud.

Ortiz (2013) realizó un análisis sobre como las certificaciones en sistemas de gestión de la calidad que obtienen las IPS ofrecen herramientas de mejoramiento. Ortiz destaca que el mejoramiento es parte esencial del Sistema Obligatorio de la Garantía en Salud y la necesidad desde la Habilitación de identificar procesos que garanticen la reducción de riesgos y un mejor servicio en la atención a los pacientes. Al evaluar los diferentes modelos de los sistemas únicos de habilitación, de acreditación y de gestión de la calidad, Ortiz, “observa que los tres modelos comparten conceptos y objetivos como cumplir estándares superiores y lograr un aprendizaje permanente” (2013, p. 26), por lo que la autora plantea la necesidad de desarrollar un SGC que integre las otras normas referidas. Finalmente, luego de analizar las debilidades en la implementación de los SGC, llega a la conclusión, que tener estos sistemas certificados, no garantiza tener procesos de mejora reales y eficaces. Asimismo, señala que, para alcanzar el éxito de la implementación de los SGC, se deben revisar las diferentes herramientas definidas en la ISO 9001 “y para dar continuidad éstas deben alinearse a las necesidades de mejoramiento de la IPS y estándares nacionales, para así dar una respuesta coherente con los conceptos de calidad que las empresas pretenden implementar” (Ortiz, 2013, p. 26)

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Comisión de Salud Global de Lancet (2018) citada por Banco Mundial e IFC (2019) “estima que más de 22.000 colombianos mueren cada año debido a la mala calidad de la atención, y cerca de 12.000 más mueren debido al acceso deficiente a, o la utilización, de los servicios” (p. 7). En este reporte del Banco Mundial e IFC (2019) se señala que aun cuando Colombia paso de una cobertura del 94% al 96% de la población desde el año 2010, presenta una mayor cobertura en relación a otros países de la OCDE, pero los resultados en salud y la calidad siguen siendo peores a los encontrados en los demás países.

En el caso de la ciudad de Villavicencio, el volumen de quejas ante la Supersalud interpuestas por usuarios del sistema de salud es un problema permanente, las estadísticas así lo demuestran: 8.475 en el año 2018 y 5.022 en los primeros cinco meses del año 2020 (Supersalud, 2020). Como consecuencia de las constantes irregularidades, las empresas de la salud no son habilitadas, uno de los casos más relevantes, fue la intervención del Hospital Departamental de Villavicencio en el año 2015, debido a que la Superintendencia Nacional de Salud evidenció el uso inadecuado de los recursos (Vivas, 2021). La reactivación de las actividades del Hospital, sin realizar las correcciones pertinentes, originó que, en diferentes ocasiones, fuera declarado en emergencia por la excesiva ocupación, superando su capacidad, al 250% (Ticora, 21 de junio 2018). A partir de esta fecha, se produjo el cierre de su servicio de urgencias, como consecuencia de las renuncias masivas del talento humano profesional especializado y técnico, alteración de las relaciones con los proveedores y retrasos en los pagos de salarios, cesantías y seguridad social.

Esta medida se mantuvo hasta el mes de enero del 2020, cuando se suspendió la sanción, por solicitud de la Gobernación de Meta. No obstante, la Superintendencia Nacional de Salud decidió levantar en enero del 2021, la medida de vigilancia especial que pesaba sobre el Hospital Departamental de Villavicencio, debido a que demostró mejoría en la prestación de servicios de salud bajo las condiciones de calidad, efectividad y seguridad clínica. La Supersalud evidenció que el hospital cuenta con la capacidad de realizar actividades propias de las IPS como la recuperación de cartera, pago de pasivos, atención de procesos jurídicos y mantenimiento de indicadores de calidad (Vivas, 2021).

Durante ese mismo año, la Secretaría de Salud del Meta suspende todos los servicios de la clínica Esimed Llanos, como consecuencia del incumplimiento de las condiciones mínimas para prestar sus servicios (Ardila, 18 de septiembre 2018). Esto ocasionó que las clínicas Cooperativa, Meta y Servimédicos no tuviesen la capacidad para atender pacientes en urgencias y hospitalización, crisis que tiene como causa principal las deudas en aumento de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que ahogan las finanzas de las instituciones de salud en Villavicencio.

En el informe “Rendición Pública de Cuentas Vigencia” del año 2018 del Área Delegada de Derechos Humanos de la Personería de Villavicencio, se reitera los múltiples inconvenientes de la salud del municipio. El cierre de las Clínicas ESIMED Llanos y la Clínica Martha, entidades que prestaban servicios de urgencias y hospitalización a la mayoría de usuarios de MEDIMAS EPS, generó inconvenientes en la prestación de los servicios y en la calidad de atención a la población (Personería de Villavicencio, 2018).

La reducción súbita de clínicas disponibles, la saturación de los servicios en las instituciones que continúan atendiendo es casi permanente, lo cual resulta en demoras, malas experiencias para los usuarios, y su correspondiente deterioro en la satisfacción e incremento en el número de quejas. Como consecuencia de esta situación, el delegado de derechos humanos de la personería concluye que no se evidencia un fortalecimiento adicional a la capacidad operativa y administrativa de las clínicas que permanecen en funcionamiento, redundando en congestión y represamiento en todos los servicios prestados (Personería de Villavicencio, 2018). Según la Secretaría de Salud municipal de Villavicencio, existe falta de oportunidad, continuidad y calidad en la atención en salud, lo cual constituye el problema número 23 del análisis de la situación, con corte al año 2017 (Ruiz et al., 2017), estableciendo para el año 2020, fortalecer la calidad deficiente de los servicios de salud (Tolosa et al., 2019).

La crisis por falta de camas hospitalarias y la falta de recursos de las instituciones es evidente en una ciudad donde se han cerrado dos clínicas de mayor capacidad en los últimos años, el hospital departamental estuvo intervenido y la congestión y la falta de oportunidad para la atención, se ha convertido en el día a día de los pacientes. Para el año 2020, la ciudad cuenta con un hospital departamental público, tres clínicas privadas, dieciocho centros de salud y nueve EPS.

Por lo tanto, aunque Colombia ha tenido un progreso importante en la promoción de una agenda de calidad por todo el sistema de atención en salud, persisten inquietudes significativas que las mejoras en la calidad de la atención no están cumpliendo con las expectativas (Banco Mundial e IFC, 2019). En el caso de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la ciudad de Villavicencio necesitan incorporar nuevas herramientas que incrementen sus estándares de calidad, que permita satisfacer las necesidades de los usuarios y cambiar la percepción de los mismos. Pero, además, las empresas del sector salud podrán no solo reducir el número creciente de quejas y reclamos por parte de los usuarios, sino elevar su nivel de satisfacción, obtener buenos resultados en las auditorías por parte del ente territorial, mantener un adecuado nivel de suficiencia financiera que les permita sostener el éxito establecido y cumplir con las expectativas de sus *stakeholders*.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo evaluar el efecto de la implementación del sistema de gestión de la calidad en el nivel de calidad de los servicios de las instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Villavicencio, considerando la percepción de los usuarios, el cumplimiento de requisitos legales y la satisfacción de las partes interesadas?

2. JUSTIFICACIÓN

Los ministerios de salud en algunos países latinoamericanos, utilizan la habilitación, acreditación o certificación de hospitales como garantía del cumplimiento de las normas mínimas para prestar el servicio de salud. No obstante, esos modelos son de gran importancia no sólo para mejorar la calidad de los servicios, sino también para asegurar y mejorar la confianza de los stakeholders externos, tales como pacientes, analistas y el estado.

En el caso de las ciudad colombinas, los actores del sistema general de seguridad social en salud, están organizados siguiendo una pirámide, en la parte superior de la pirámide del sistema de salud, se ubican las aseguradoras que buscan un equilibrio entre costos, experiencia de los usuarios y resultados positivos; en la parte central, los prestadores, quienes podrían tener un argumento para empezar a exigir a su red de servicios la implementación de un sistema de gestión de la calidad (Ver gráfico 1).

En la base del sistema, los usuarios contarán con un factor adicional de elección a la hora de confiar sus necesidades de salud a entidades que han logrado obtener y mantener la certificación ISO 9001. Por último y de manera transversal, los entes de control podrían tener la tranquilidad necesaria al momento de ejercer sus funciones, al saber que prestadores de servicio de salud cuentan con un sistema basado en estándares superiores de calidad.

Gráfica 1. Esquema básico del sistema de salud colombiano.



Fuente: elaboración propia

Bajo esta perspectiva, la presente investigación se enfocó en evaluar como la implementación de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 afecta la calidad de los servicios de salud en Villavicencio y comunidades cercanas. La validación de una afectación positiva, puede contribuir a la incorporación del sistema de gestión de la calidad como parte de la estrategia organizacional de los prestadores con el fin mejorar su calidad, la prestación de los servicios y la satisfacción de sus clientes, usuarios y demás partes interesadas. Cuando una institución hospitalaria obtiene la certificación ISO 9001 demuestra que se ha implementado una herramienta útil y eficiente, que ha ayudado a mejorar y facilitar sus procesos internos. En este sentido, se busca contextualizar una metodología de fácil aplicación y conceptualización, que permite a muchas Instituciones hospitalarias medir el conocimiento por su valor agregado en uso.

Esto significa que esta investigación, aporta una metodología que crea una claridad operativa, que genera datos y cifras comparables en cada proceso, que sirven de insumo para implementar estrategias específicas y direccionar actividades de gestión de conocimiento en el interior de las organizaciones de las IPS estudiadas, pero a su vez, se crea un modelo fácilmente replicable en otras instituciones, por lo tanto, como resultado se obtiene que la gestión de conocimiento se vuelve práctico.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el efecto de la implementación del sistema de gestión de la calidad, basado en la norma ISO 9001:2015, sobre el nivel de calidad de los servicios de las instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Villavicencio, considerando la percepción de los usuarios, el cumplimiento de requisitos legales y la satisfacción de las partes interesadas.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Analizar la percepción de calidad que tienen los usuarios de los servicios de salud tanto de entidades prestadoras que tienen un SGC implementado como de aquellas que no lo tienen.
- Describir las diferencias en cuanto a la capacidad de satisfacer las necesidades y las expectativas de las partes interesadas entre instituciones prestadoras de servicios de salud certificadas y no certificadas en un SGC.
- Comprobar el grado de cumplimiento de los requisitos normativos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre instituciones con un SGC certificado y no certificado.

4. CRONOGRAMA

La elaboración de este proyecto, fue planificada, detallada y representada a través de un cronograma, considerando en la primera columna, las actividades realizadas con el fin de alcanzar los objetivos descritos en el capítulo 3.

Se planificaron las actividades en trimestres, indicando en la tabla el inicio y el fin de cada actividad. Como consecuencia de la contingencia causada por la aparición del COVID-19 durante el año 2020, fue necesario reprogramar las actividades de aplicación del instrumento y, por ende, la fecha estimada de finalización del trabajo. Todas estas actividades fueron reprogramadas para el año 2021, estableciendo nuevos límites y ajustes en los tiempos.

Tabla 1. Cronograma de actividades

Actividad	Inicio	Fin	Año 2019				Año 2020				Año 2021					
			1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
Elaboración y aprobación del anteproyecto	01/19	06/19	■	■												
Consulta del registro especial de prestadores de servicio	07/19	07/19			■											
Recolección y análisis de la información	08/19	08/19			■											
Elaboración de Instrumento de recolección de información de los prestadores (autopercepción)	09/19	09/19			■											
Elaboración de Instrumento de recolección de información de los usuarios	10/19	10/19				■										
Selección de la muestra de prestadores	11/19	11/19				■										
Recolección de información	01/21	06/21					■	■	■	■	■	■				
Tabulación y análisis de la información	07/21	09/21												■		
Redacción de la tesis	04/21	09/21											■	■	■	
Entrega de la tesis	08/21	10/21														■

Fuente: elaboración propia

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES

Para identificar y definir los antecedentes, las bases teóricas y conceptuales que se relacionan con la evaluación del SGC en el nivel de calidad de las instituciones prestadoras de salud, se realizó una revisión de la literatura que incluyó los documentos y estudios disponibles en PubMed, EMBASE, ProQuest, Science-Direct, Scopus, Emerald, UpToDate, Redalyc, Scielo y Oxford Journals, además, se identificaron los recursos existentes en literatura gris y en google académico. Para esta revisión de literatura, se utilizaron las palabras “medición calidad salud” no filtradas por comillas y “health quality measurement” como su equivalente anglosajón, adicionalmente se eliminó la frase “calidad de vida” delimitada por comillas, para eliminar los resultados que hacen referencia a la medición de la calidad de vida de las personas.

Al identificar los resultados iniciales, fueron priorizadas las publicaciones de los últimos 20 años, principalmente los temas relacionados con: la medición de la calidad en salud, la fundamentación teórica de la calidad, ejemplos de experiencias nacionales e internacionales, métodos para la implementación y la medición, y las implicaciones para los prestadores. No hubo restricciones por idioma, tipo de publicación, ni por categoría de indexación. No obstante se incluyeron algunas publicaciones anteriores al periodo seleccionado que son relevantes para este estudio.

Para las fuentes de información primarias, se verificaron las IPS certificadas en ISO-9001:2015 y los prestadores de Servicios de Salud que tenían la intención de participar en el estudio. No obstante, aquellas IPS que indicaron su intención de participar, no se encontraban certificadas. Se segmentó la información, a través de la secretaría y se obtuvo que, del total de IPS en el Departamento, solo había una certificada en Villavicencio y una en Puerto Gaitán. Por lo tanto, se seleccionaron dos IPS no certificadas y las dos que si estaban certificadas ...véase p. 15...

Las fuentes secundarias contienen información organizada, elaborada, producto de análisis, extracción o reorganización que refiere a documentos primarios originales. En esta etapa de revisión de literatura, se identificaron, clasificaron y categorizaron los autores relevantes, según los estudios de mayor impacto y los principales conceptos que envuelven el tema objeto de estudio. Se revisó un total de 47 documentos, identificados en la tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de los principales autores, según los tópicos de estudio

Tópicos	Autores	Año de publicación
Antecedentes	Hernández, Niebles & Jiménez	2019
	Muñoz, Caicedo & Ibarra	2019
	Vite, Palomeque & Romero	2018
	Bernal, Pedraza, Laviñe & Monforte	2017
	Hernández, H.	2017
	Johannesen & Wiig	2017
	Osorio, Cruz y Romero	2016
	Otieno, Nyarango y Musimbi	2015
	Narváez, J.	2015
	Ortiz, D.	2013
Conceptos de calidad, calidad asistencial, percepción y satisfacción, gestión de la calidad y sistema de gestión de la calidad (SGC)	UNIR	2021
	Zavala & Vélez.	2020
	Pingo, Poicon, Vargas	2020
	Ávila & Alfonso.	2020
	Bustamante, Zerda, Obando & Tello.	2019
	Hernández & Reales.	2019
	Mejías. Y.	2019
	Banco Mundial e IFC.	2019
	Organización Mundial de la Salud.	2019
	Carriel, Merizalde & Flores.	2018
	León, Menéndez, Rodríguez et al.	2018
	ESAN.	2016
	Numpaqué & Rocha.	2015
	Silva, Córdova, Villanueva et al.	2015
	García y Breijo.	2014
Jaráiz, Lagares, N. y Pereira.	2013	
Arias, A.	2013	
Avalos & Priego.	2012	

Tabla 2. (Continuación)

Tópicos	Autores	Año de publicación
Conceptos de calidad, calidad asistencial, percepción y satisfacción, gestión de la calidad y sistema de gestión de la calidad (SGC)	Djofack, S.	2012
	Fontalvo, T.	2012
	Kotler y Keiller.	2012
	Camisón, Cruz & González.	2006
	Teruel, Lapresta, Rosel et al.	2006
	Duque, E.	2005
	Griful & Canela.	2005
	García, R.	2001
	Mira & Aranaz.	2000
	Kerguélen, C.	2008
	Mira, Lorenzo, Rodríguez, & Buil.	1999
	Suñol & Bañeres.	1997
	Aranaz, J.	1994
	Donabedian, A.	1993
	Zeithaml, Parasuraman & Berry.	1985/1988
	Grönroos, C.	1984
Pascoe, G.	1983	
Lee & Jones	1933	
Organización por la excelencia de la salud.	sf	

Fuente: elaboración propia.

5.1.1 Conceptualización de calidad. Aranaz (1994) refiere que la calidad es un término que ha tenido distintas acepciones o significados, que están en función tanto del tiempo en que se ha utilizado como de quien lo utilice, que tiene implícito tanto el juicio de valor individual como colectivo, constituyéndose en un elemento estratégico en la transformación y mejora de los sistemas, aunque en este caso, el autor se refería a los sistemas sanitarios modernos, es indudable que su importancia abarca los sistemas en general.

Mira, Lorenzo, Rodríguez y Buil (1999) reseñaban en 1999, que la calidad era algo que interesaba tanto a consumidores, productores, gestores y políticos, no obstante, no todos tenían la misma interpretación de lo que significaba el concepto de calidad. Concepto que tanto estos autores como otros muchos otros que se consiguen en la literatura sobre calidad, refieren que ha evolucionado desde el periodo de la

inspección y el control de calidad pasando por la calidad total hasta convertirse en una forma de gestión que incluye el concepto de mejora continua en cualquier organización, abarcando todos los niveles de la misma y afectando tanto a las personas como a los procesos. Mira et al., enfatizan que el término en cualquier contexto, busca despertar una sensación positiva, que se visualiza en algo que es mejor o de excelencia, que técnicamente se manifiesta en una forma de hacer las cosas con el fin de satisfacer al cliente y mejorar tanto en procesos como en resultados. Estos autores igualmente exponen que existían razones objetivas que respaldan este interés por la calidad y que las organizaciones competitivas compartían, resaltando entre estas: a) la búsqueda activa de la satisfacción del cliente (satisfacción de sus necesidades y expectativas), b) la orientación de la cultura organizacional a la mejora continua y a la aplicación de métodos de trabajo para lograrla, c) la motivación del personal para producir. Asimismo, al igual que Aranaz (1994) observan que la calidad se convirtió en una necesidad estratégica y una herramienta indispensable para mantenerse en mercados altamente competitivos, es decir, es una estrategia para competir y que las empresas que son y desean ser líderes conocen que no solo se debe producir o prestar un buen producto o servicio, sino que se debe cuidar sus clientes.

Griful y Canela (2005) en su texto académico hacen referencia a la calidad como un tema importante para cualquier organización que quiera ser competitiva y lo tratan como “un concepto difícil de definir de modo universal, puesto que puede tener significado distinto para diferentes personas” (p. 8), describiéndolo el concepto de calidad como “algo cualitativo y subjetivo” (p. 8). Griful y Canela reseñan distintas definiciones de calidad en función del contexto: a) si se aplica al producto, la calidad es una serie de atributos deseables, b) si se trata del uso que se le da al producto, la calidad es definida en función de la adecuación del mismo al uso previsto, c) si está relacionado a la producción, la calidad estaría referida a unos determinados valores que deben tener los parámetros del proceso productivo, d) en relación al valor del producto, la calidad está definida en función de la relación calidad-precio, e) “en un contexto más ideológico, se puede referir a la excelencia empresarial” (p. 8). Griful y Canela señalan que los grandes autores o maestros de la gestión de la calidad han propuesto cada uno su propia definición de calidad.

Así, J. M. Juran habla de la adecuación al uso, mientras que, para P. B. Crosby, la calidad es el cumplimiento de los requisitos. De naturaleza distinta es la definición (negativa) de G. Taguchi de la calidad como pérdida que el uso del producto causa a la sociedad, La idea de calidad más extendida, en el marco de la gestión de la calidad, se corresponde con la definición de A. Feigenbaum, para quien la calidad es la satisfacción de las expectativas del cliente en sentido amplio, incluyendo a los empleados, los operarios, los directivos, los proveedores, los accionistas, los propietarios, etc., es decir a los distintos colectivos en las actividades de la empresa (Griful y Canela, 2005, p. 8)

Teruel et al. (2006) reseñan que la calidad como gestión surge como parte de los sistemas de gestión empresarial, asociados netamente a la producción, cuyo propósito era adecuar los productos o los servicios, buscando disminuir sus costos, pero manteniendo las especificaciones técnicas de los mismos y el acatamiento de las normas implementadas en las empresas. Concepto que ha venido evolucionando con el desarrollo económico y el intercambio internacional de las organizaciones, lo que ha involucrado considerar no solo las especificaciones técnicas, sino principalmente las demandas y las necesidades de los clientes, buscando la completa satisfacción de los mismos y aumentar la competitividad de las empresas, logrando una mayor fidelización de los usuarios o consumidores. Para estos autores, el concepto de calidad es el resultado de varias ideas complementarias, que se han venido dando a través de la historia y que ellos resumieron por una parte como “conformidad con las especificaciones del producto o servicio, concepción esencialmente centrada en el control estadístico del producto terminado” (p. 7) y, por otra parte como “satisfacción de las expectativas del cliente, aunque los criterios del mismo al respecto ser escasos o puedan ser deformado por influencias externas, tales como percepciones subjetivas, publicidad, etc...” (p. 7). Asimismo, incluyen en este resumen, la definición de calidad en términos de valor vinculado con la relación precio calidad, en la que la calidad de los productos está asociada con los costos de producción y el precio final, además de las definiciones de calidad como excelencia en la cual se entiende que el producto o servicio es el mejor posible, y para lograrlo, se requiere el compromiso de toda la organización, la mejor gestión, la mejor realización de los procesos, no obstante no es fácil la comprensión de este concepto ni la medición objetiva de la excelencia.

Camisón, Cruz y González (2006) en su tratado sobre la gestión de la calidad, indican que las distintas definiciones que se han dado de la misma, han tomado variadas unidades de análisis, entre ellas: productos, procesos, sistemas, mercado, empresa y sistema de valor; haciendo énfasis en algunas dimensiones de la calidad de los productos y utilizando distintos métodos de evaluación. Los autores alegan que esta diversidad de definiciones explica en parte los resultados contradictorios que se han observado en la investigación sobre calidad, entendiéndose que parte de las relaciones que se han establecido entre calidad y otras variables ha dependido de la definición adoptada y resaltan la importancia de tener una definición precisa de calidad de manera que se pueda tener una definición consensuada que permita una objetiva investigación sobre sus efectos además de contar con un lenguaje común y un diálogo constructivo en las organizaciones. Camisón et al. (2006) condensan las definiciones encontradas en la literatura en seis conceptos: a) la “calidad absoluta” basada en la excelencia del producto, haciendo referencia a Platón como uno de sus autores, cuyo desarrollo se enfoca en “excelencia como superioridad absoluta, lo mejor” (p. 145), b) la “calidad comprobada / controlada”, basada en los procesos enfocada en la conformidad de las especificaciones, aportada por dos de los grandes gurús líderes en calidad como fueron Shewhart/Crosby, presentando tres características principales en su desarrollo:

“Establecer especificaciones, medir la calidad por la proximidad real a los estándares y énfasis en la calidad de conformidad, cero defectos” (p. 145), c) la “calidad generada basada en el producto y los procesos”, enfocada en lo estadístico, es decir, “pérdidas mínimas para la sociedad, reduciendo la variabilidad y mejorando estándares y servicios” (p. 145), desarrollado por otros dos grandes gurús de la calidad como fueron Deming y Taguchi, resaltando en su desarrollo los siguientes rasgos: “la calidad es inseparable de la eficacia económica, un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste, la calidad exige disminuir la variabilidad de las características del producto alrededor de los estándares y su mejora permanente” (p. 145), d) la “calidad planificada” basada en el sistema y enfocada en la aptitud para el uso, propuesta por tres grandes gurús de la calidad (Feigenbaum, Juran Ishikawa), cuyo desarrollo se caracterizó por: “traducir las necesidades de los clientes en las especificaciones, la calidad se mide por lograr la aptitud deseada por el cliente, énfasis tanto en la calidad de diseño como de conformidad” (p. 145), e) la “calidad satisfecha” basada en el servicio y enfocada en la “satisfacción de las expectativas del cliente”, cuyos máximos ponentes fueron Parasuraman, Berry Zeithaml, resaltando en su desarrollo la necesidad de cubrir y superar las expectativas del cliente con énfasis en la calidad de los servicios, f) la “calidad gestionada” basada en la empresa y su sistema de valor, enfocada en la “calidad total” señalando a Evans como su autor y desarrollada a partir de darle a la definición un significado de creación de “valor para los grupos de interés” y con “énfasis en la calidad en toda la cadena y el sistema de valor” (p. 145).

Camisón et al. (2006) hacen una exhaustiva revisión de estos conceptos, incluyendo los conceptos de “producto” y “proceso” en armonización para ese momento con la norma ISO 9000: 2000, además de hacer las distinciones entre lo que ellos consideraron como “calidad objetiva y calidad subjetiva” (p. 148), “calidad estática y calidad dinámica” (p. 149), “calidad absoluta y calidad relativa”, “calidad interna y calidad externa” (p. 150), así como hacen una caracterización de los seis conceptos resumidos en el párrafo anterior, de los cuales no se presenta un análisis, debido a que este trabajo no implica una revisión detenida de la conceptualización en calidad. No obstante, es importante señalar la revisión histórica que hicieron Camisón et al. (2006), a través de lo que ellos denominaron las “10 generaciones de la gestión de la calidad” (p. 77) en las cuales según Santomà (2008) identifican diez acepciones distintas de este concepto agrupadas en tres enfoques: a) técnico, fundamentado en el cumplimiento de estándares vinculados con la ingeniería y la estadística. En este enfoque se tiene en cuenta al fabricante del producto, por lo que el concepto de calidad está vinculado a la eficiencia del producto, quedando en un segundo plano, las necesidades y expectativas de los clientes, b) humano, que se aparta del enfoque técnico, al tener en cuenta el factor humano como el eje central de la calidad y su mejora, c) estratégico, asociado al surgimiento de la perspectiva externa de los sistemas de gestión, en la cual la participación en el mercado se incluye en la misma definición de la calidad y el cliente se convierte en la eje central

de la calidad y su gestión, y la satisfacción de sus expectativas se considera la medida de la calidad.

La primera de estas 10 generación que señala Camisón et. (2006) abarca desde la revolución industrial hasta los años 30, en la cual la calidad está orientada al producto, es decir la calidad se relaciona con el producto y la eficiencia, que se vincula con el cumplimiento de las características o especificaciones, lo cual se mide a través de la inspección del producto terminado. Camisón et al., definen una segunda generación ubicada cronológicamente en el periodo que va de los años 30 a los 50, en la cual la noción de calidad está orientada al control del proceso, distanciándose del control del producto final, introduciéndose el control estadístico de los procesos. Según estos autores, esta etapa estuvo liderada por las ideas de Shewhart (discípulo de Deming), siendo el promotor del control estadístico de los procesos con el fin de lograr la eficiencia en la producción.

Una tercera generación (1950-1960), se corresponde con la calidad orientada a la prevención, en la cual se desplaza el concepto de control de la producción por el de aseguramiento de la calidad, orientada más hacia la aptitud para el uso del producto y su mejora continua, optimizando los procesos de diseño y planificación. Camisón et al. (2006) señalan que uno de los precursores de esta nueva concepción de la calidad es Joseph Juran, que indica que la calidad es la aptitud para el uso y que esta debe estar presente desde el diseño (conformidad con las especificaciones del cliente). La cuarta generación (1960-1970), está referida a la calidad orientada al sistema, en esta, se da una extensión del control de calidad a todas las áreas, siendo su precursor Armand Feigenbaum, cuya teoría según lo señala Camisón et al., se basa en el análisis de la calidad desde la noción sistémica de la empresa. Estas ideas dan paso al desarrollo de la calidad y su enfoque sistémico en las normas ISO 9000 (Camisón et., 2006).

Siguiendo con estas generaciones de la gestión de la calidad (Camisón et al., 2006), en los años 80, se tiene una quinta generación, en la cual se da una concepción de la calidad orientada al costo (coste), que se centra en los costos de la no calidad y cero defectos, en donde se busca disminuir costos a través de la minimización de los defectos y de los costos por la no calidad. Uno de sus principales autores es Phil Crosby, cuyas ideas respecto a la calidad se fundamentan en alcanzar lo que se conoce como cero defectos, midiéndose la calidad por el número de errores, lográndose la mejora continua mediante procesos que tienen como fin la disminución constante de los mismos.

Camisón et al. (2006) definen una sexta generación, ubicada en la década de los 80, orientada a las personas, en la cual la calidad contempla los aspectos de las personas en la empresa, desde la dirección de las personas hasta su formación,

incluyendo la teoría de la organización, los círculos de la calidad y los equipos de trabajo. Resaltan en esta generación los trabajos de Kaoru Ishikawa y William Ouchi, quienes desarrollan esta concepción de la calidad orientada a las personas. Cercana a esta generación, Camisón et al., definen una séptima generación orientada a la cultura organizacional, centrada en el liderazgo y los estilos de dirección, y en la necesidad de los cambios culturales en las empresas hacia una cultura de la calidad o la incorporación de los valores de la cultura de la calidad en la cultura corporativa.

Una octava generación, ubicada en la década de los 90, está referida a la calidad reorientada al proceso, presentándose un cambio radical en la misma, partiendo de la reingeniería de los procesos, haciendo énfasis en los procesos de innovación de las organizaciones. Surgen acá los postulados del Six Sigma – Lean, que buscan la eliminación total de los errores y la idea de que los productos bien hechos, son productos sin defectos y no incurrir en costos de la no calidad. (Camisón et al., 2006). Finalmente, Camisón et al, definen dos últimas generaciones, la novena generación (década de los 90) orientada al servicio, haciendo énfasis en la satisfacción de las expectativas de los clientes, siendo esta la medida de la calidad. Igualmente, señalan el desarrollo de modelos para la medición de la calidad en los servicios como SERVQUAL y SERVPERF y se empieza a difundir la relación entre calidad y marketing. En la décima generación, ya ubicada en el siglo XXI, la calidad está orientada a la creación de valor (orientación global), la calidad y su gestión, se incorporan a la planificación estratégica de la empresa, dependiendo de la alta dirección, que asume el liderazgo de la gestión de la calidad, alineando la misma a la misión y visión organizacional (dirección estratégica).

Santomà (2008) hace al igual que Camisón, una revisión exhaustiva del concepto de calidad, pero en este caso, para acercarse al concepto de la calidad de servicio y su evolución hacia la calidad de servicio, para llegar a la definición de la calidad de servicio que más se adapta a la industria hotelera, que forma parte del objeto de estudio de su tesis doctoral. No obstante, de esta revisión de la concepción de calidad, se toman algunas referencias que ayudan en esta conceptualización de la calidad. Santomà, coincide con muchos autores, al señalar que el concepto de calidad, ha sido estudiado con muchos autores, sin llegar a un consenso sobre su conceptualización, haciendo énfasis en que el significado de calidad varía dependiendo del punto de vista e interés de quien lo defina o gestione. “La calidad es una disciplina de estudio viva y que está en permanente evolución y construcción. Su concepto ha ido evolucionando a lo largo de los tiempos y su aplicación se ha hecho en todo tipo de organizaciones y para cualquier tipo de productos o servicios” (Santomà, 2008, p. 25).

Reseña Santomà (2008) que son muchos los autores que han dado una definición de calidad, pero en la revisión de literatura, se puede observar han procurado dar una definición del concepto de que “no existe una única concepción aceptada, sino que hay diferentes puntos de vista que pueden ser válidos dependiendo del momento, tipo de negocio, mercado, etc. (p. 25). Santomà hace un primer análisis de la definición dada por organismos internacionales, haciendo énfasis en una de las primeras definiciones que se observa en las Normas ISO, específicamente en la UNE-EN ISO 8402:1995 ISO 8402 (que luego es sustituida por la ISO 9000), en la cual se define como calidad el “conjunto de una entidad que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades expresadas y las explícitas” (AENOR citado por Santomà, 2008, p. 25). En este primer análisis, Santomà concluye que la calidad tiene como fin último la satisfacción de necesidades y que éstas pueden ser expresadas o implícitas, pero sin aclarar las diferencias entre las expectativas expresadas y las implícitas. Asimismo, expresa Santomà, que el concepto de calidad que aparece en la ISO 9000:2000 se sigue dando una definición bastante genérica, que, aun siendo una definición dada por una misma organización, esta se “aleja de la satisfacción de necesidades y la sustituye por el cumplimiento de requisitos” (p. 26). No obstante, remarca, que cumplir requisitos podría estar vinculado tanto a la satisfacción de necesidades, como al cumplimiento de normas o a lograr ciertos resultados.

Santomà (2008), al igual que otros autores hace un recuento de la noción de calidad según varios autores, reconocidos como los maestros de la calidad, mencionando entre ellos a Deming, para quien “la calidad es un grado predecible de uniformidad y fiabilidad a bajo coste, adecuado a las necesidades del mercado” (p. 26), indicando que, para este maestro, “el principal objetivo de la empresa debe ser permanecer en el mercado, proteger la inversión, ganar dividendos y asegurar los empleos” (p. 26). Seguidamente cita a Juran, el cual define la calidad “como adecuación al uso (calidad de diseño) y la medición del grado en que el producto es conforme con dicho diseño (calidad de fabricación o conformidad” (p. 26). Continúa con la definición que da Crosby a la calidad, “como conformidad con las especificaciones o cumplimiento de los requisitos” (p. 27) haciendo énfasis en que las empresas deben alcanzar cifras de cero defectos.

Santomà igualmente hace referencia a la revisión que hacen los autores Reeves y Bednar en 1994 al concepto de calidad, los cuales concluyen que “no existe una definición universal y global de la misma sino básicamente cuatro tipos de definición” (2008, p. 27). Estas cuatro definiciones están referidas a: a) la calidad como excelencia (“lo mejor”), b) la calidad como valor (la calidad se juzga por el precio del producto), c) la calidad como ajuste a las especificaciones (el producto final debe responder a unas especificaciones previas) y d) calidad como respuesta a las expectativas de los clientes (en función de la percepción del cliente). Al respecto, Santomà señala que “la definición de calidad más aceptada en la

actualidad es la que compara las expectativas de los clientes con su percepción del servicio” (2008, p. 27).

Garvin citado por Santomà (2008) describe cinco enfoques a considerar al momento de definir la calidad, coincidiendo algunos de estos con los definidos por Reeves y Bednar y con otros autores referidos en este punto de conceptualización de la calidad. Estos cinco enfoques de Garvin son: a) Enfoque trascendente (una propiedad absoluta equivalente a la excelencia), b) Enfoque basado en el producto (diseño), c) Enfoque basado en el cliente (visión subjetiva del cliente), d) Enfoque basado en el proceso de fabricación (conformidad con especificaciones), e) Enfoque basado en el valor.

Finalmente, Santomà (2008) en su investigación “se apoya en las definiciones de calidad que toman como eje central al cliente y consideran sus expectativas y percepciones como elementos de evaluación de la calidad” (p. 31), considerando que un producto (incluido el servicio) es de calidad “cuando la percepción recibida por el cliente sea superior a las expectativas que tenía previas al consumo del producto o servicio” (p. 32)

Djofack (2012), al igual que casi todos los autores revisados, hace referencia a la gran cantidad de definiciones dadas resultantes de múltiples estudios cuyo objeto principal ha sido la calidad. Djofack, hace énfasis en las primeras definiciones dadas por los grandes gurús americanos: Crosby (conformidad con las especificaciones), Juran (Adecuación al uso) y Deming (dar satisfacción al cliente) e igualmente reseña que “la calidad no ha dejado de evolucionar” (p. 10) desde las primeras nociones de su definición que estuvieron vinculadas a las actividades de inspección que se realiza en las empresas, que fueron desplazadas por el control estadístico de la calidad, hasta la gestión de la calidad total. Al respecto, Djofack hace énfasis en describir las cuatro etapas descritas por Dale en 1994, sobre la evolución de la gestión de la calidad y que resumidamente son inspección de la calidad, control de la calidad, aseguramiento de la calidad y calidad total o excelencia, las dos primeras enfocadas en el producto, la tercera en el cliente y la última en todos los grupos de interés (conocidos actualmente como partes interesadas).

Arias (2013) hace referencia a la gran cantidad de literatura sobre la concepción de calidad, no obstante, a pesar de la diversidad de definiciones, existen dos aspectos o conceptos implícitamente presentes en estas: cumplimiento de especificaciones y la adecuación a las expectativas y necesidades de los clientes. Arias hace énfasis fundamentalmente en la noción de la calidad de los servicios, remarcando que no solo se trata del cumplimiento de unas especificaciones o requisitos sino de alcanzar la satisfacción de los usuarios. Asimismo, pone en relevancia la vinculación de la

calidad con la mejora continua, alegando que no puede existir la una sin la otra y que ambas son fundamentales para la calidad de un determinado servicio.

Aun cuando, ya se ha hecho referencia al concepto de calidad de las Normas ISO, considerando lo reseñado por Santomà (2008) en relación a los primeros conceptos de calidad dados en las normas ISO, no se puede dejar por fuera, en este análisis de la conceptualización de la calidad, el concepto que se describe en la última versión de la Norma ISO 9000: 2015, que en su numeral 3.6.2 la define como “el grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos”, interpretándose que la calidad está vinculada al cumplimiento de ciertas condiciones o requisitos, que generalmente se asumen como necesidades o expectativas, concepto que no se aleja de algunas de las definiciones previas de calidad. La misma norma en este numeral 3.6.2 indica que la calidad puede ser pobre, buena o excelente, presentándose en función de cómo un conjunto de elementos o rasgos diferenciadores denominadas por la norma como características, propias (inherentes) o asignadas de un producto o servicio cumple o no con ciertas condiciones preestablecidas (requisitos).

5.1.2 Calidad en la atención médica. La calidad en In el ámbito de la salud, no es reciente, algunos autores, entre ellos, Avalos y Priego (2012), hacen referencia a que la misma es tan antigua como el ejercicio mismo de la medicina, haciendo referencia a que su origen se remonta al Código de Hammurabi o el Tratado Hipocrático encontrados en papiros egipcios escritos en el siglo V antes de cristo. Asimismo, resaltan varios siglos después, la figura de la enfermera Florencia Nightingale (1820-1910) que contribuyo a disminuir el número de muertos durante la asistencia a los heridos en la guerra de Crimea, “mejorando los procedimientos de la práctica médica” (p. 7). Avalos y Priego, en su breve resumen histórico de la calidad en la salud, a principios del siglo XX, citan a Codman (1820-1910), quien “destaca la importancia de la certificación médica y la acreditación en salud” (p.7), considerando que estos dos últimos personajes son precursores de la calidad asistencial.

Indudablemente, que son muchos los aportes de distintos personajes a la definición de la calidad asistencial y que la calidad en la atención médica sigue evolucionando. Uno de los aportes significativos en la conceptualización de la calidad en la atención médica, es la dada por Lee y Jones (1933) quienes introducen el concepto de buena atención médica. La misma está referida a los criterios bajo los cuales se establecen los principios o procedimientos básicos de la atención médica.

Mira et al. (1998) señalan que el origen de la preocupación por la calidad en la salud en primer lugar estuvo relacionado con la ética del profesional de la salud, específicamente por la responsabilidad que adquiere el profesional médico con su

paciente, buscando siempre darle lo mejor. Asimismo, vinculan esta preocupación por la calidad en salud a la necesidad de reducir la “variabilidad innecesaria” en el desarrollo de las actividades de diagnóstico, tratamiento y cuidados de los pacientes. Mira et al., señalan que la calidad en la atención médica paso a ser una preocupación de todos los actores que participan en este proceso, incluyendo los mismos pacientes y usuarios que son el “objeto” de la atención médica, además de los profesionales que intervienen en el proceso y los gestores de las organizaciones asistenciales, hasta los políticos que se preocupan y participan en la definición de lineamientos de la atención en salud. Mira et al. (1999) definen la calidad asistencial a partir de la coincidencia de una serie de criterios: a) la asistencia sanitaria se presta acorde al desarrollo de la ciencia, b) se busca lograr cuidados pertinentes a las necesidades, c) prestar la atención técnica en función de las capacidades, d) lograr cuidados que satisfagan al paciente.

Suñol y Bañeres (1997) señalan que la calidad de los servicios sanitarios, desde finales del siglo XIX hasta los años 60 se centraron en evaluar los servicios sanitarios. Es así como se inicia la acreditación de las organizaciones prestadoras de servicios sanitarios e instituciones educativas del área, revisando los aspectos estructurales para la prestación de dichos servicios y la formación de los responsables directos de su prestación, desarrollando procedimientos de evaluación de la práctica clínica, mediante la observación directa de la misma a través de la definición de criterios propios de esta práctica o de la auditoria del acto médico, con la cual se empiezan a definir criterios claros que van a ser conocidos como estándares, permitiendo realizar análisis de la calidad de los servicios entre diversas organizaciones prestadoras. Estos procesos de evaluación interna prestados por proveedores de la asistencia, juegan un papel relevante en la consecución de la acreditación, además de imprimirles a estas organizaciones un sello de prestigio o reconocimiento, que facilito el acceso a las fuentes de financiación pública, ya que uno de sus requisitos, era la presentación de los resultados de la ejecución de auditorías médicas.

Avedis Donabedian (1919-2000) es sin duda alguna, uno de los referentes de mayor relevancia en el tema de calidad de la asistencia sanitaria (Aranaz, 1994; Suñol & Bañeres, 1997; Mira et al., 1999; Mira & Aranaz, 2000; Kerguelén, 2008; Avalos & Priego, 2012; Jaraíz et al., 2013; García & Breijo, 2014; Silva-Fhon et al., 2015; Gómez et al., 2017; Hernández & Reales, 2019; Mejías, 2019), sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria como una triada de "estructura, proceso y resultados", marcando desde ese momento la evolución conceptual y metodológica de las tendencias en calidad en el sector sanitario. El concepto de calidad es entendido por Donabedian, como el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes. Este mismo concepto de Donabedian es referido por Mejía (2019) como la

“aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos” (p. 4).

Grönroos (1983) citado por Mira et al. (1999) afirma que la calidad asistencial contempla: la calidad científico-técnica, referida a aquello que el paciente realmente está recibiendo cuando acude a un centro sanitario o a una consulta médica y que debe ser juzgada en relación con los avances técnicos disponibles en ese momento y el juicio profesional. La calidad Funcional, la forma en que se presta la asistencia tal y como es juzgada o percibida por el propio paciente y sus familiares y la calidad Corporativa, se refiere a la imagen que transmite un hospital, juzgada por los pacientes, sus familiares, los pacientes potenciales y los propios profesionales y que condiciona poderosamente las otras visiones de la calidad.

A finales de los 90, conviven en el sector sanitario dos formas de entender la calidad que, aunque suponen dos filosofías diferentes en la práctica se complementan: a) la normalización, que procura eliminar todo tipo de variabilidad inapropiada y que aparece más relacionada con el aseguramiento y b) la individualización, que procura acomodar la atención sanitaria a las características del paciente y/o del profesional, y que se basa en los principios de calidad total (Mira et al, 1998).

Para la Organización Mundial de Salud (OMS) citada por Mejías (2019) "La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en el proceso" (p. 5). Asimismo, la OMS ha señalado que la calidad debe definirse y formularse a nivel local, sobre la base de un entendimiento común de los retos y las ambiciones pertinentes, para lo cual es preciso reconocer a las partes interesadas en el conjunto del sistema de salud y promover su participación. La OMS en el año 2006, señaló algunas características básicas que debían considerarse al definir la calidad en la atención, entre estas que la misma “debería ser eficaz, eficiente, accesible, aceptable, centrada en el paciente, equitativa y segura” (Mejías, 2019, p. 5).

García (2001), la Escuela de Administración de Negocios para Egresados (ESAN) del Perú (2016), Mejías (2019), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y otros autores, refieren que, aunque sí existe una interpretación común de los conceptos básicos y las dimensiones definitorias de la calidad en el sector salud, no se tiene una definición universalmente aceptada. A nivel mundial, la comunidad sanitaria ha tomado la definición de calidad del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de 1990: “Es la medida en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados en

materia de salud y concuerdan con los conocimientos profesionales actuales” (Mejías, 2019, p. 5). En función de esta definición, se han establecido seis aspectos o propósitos de la calidad en el sector salud: servicios seguros, eficaces, centrados en el paciente, oportunos, eficientes y equitativos. Asimismo, en la literatura revisada en términos generales se encuentran similitudes entre los diferentes aspectos básicos que conforman la calidad en el sector salud, no obstante, es posible que cada país tenga su propia definición de la calidad y que las autoridades en materia de salud definan para cada estado la noción que se debe manejar de la calidad en salud.

En todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos conceptos como: a) La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y 2b) Adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad. (García, 2001)

ESAN (11 de mayo 2016) hace referencia, por ejemplo, que, en España, el Sistema Nacional de Salud, considera la definición de la Doctora Palmer, la cual define la calidad como "la provisión de servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional excelente, optimizando los recursos y logrando la adhesión y la satisfacción del usuario".

La Fundación Universitaria Internacional de La Rioja – UNIR- (2021) refiere que la definición de calidad de la OMS comprende “la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades”. Asimismo, hacen referencia a que la OMS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) OCDE y el Banco Mundial han presentado algunas medidas para que los gobiernos, los sistemas de salud, los ciudadanos, los pacientes, y el personal sanitario puedan lograr, mediante el trabajo conjunto, una prestación de servicios sanitarios de calidad en primera línea, a partir de las siguientes líneas de trabajo: cobertura sanitario universal y calidad, orientación estratégica nacional en materia de calidad, Calidad en todo el sistema de salud, Sistemas de salud resilientes de calidad.

La Organización por la Excelencia de la Salud -OES- (s.f.) en Colombia, expresa que la calidad de atención en salud tiene distintas perspectivas, dependiendo de cada una de las partes interesadas o actores (paciente, prestador, asegurador,

gobierno) ya que cada uno de ellos la valora en función de sus intereses y de su experiencia. Por lo tanto, la OES la define “como una sumatoria de los resultados de todas las dimensiones que la soportan efectividad, oportunidad, seguridad, eficiencia, equidad, atención centrada en el paciente”.

En el caso de Colombia, la definición de calidad, se establece en el Decreto 1011 (MPS, 2006) como: “La prestación de servicios de salud a usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta un equilibrio entre beneficios, riesgos y costos con el fin de lograr la adherencia y la satisfacción de estos usuarios” (Banco Mundial e IFC, 2019, p. 39). Finalmente, Colombia tiene una definición clara de calidad, un conjunto de guías prácticas y requisitos mínimos integrales para la infraestructura en cada establecimiento de salud. Sin embargo, no se evidencia un plan para el suministro y distribución de instalaciones y personal de salud.

5.1.3 Calidad desde la percepción del usuario. Mira y Aranaz (2000) hacen referencia al aumento de estudios que se desarrollaron en los años 90, con el fin de promover en los pacientes y usuarios de los servicios de salud, la sensación de satisfacción con los cuidados recibidos. Asimismo, señalan que existe “evidencia empírica de que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas” (p. 5)

Mira y Aranaz (2000) señalan que Koss y Donabedian fueron pioneros en el estudio de la satisfacción del paciente, afirmando que esta es, fundamentalmente, “una medida del resultado de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente” (p. 5), es decir, la satisfacción del cliente fue contemplada como un indicador de la medición de la calidad de los servicios sanitarios. En este mismo orden de ideas, Jaráiz et al. (2013) señalan que Koss y Donabedian dieron origen a la calidad de la atención desde la perspectiva del paciente, conocida en inglés como “*quality of care from the patient perspective*” -QCPP.

Jaráiz et al. (2013) afirman que la utilización de los conceptos de satisfacción y calidad percibida, en la literatura especializada ha sido poco rigurosa, de modo que en algunos casos se utilizan como sinónimos, o incluso se utiliza la medida de la satisfacción como un componente, referido a una transacción concreta, de la calidad percibida, más general, y por tanto como un antecedente de la misma o como una consecuencia, es decir, la satisfacción viene condicionada, entre otros, por el nivel de calidad percibida por los usuarios.

La satisfacción, se refiere a un concepto esencialmente subjetivo, pues a los clientes y consumidores les interesa obtener beneficios que a su vez se traducen en satisfacción, pero esta varía respecto del sujeto que adquiere el servicio. Como la

satisfacción es medida mediante el cumplimiento de las expectativas, es necesario definir tal concepto en términos del servicio esperado por el consumidor (Oliva & Hidalgo (2004) citado por Bustamante et al., 2019, p. 2).

Bajo esta perspectiva, la satisfacción es un juicio acerca de los rasgos que caracterizan un producto o servicio, mismo que es definido o determinado por el cliente y que, por medio del cual, se logra responder luego de alcanzar un cierto grado de saciedad, que se sintetiza en un grado o nivel placentero de recompensa auto percibida por el propio cliente o usuario (Oliver, 1999; 1993; 1981; 1980; 1977 citado por Bustamante et al. (2019). En este concepto se pueden encontrar sensaciones de agrado o decepción, según las expectativas del cliente (Kotler y Keller, 2012).

Este concepto en el sector sanitario, es vista como una medida más del resultado de las intervenciones sanitarias (Pascoe, 1983), por lo que debe ser incluida en las evaluaciones del aseguramiento de la calidad, dado que la atención en salud no puede ser de alta calidad a menos que el usuario esté satisfecho (Donabedian, 1993).

La tendencia actual es considerar la satisfacción del paciente como el resultado de comparar la percepción que posee el paciente sobre el proceso asistencial, con los estándares personales de lo que él considera una atención mínimamente aceptable (Mira y Aranaz, 2000).

Por otra parte, Cronin & Taylor (1992) citados por Bustamante et., (2019) señalan que, en la literatura, se sugiere que “la calidad de servicio y la satisfacción del paciente son conceptos independientes, constructos que comparten una relación cercana” (p. 3). Al respecto, Parasuraman et al. citados por Bustamante et al. (2019) señalan que estos dos conceptos están relacionados y dan pie a una percepción de la calidad sostenible. (Entendiendo como percepción al conjunto de procesos y actividades relacionados con el estímulo que alcanza los sentidos, del cual se obtiene la información de lo que nos rodea, acciones propias y de los demás, y de nuestra conciencia (Silva-Fhon et al, 2015).

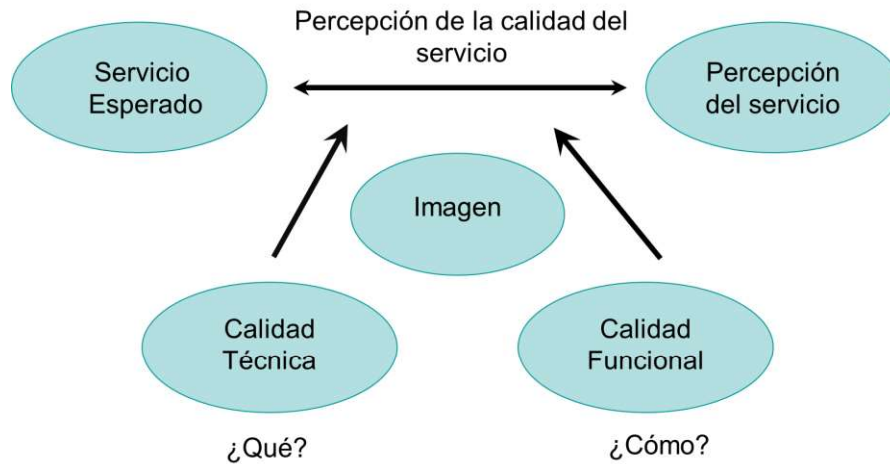
Numpaqué y Rocha (2016) traen a colación, que .la calidad en la atención sanitaria se asocia con la calidad técnica o encargada del cumplimiento de las regulaciones y la adhesión a normas sanitarias, así como, con la efectividad de los servicios de salud. Esto quiere decir que la calidad es técnica cuando implica la prestación oportuna, eficiente y segura de la atención sanitaria y se percibe cuando las adecuadas condiciones físicas y éticas incluyen talento humano, entorno, avances tecnológicos y desarrollos en gestión de instituciones de salud.

Este concepto multidimensional debe ser comprendido desde diferentes dimensiones, como desempeño técnico, acceso a los servicios, efectividad de la atención, eficiencia de la prestación de servicios, relaciones interpersonales, continuidad de servicios, seguridad, infraestructura física y comodidad y elección. Donabedian (1993) en su teoría de la evaluación de la calidad asistencial, afirma que se realiza en función a tres pilares: estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta y en los trasmites) y resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

5.1.3.1 Base teórica de modelos de percepción de calidad de servicio. Los modelos teóricos que involucran conceptos de expectativa y percepción surgen de las investigaciones de Grönroos (1984) y Zeithaml, Parasuraman & Berry (1985). El modelo nórdico planteado por Grönroos (1984) toma elementos de un trabajo previo no publicado de Eiglier y Langeard en 1976, explicaba que un servicio posee atributos únicos que lo distinguen de cualquier otro bien, estos serían: su intangibilidad, su forma simultánea de producción y consumo es una actividad en lugar de objeto; y los consumidores son partícipes del proceso de producción. Paralelamente conecta las experiencias con las actividades del marketing tradicional (Grönroos, 1988, como se citó en Duque, 2005, p. 71); es decir, las organizaciones deben tener la capacidad de influir en las percepciones de los consumidores y deben gestionar la calidad del servicio buscando reducir la brecha entre las expectativas (ideales, y las percepciones (auto obtenidas) de los consumidores.

Como se observa en el gráfico 2, 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 (Duque, 2005).

Gráfica 2. Modelo nórdico de Grönroos



Fuente: elaboración propia a partir de Duque (2005)

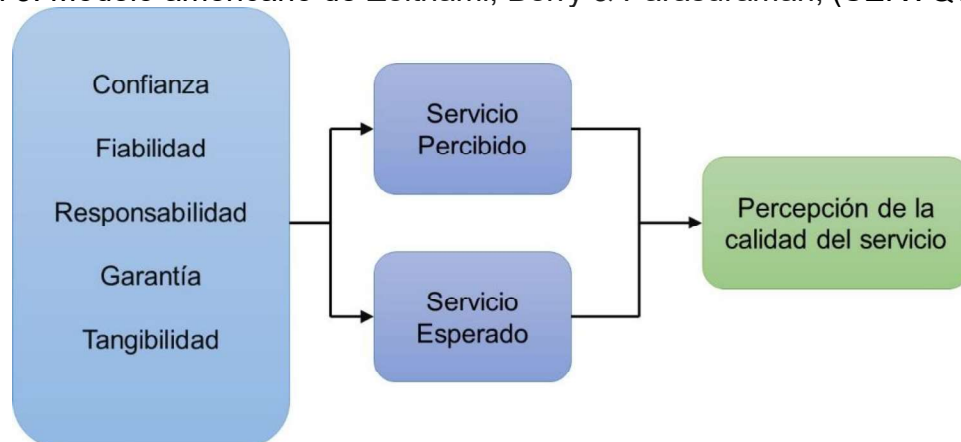
Zeithaml, Parasuraman & Berry (1985) elaboraron otro modelo teórico de calidad de servicio, con base al modelo de Grönroos, el cual describe la calidad como la diferencia entre la expectativa y la percepción real del servicio, en base a diez dimensiones. Este modelo es conocido como el modelo de Gap. Zeithaml, Parasuraman & 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.

Otro modelo reconocido internacionalmente, es el americano, denominado SERVQUAL, que sin lugar a dudas ha sido el planteamiento más utilizado por los académicos hasta el momento, dada la proliferación de artículos en el área que usan su escala. Este instrumento tenía como propósito evaluar la calidad de los servicios a través de cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles (Numpaque y Rocha, 2016). 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 (gráfico 3)

Cabe mencionar que SERVQUAL fue validado por primera vez en Latinoamérica en 1992 por *Michelsen Consulting* y el Instituto Latinoamericano de Calidad en los servicios. Si bien fue creado para ser aplicado por empresas, este modelo se suele aplicar en el sector salud, ya que destaca cuatro discrepancias: 1) entre las expectativas de los usuarios y las percepciones de los directivos, 2) entre las percepciones de los directivos y las especificaciones de las normas de calidad, 3)

entre las especificaciones de la calidad del servicio y la prestación de este y 4) entre la prestación del servicio y la comunicación externa y una deficiencia percibida por el usuario en la calidad de los servicios. (Numpaque y Rocha, 2016).

Gráfica 3. Modelo americano de Zeithaml, Berry & Parasuraman, (SERVQUAL)



Fuente: elaboración propia a partir de Duque (2005)

5.1.4 Gestión de la Calidad - Sistema de gestión de la calidad (SGC). Edwards Deming referido por Westgard y Migliarino (2014) como se citó en León-Ramentol et al. (2018), considerado el padre de la gestión de la calidad, “describió un sistema como una serie de funciones o actividades dentro de una organización que trabajan juntas para el objetivo de la organización. Las partes del sistema son interdependientes y por lo tanto requieren de la gestión para mantenerse en equilibrio” (p. 845). Deming según estos autores, hacía la similitud de un SGC con una orquesta, en la cual el director es el responsable de Él sugirió que una orquesta era un buen ejemplo de un sistema y que el director era el responsable del buen desempeño y mejora.

Fontalvo et al (2012, p. 168) entienden el sistema de gestión de la calidad” como la articulación de los diferentes métodos, recursos, personas, insumos que como resultado de su articulación generan unos resultados asociados con el uso racional de los recursos y se tiene como propósito la satisfacción de los clientes”. Por su parte García y Breijo (2014) lo definen como un conjunto de acciones sistematizadas y continuas destinadas a prevenir y/o resolver de forma oportuna situaciones o condiciones que nos permitan ofrecer el mayor beneficio al paciente.

En este sentido, el sistema de gestión de la calidad puede considerarse como una manera de dirigir y liderar una organización, ya que su aplicación implica un enfoque

sistémico que considera todas las interacciones entre todos los elementos de la empresa. El análisis de los procesos es imprescindible para aplicar las herramientas de gestión de calidad.

León-Ramentol et al (2018) definen el sistema de gestión de la calidad como “un conjunto de políticas, objetivos, procesos, documentos y recursos que conducen a asegurar la calidad, no solo del producto sino de la organización como un todo, al buscar la máxima satisfacción de los clientes o los usuarios” (p. 843) y hacen énfasis en que la aplicación de un SGC, citando lo descrito en las generalidades de la Norma ISO 9001:2015, “es una decisión estratégica para una organización que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible”. Asimismo, señalan que el enfoque de gestión de la calidad que da origen al SGC (definido en la ISO 9000:2005 “como parte de un sistema de gestión respecto a la calidad” (3.5.4), entendiéndose a su vez que un “sistema de gestión es un conjunto de elementos interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos”) nace en los años ochenta del siglo XX, caracterizándose porque la responsabilidad de lograr los objetivos es de todas las personas de la organización bajo el liderazgo de la alta dirección (Gabastou (1917) como se citó en León-Ramentol et al., 2018). Indudablemente, León-Ramentol et al. (2018) hacen énfasis en el sistema de gestión de la calidad creado en el seno de la ISO, enfocado a procesos y que surge de la estrategia de la mejora continua, dando lugar a la gestión por procesos (“definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones” de acuerdo a la Norma ISO 9001:2015) que conlleva a lograr los resultados que se expresan con la política de la calidad, considerando la dirección estratégica de la organización, todo lo cual se puede lograr utilizando el ciclo PHVA (planificar, hacer, verificar, y actuar).

Carriel et al (2018) argumentan que la gestión de la calidad no es una función separada de la administración de una organización, sino que la misma es parte de la administración como puede ser cualquier otra de las áreas que regularmente funcionan en una empresa (dirección financiera, dirección de talento humano, etc.) y que por tanto no constituye ni debe ser considerado como un sistema aislado, ya que tiene como propósito desarrollar actividades para contribuir al logro de las directrices de la alta dirección y cumplir con los objetivos de la calidad trazados, logrando que los mismos contribuyan con la dirección estratégica de la organización, para lo cual es necesario traducir la misión, visión y los valores en políticas, que permitan alcanzar “objetivos y acciones eficaces para la mejora continua” (p. 628). Para Carriel et al. (2018) “los Sistemas de Gestión de la Calidad son un conjunto de normas y estándares internacionales que se interrelacionan entre sí para hacer cumplir los requisitos de calidad que una empresa requiere para satisfacer los requerimientos acordados con sus clientes a través de una mejora continua, de una manera ordenada y sistemática” (p. 629), refiriéndose igualmente

a la interpretación que hacen del concepto de SGC de la ISO y en general a los conceptos de sistemas de gestión que manejan en distintas normas ISO y que señalan y describen los requisitos para la implementación de los mismos.

Otros autores, como Ávila y Alfonso (2019) señalan que “los sistemas de gestión no se circunscriben a la generación de documentos, aspecto mejorado por la versión 2015 del estándar 9001, no se trata de normativas que no permiten la creatividad ni la innovación a las organizaciones que deciden aplicarla” (p. 37), argumentando que las normas (refiriéndose en este caso a las Normas ISO de sistemas de gestión) solo indican lo que se debe hacer, pero que las organizaciones son libres de seleccionar la opción más pertinente para dar respuesta a esos “debe” a los fines de obtener los mejores resultados y mantener la mejora continua dentro de las organizaciones. Ávila y Alfonso, destacan que los destacan que los “sistemas de gestión de la calidad se desarrollan bajo el concepto de ser una decisión estratégica para mejorar el desempeño global”, lo cual contribuirá no solo a mejorar la eficacia de los propios sistemas sino fundamentalmente en el aumento de “la satisfacción del cliente y otras partes interesadas pertinentes en el ámbito de los procesos” (p.38). Para Ávila y Alfonso, la gestión de la calidad y, por ende, los sistemas de gestión son “la sumatoria de grandes acciones que generan al interior de la organización ventaja competitiva a partir de su gestión” (p. 38) y que ellos ilustran en una igualdad (expresión matemática) de la calidad total, donde el numerador está conformado por estrategia, gestión del cambio, recursos y capacidades, conformidad y excelencia y el denominador es la gestión total de calidad.

Zavala y Vélez (2020) señalan que la implementación de un SGC siguiendo los requisitos de la Norma ISO 9001:2015, genera significativos beneficios para las organizaciones, como adquirir la capacidad de suministrar regularmente productos y servicios que no solo satisfacen requisitos de los clientes sino además otros requisitos pertinentes incluyendo los legales y otros definidos por otras partes interesadas, facilitar acciones que permitan incrementar satisfacción del cliente entre otros definidos en la misma norma. Para obtener estos beneficios, se busca que el SGC esté vinculado a las demandas de mejora y mantenimiento del desempeño de calidad de las empresas que se ha convertido en una exigencia para participar en los mercados de los negocios. Zavala y Vélez señalan que la gestión de la calidad a través de la implementación del SGC se suma a las estrategias de fidelización de los clientes y es fundamental para mantenerse en los mercados, independientemente del tipo de organización y de sector económico al cual pertenezca, siendo indispensable para lograr los objetivos y alcanzar una eficiente gestión de la calidad en las organizaciones, además de permitirles el desarrollo de acciones de mejora continua, la diferenciación de productos y servicios, y por consiguiente de la obtención de ventajas competitivas, convirtiéndose en un instrumento indispensables en las organizaciones para satisfacer las demandas de todas sus partes interesadas.

De igual manera, Pingo et al. (2020) al hacer una revisión e interpretación de los conceptos de gestión de la calidad total, concluyen que la definición planteada por la ISO de sistema de gestión de la calidad, “introduce la esencia e importancia de la participación de la dirección de la organización en sus procesos para el logro de sus objetivos estratégicos, generación de sus ventajas competitivas y posicionamiento en el mercado” (p. 636). Pingo et al., resaltan igualmente que la gestión de la calidad es primordial en las organizaciones, independientemente del área económica en la cual estén insertas. Las organizaciones que “apuestan por ella, deberán reorientar visiones y asumir paradigmas y modelos de gestión altamente exigentes, los cuales definen prácticas, modos de hacer y principios como rectores a nivel de la gestión que desarrollan (p. 641)

Por otra parte, Ávila y Alfonso (2019) manifiestan que no se puede concebir la gestión de un sistema, sin que se desarrollen mediciones de desempeño, que permitan evidenciar el nivel de desempeño del mismo y la eficacia alcanzada para el logro de los objetivos, permitiendo tener una visión global del mismo como sistemas y de sus partes o procesos específicos que lo conforman, dando lugar a la definición de acciones de mejora tanto en los procesos como en los productos y servicios. En el caso de los SGC definidos en los estándares ISO, se interpreta que la evaluación del mismo y la mejora continua están estrechamente vinculadas, la primera da lugar (entre otros tipos de medición) a las acciones a tomar para obtener la mejora. La ISO a través de su familia de Normas ISO 9000, dejan ver la importancia de las auditorías como la herramienta de gestión “por excelencia” para hacer la evaluación, seguimiento y verificación de un SGC, permitiendo tener una visión del grado de madurez o avance del mismo y siendo fundamental para identificar y poner en practica acciones de mejora.

Asimismo, la ISO en su familia de normas 9000, presenta una norma que describe indicaciones que contribuyen a la mejora sistemática del desempeño de las organizaciones, caso específico de la Norma ISO 9004:2018 contentiva de directrices para que cualquier empresa u organización pueda alcanzar el éxito mediante un enfoque de gestión de calidad, además de guiarlas en el tratamiento de las expectativas y necesidades de todas las partes interesadas y darles una orientación eficaz para lograr a mejora.

La norma ISO 9004 proporciona orientación a la administración de las organizaciones o empresas para extender los beneficios de su sistema de calidad, a través de la gestión de un éxito sostenido en entornos cambiantes, exigentes y complejos. La base para mejorar la capacidad de la empresa de manera sostenida, se encuentra en el grado de satisfacción de los clientes con respecto a las características inherentes de la actividad de la empresa. Incluye aspectos como la responsabilidad social, factores culturales y ambientales, calidad, eficiencia y

agilidad. Del mismo modo, la norma tiene orientación sobre un enfoque sistemático para la supervivencia a largo plazo. Un elemento clave en esta norma son las evaluaciones internas de liderazgo, estrategia, recursos y procesos a través de autoevaluaciones (Instituto Uruguayo de Normas Técnicas, 2018). Estas autoevaluaciones proporcionan una visión global del desempeño de una organización y del grado de madurez del sistema de gestión, contribuyendo a la identificación de oportunidades para la mejora y en la definición de acciones orientadas a la dirección estratégica de las organizaciones, por lo que la norma ISO 9004 se constituye en uno de los referentes para medir la gestión de la calidad de los servicios de salud prestados por una institución desde el punto de vista de los stakeholders o partes interesadas.

5.2. MARCO LEGAL

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS) “es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud, sirven para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país” (Decreto 780, 2016, Art. 1.1.1.1).

El SOGCS está integrado por cuatro componentes:

- I. El Sistema Único de Habilitación (SUH) reglamentado por la resolución 3100 del año 2019, en donde se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.
- II. El Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC) es un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto a la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios (Minsalud, 17 de octubre 2017). Sus documentos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud son las pautas de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud, la lista de chequeo del Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (PAMEC), y las Guías básicas para auditoría en el mejoramiento de la calidad.
- III. El Sistema Único de Acreditación (SUA), el cual es un conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades, están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la

atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud (Decreto 903, 2014, Art. 5).

- IV. El Sistema de Información para la Calidad en Salud, pretende realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud. Además, de brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Y finalmente, ofrecer insumos para que las referencias dadas por calidad permitan materializar los incentivos de prestigio del Sistema (Resolución 1446, 2006, Art. 1).

Para efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención de Salud, el SOGCS se deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad:** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
- **Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
- **Pertinencia:** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
- **Continuidad:** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico (Decreto 780, 2016, Art. 2.5.1.2.1).

En el ámbito de ley, las primeras menciones que se encuentran sobre el tema están descritas en los fundamentos del SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en

Salud). El tema de responsabilidad social está basado en el redireccionamiento de la visión de la salud, ya no como un acto de beneficencia del Estado hacia el ciudadano, sino como un derecho de ese ciudadano.

Los principios planteados en el artículo 153 de la Ley 100 de 1993, específicamente, abordan los siguientes conceptos:

- La calidad como un atributo de la equidad (numeral 1 artículo 153): en este numeral se menciona una serie de características que describen las formas de cómo garantizar el fundamento de la equidad. Uno de los fundamentos menciona la calidad, señalando que "El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago". Aquí, posiblemente, el Estado debe trabajar de forma mancomunada con la academia y con las organizaciones públicas y privadas.
- La calidad y sus atributos como garantía de integralidad de la atención (numeral 3 artículo 153 de la Ley 100/1993, artículo 23 de la Ley 1122/2007). El Sistema General de Seguridad Social, brindará atención integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan obligatorio de salud. De esta manera, la norma plantea la necesidad de garantizar la calidad a través de un continuo seguimiento de la atención en salud, basado en un enfoque sistémico e integral de la misma. El mismo artículo, resalta las obligaciones de las aseguradoras frente al tema de la calidad, señalan que se debe garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios, especialmente la asignación de las citas.
- La calidad y el control (numeral 9 artículo 153 Ley 100/1993, artículo 39 Ley 1122/2007) señala que "El sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales". Es función del ministerio de salud, dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo, que son de obligatorio cumplimiento por las entidades promotoras de salud y por las instituciones prestadoras de servicios de salud del Sistema general de seguridad social. La calidad y las instituciones del sistema (artículos 178 y 180 Ley 100/1993, artículo 185 Ley 1122/2007).

Así como se encuentran funciones de dirección del sistema, y específicamente algunas de ellas directamente relacionadas con el tema de calidad, es necesario

plantear la delegación de estas funciones hacia las organizaciones del sector. Se encuentran, por ejemplo, que el control sobre la calidad de la prestación de servicios es delegado a las entidades promotoras de salud (artículos 178 y 180 Ley 100/1993).

Las EPS tienen la obligación de establecer los procedimientos para controlar y evaluar sistemáticamente la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta idea se confirma en el artículo 14 de la Ley 1122, que refuerza en la organización del aseguramiento, la garantía de la calidad. Así como existe una delegación de funciones hacia las EPS, también los prestadores tienen una serie de responsabilidades frente a la calidad (artículo 185), que están, posiblemente, más ligadas a la responsabilidad ética histórica de la prestación misma de servicios de salud, que a la obligatoriedad contemplada dentro de una ley.

En el artículo 182 de la Ley 100 se establece que “Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el plan de salud obligatorio para cada afiliado, el Sistema general de seguridad social en salud reconocerá a cada entidad promotora de salud un valor per cápita, que se denominará unidad de pago por capitación, UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.

- Calidad e información a usuarios “El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente” y en su párrafo: “El Ministerio de Salud solicitará la información que estime necesaria con el objeto de establecer sistemas homogéneos de registro y análisis que permitan periódicamente la evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción del usuario”, plantea unos retos metodológicos importantes (Ley 100, 1993, art. 199):

Uno de estos retos es, la definición de un conjunto de normas universales y explícitas que determinen qué cosas, y en qué cantidad, modulan la satisfacción de los usuarios. Pero, a la par de esta definición, hay que implementar un sistema periódico y disciplinado de medición de ese juego de atributos (sin importar en este nivel si la medición la realiza el Ministerio o un ente independiente), para establecer comparaciones que sean metodológicamente válidas y, posteriormente establecer mecanismos de difusión de resultados cuya información sea de manejo público. (Kerguelén, 2008, p. 41)

5.3. MARCO DEMOGRÁFICO

El municipio de Villavicencio capital del departamento del Meta, cuenta con una extensión territorial de aproximadamente 1.328 km², con una altura que oscila entre los 250 y 467 metros sobre el nivel del mar (Alcaldía de Villavicencio, 2021), posee una ubicación estratégica en el piedemonte llanero, a tan solo 90 kilómetros de Bogotá, la capital del país. En la actualidad, posee 384.131 habitantes y una densidad de 289.3 hab./km², con un área de 1.328 km². El municipio está limitado al Norte por los municipios de Restrepo; al Oriente con Puerto López; al Sur con Acacias y San Carlos de Guaroa y al Occidente con Acacias y el Departamento de Cundinamarca (Alcaldía de Villavicencio, 2021)

Su actividad económica dinámica se concentra principalmente en el comercio. En cuanto al proceso de urbanización “ha sido un acumulado de sucesos desordenados que no corresponden a una planeación rigurosa sobre propósitos, usos, distribución y demás asuntos requeridos para armonizar la vida digna, el medio ambiente y la economía en un marco de sostenibilidad” (Concejo Municipal de Villavicencio, 2020)

Condensando las proyecciones de población del Plan de Ordenamiento Territorial con las suministradas por el DANE (2018), se reafirma que la dinámica poblacional del municipio es activa, Villavicencio se ubica entre las principales 13 ciudades y el municipio se presenta como la principal subregión de la Orinoquía colombiana.

En este sentido, Villavicencio presenta una estructura poblacional considerada adulta-joven (DANE, 2018). Esto implica un desafío en términos de políticas sociales, pues se debe buscar garantizar el acceso a la educación y salud, además de promover el empleo formal en igualdad de oportunidades para los diversos grupos poblacionales que residen en la ciudad.

La relación entre salud y situación socio-económica en las ciudades colombianas, se caracteriza por una combinación desigual entre las "enfermedades de la pobreza", con las "enfermedades del desarrollo", siendo muy fuerte la expresión de las inequidades socio sanitarias que de tiempo atrás han caracterizado al sistema de salud colombiano (Rubiano y Laza, 2006 en Sarmiento et al 2010, p. 76).

Esa situación sigue estando presente, la capital del municipio se caracteriza por presentar altos niveles de segregación socioeconómica y espacial e inequidad; limitado acceso a salud y educación, viviendas, servicios públicos, altos niveles de ilegalidad en el uso y tenencia de la propiedad y de la construcción, las relaciones urbano-rurales no contaban con políticas claras que estimulen relaciones armónicas

y provechosas para el desarrollo integral de los territorios y sus respectivos ecosistemas. Para enfrentar las desigualdades que enfrenta la ciudad de Villavicencio, se establece en el Plan de Desarrollo Municipal del 2016 -2019, cuatro ejes estratégicos: social, económico, institucional y ambiental. (Concejo Municipal de Villavicencio, 2016)

En el año, 2020, se aprueba el Plan de Desarrollo del Municipio, (PDM) donde se definen cinco ejes estratégicos, los cuales buscan alcanzar una ciudad moderna, incluyente y sostenible. En este sentido los ejes estratégicos atienden los siguientes tópicos: 1. El sentido de pertenencia y la construcción de identidad, 2. Mecanismos efectivos de organización, gestión y control de la ocupación del suelo, 3. La economía para el empleo y empleo para la economía; 4. Cultura Política y 5. Garantizar el derecho a la salud, a la vivienda, a la educación.

6. METODOLOGÍA

6.1. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1.1 Tipo de Investigación. Toda investigación se debe iniciar a partir de un diseño que sirva de guía para la recogida y análisis de datos. Debe especificar los métodos y procedimientos para obtener la información necesaria y así plasmar un plan de investigación. En este plan se identifica el problema a investigar, se define, clasifica y miden las variables a considerar dentro de los instrumentos y se finaliza con el análisis e interpretación de los resultados.

En este apartado se analizan los aspectos relevantes en la configuración del proceso de investigación y su desarrollo, como es el enfoque de la investigación, la determinación del muestreo y las técnicas e instrumentos empleados.

El enfoque de la investigación que se emplea para el desarrollo de este trabajo es de tipo mixto, entendido como un proceso que recolecta, analiza y vierte datos cuantitativos y cualitativos, en un mismo estudio (Barrantes, 2014).

Sánchez (2015) afirma que “la dualidad cuantitativo-cualitativo adopta en la actualidad nuevas formas y progresivamente se produce el acercamiento, mediante una tercera vía” (p. 27). El enfoque mixto, es esa vía que contempla ambas posiciones que pueden ser compatibles y complementarias, proporcionando información útil. Agrega Hernández et al., que “la meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales” (Hernández et al, 2014, p. 565).

Johnson et al. (2006) como se citó en Hernández et al. (2014, p. 567): visualizan en forma amplia,

la investigación mixta como un continuo en donde se mezclan los enfoques cuantitativo y cualitativo, centrándose más en uno de estos o dándoles el mismo “peso”, donde cabe señalar que cuando se hable del método cuantitativo se abreviará como CUAN y cuando se trate del método cualitativo como CUAL. Asimismo, las mayúsculas-minúsculas indican prioridad o énfasis. (Hernández et al, 2014, p. 567)

Delgado (2014) como se citó en Sánchez (2015) refuerza la idea señalada líneas arriba, al indicar que

..... La recogida y análisis CUAN/CUAL tienen por objeto integrar resultados y hacer una discusión conjunta que permita realizar inferencias para comprender mejor y tener una visión más amplia del fenómeno estudiado; y concluye, las Ciencias Sociales necesitan estudios CUAN que posibiliten la dimensión causal/correlacional y estudios CUAL que permitan comprender los tipos de intercambio de significados (p. 27).

En este sentido, la utilización de ambos enfoques, permiten combinar la rigidez formal de lo CUAN y la creatividad y flexibilidad de lo CUAL, o dicho de otra manera se logra explorar y explotar mejor los datos. Por lo tanto, la riqueza de la investigación mixta consiste en aprovechar las bondades y fortalezas de cada uno de los enfoques (Delgado referido por Sánchez, 2015)

El enfoque cualitativo en esta investigación aportó al enfoque cuantitativo el modelo del diseño, se utilizan herramientas basadas en cuestionarios con el fin de determinar la percepción del usuario y la observación de las partes interesadas, con el fin de determinar las condiciones de las IPS. No obstante, para cuantificar los resultados se utilizan las herramientas SERVQUAL y las herramientas descritas en norma ISO 9004:2018, que son encuestas estructuradas destinadas a un grupo amplio de participantes.

Con relación al alcance de la investigación, Hernández et al (2014) afirman que establece el compromiso que el investigador espera obtener en el resultado del estudio, definiendo cuatro tipos de resultados: exploratorio, descriptivo, correlacional y explicativo.

En este sentido, el alcance de esta investigación es de tipo correlacional, temporal. Correlacional porque identifica la relación o grado de asociación que existe entre dos o más variables en un contexto.

...Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables (Hernández et al, 2014, p. 95)

Del mismo modo, es temporal ya que es un estudio transversal (sincrónico) que pretende determinar la calidad de la salud, en un momento específico. Por lo

expuesto, sobre la muestra determinada, se analizan los datos de la variable dependiente recopilados durante el primer semestre del año 2021.

Según la profundidad u objetivo, esta investigación es de tipo evaluativa, definida por Suchaman (1967) citado en Correa et al (2002, p. 26) como un tipo especial de investigación aplicada cuya meta, a diferencia de la investigación básica, no es el descubrimiento del conocimiento. Poniendo principalmente el énfasis en la utilidad... La investigación evaluativa asume también las particulares características de la investigación aplicada, que permite que las predicciones se conviertan en un resultado de la investigación. Las recomendaciones que se hacen en los informes evaluativos son, por otra parte, ejemplos de predicción (p. 119).

Con relación al propósito de la investigación evaluativa, Weiss (1985) citado por Correa et al (2002, p. 35) plantea que sirve para medir las consecuencias de un programa en comparación con unas metas propuestas a fines de mejorar el mismo a futuro; por lo que, en este estudio, tiene como fin hacer una medición de la forma en que se ha gestionado la calidad en las instituciones prestadoras de salud, ya sea que tengan un SGC implementado y certificado o no lo tenga, a los fines de llegar a ciertas recomendaciones para la mejora en el logro de mantener la satisfacción de sus clientes y demás partes interesadas. Asimismo, Briones (1991) citado también por Correa et al, agrega que el principal objetivo de la evaluación es: “proporcionar criterios para la toma de decisiones en relación con la estructura, el funcionamiento y el desarrollo del programa” (2002, p. 35), en este estudio, se trata de tomar decisiones en relación a la implementación de SGC. (2002 p. 35).

La investigación evaluativa respalda la combinación de los enfoques cualitativos y cuantitativos, por las siguientes razones: la investigación evaluativa exige una variedad de métodos, que pueden fortalecerse mutuamente para brindar percepciones que ninguno de los dos podría conseguir por separado. Por otra parte, como ningún método está libre de prejuicios, sólo cabe llegar a la verdad subyacente mediante el empleo de múltiples técnicas, con las que el investigador efectuará las correspondientes triangulaciones (Correa et al, 2002). Asimismo, Correa et al., señala:

El análisis de la investigación debe ser lógico y estadístico. El análisis lógico o de contenido parte del marco referencial y conceptual del programa evaluado. Debe recordarse que los datos tienen sentido en la medida en que se hagan hablar desde una interpretación comprensiva. Del mismo modo, el análisis estadístico va a depender de la naturaleza de los datos producidos por la evaluación cuantitativa (Correa et al, 2002, p.158).

Por lo tanto, la investigación evaluativa, es el conjunto de herramientas conceptuales y analíticas específicas, con unos procesos y fases también específicos (Bausela, 2003).

Algunos de los métodos de evaluación más comunes son: la medición de los insumos, la medición de los productos o del rendimiento, la evaluación del impacto o de los resultados, la evaluación de la calidad, la evaluación de los procesos, la evaluación comparativa, las normas, el análisis de los costos y la eficacia de la organización. Por lo tanto, la investigación evaluativa se refiere a las funciones de procesamiento de información y retroalimentación.

Partiendo que la investigación es de tipo evaluativa, en la tabla 3 se determina la estrategia metodológica y la selección de técnicas y procedimientos a partir de la comprensión de: su naturaleza, los recursos disponibles, los aspectos a evaluar, el tipo de información existente y accesible, el grado de colaboración que se presume tendrá la investigación, sobre todo durante el trabajo de campo y finalmente el tiempo que se dispone para su realización.

Tabla 3. Estrategia metodológica y selección de técnicas y procedimientos de la Investigación

ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	
Naturaleza	Nivel de conocimiento: correlacional (evaluativo) Enfoque de la Investigación: Mixto (cuan/cual) Tipo de investigación: evaluativa
Aspectos a evaluar	El efecto de la implementación del sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 sobre la calidad de los servicios de salud ofrecidos por las Instituciones Prestadoras de Salud en la ciudad de Villavicencio, considerando la percepción de los usuarios, el cumplimiento de requisitos legales y la satisfacción de las partes interesadas. Se analizarán sus interrelaciones con el propósito de mejorar la toma de decisiones.
Tipo de información existente y accesible	Informe de certificación de gestión de Calidad según la Norma ISO 9001:2015. Informe de la evaluación realizada por la Secretaría de salud, según Resolución 3100 de 2019.
Instrumentos utilizados	Observación directa. Cuestionarios estructurados SERVQUAL. Instrumentos de satisfacción ISO 9004:2018 a los Directivos.
Tiempo	2019-2021

Fuente: elaboración propia

6.1.2 Definición y operacionalización de variables. El término de variable puede ser definido desde sus características o propiedades distintivas, estructurales, de contenido, funciones o relaciones. Su importancia en la investigación es fundamental, ya que indica las acciones que se deben realizar para su contrastación.

En esta investigación, se definen dos tipos de variables: la variable independiente, como aquella que dentro de la relación establecida no depende de ninguna otra y la variable dependiente, cuyos valores dependen de los que asuma la variable independiente.

Esta investigación tiene como objetivo evaluar el efecto que tiene la implementación del sistema de gestión de la calidad (variable independiente) en el servicio de la Institución a partir de la percepción de los usuarios, la satisfacción de las necesidades de los stakeholders y el cumplimiento de la normatividad de habilitación vigente según el sistema obligatorio de garantía de la calidad, establecido por el Ministerio de Salud Colombiano (variables dependientes).

Tabla 4. Definición de variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE DEPENDIENTE - NIVEL DE CALIDAD-
Implementación del sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015	Percepción de la calidad de los servicios ofrecidos, desde la perspectiva de los usuarios.
	Capacidad de satisfacer las necesidades de los clientes y partes interesadas.
	Cumplimiento de los requisitos de habilitación según la normatividad vigente.

Fuente: elaboración propia.

La operacionalización de conceptos o variables es un proceso lógico de desagregación de los elementos más abstractos –los conceptos teóricos–, hasta llegar al nivel más concreto, los hechos producidos en la realidad y que representan indicios del concepto, pero que podemos observar, recoger, valorar, es decir, sus indicadores. Según Latorre et al (2005), este proceso “consiste en sustituir unas variables por otras más concretas que sean representativas de aquellas” (p. 73)

Grajales (1996) afirma que la operacionalización de variables es equivalente a su definición operacional, para manejar el concepto a nivel empírico, encontrando elementos concretos, indicadores o las operaciones que permitan medir el concepto en cuestión. La selección y combinación de los indicadores debe cumplir tres criterios; exhaustividad (Reguant y Martínez-Olmo, 2014).

Tabla 5. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INSTRUMENTO	
Independiente	Gestión de Calidad	Contexto de la Organización	La organización y su contexto	Informe de la evaluación de las Norma ISO 9001-2015
			Necesidades y expectativas de usuarios	
			Alcance del sistema	
			Calidad y sus procesos	
		Liderazgo	Liderazgo, y compromiso organizacional	
			Política de calidad	
			Roles y responsabilidad	
		Planificación	Riesgos y oportunidades	
			Cumplimiento de objetivos de la calidad	
			Cambio en la calidad	
		Apoyo	Asignación de Recursos	
			Competencia para la calidad	
			Toma de conciencia	
			Comunicación de la calidad	
			Información documentada	
		Operación	Requisitos para productos y servicios	
			Diseño y desarrollo de proceso de calidad	
			Control de los procesos no conformes	
Evaluación del desempeño	Evaluación de la satisfacción del cliente			
	Revisión de la calidad por la dirección			
	Ejecución de Auditoría interna			
Mejora	No conformidad y acción correctiva			
	Mejora continua de la calidad			
Dependiente	Satisfacción del usuario	Fiabilidad	Prestación del servicio de modo fiable y preciso.	SERVQUAL
		Capacidad de respuesta	Disposición del personal para ayudar a los clientes y proveerlos de un servicio rápido.	
		Seguridad	Conocimientos, atención y habilidades mostradas por los empleados para inspirar credibilidad y confianza	

Tabla 5. (Continuación)

VARIABLE		DIMENSION	INDICADOR	INSTRUMENTO
Dependiente	Satisfacción del usuario	Empatía	Ponerse en el lugar del cliente mediante la atención individualizada	SERVQUAL
		Aspectos Tangibles	La apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación deben proyectar la calidad del servicio.	
Dependiente	Satisfacción de la parte interesada	Contexto de la Organización	Partes interesadas pertinentes	Herramienta de autoevaluación para la evaluación del nivel de madurez o éxito de una organización Norma ISO 9004 2018
			Cuestiones externas e internas.	
		Identidad de la Organización	Misión, visión, valores y cultura.	
		Liderazgo.	General.	
			Política y estrategia.	
			Objetivos.	
			Comunicación.	
		Manejo de Procesos	General.	
			Determinación de procesos.	
			Responsabilidad y autoridad para los procesos.	
			Gestión y determinación de los procesos	
			Gestión de procesos (gestión de alineación / vinculación los procesos)	
			Gestionar procesos (alcanzar un mayor nivel de rendimiento).	
		Manejo de Recursos.	Gestionar procesos (mantener el nivel alcanzado).	
			General.	
Gente.				
Tecnología.				
Infraestructura y ambiente de trabajo.				
Recursos provistos externamente.				
Recursos naturales				
Conocimiento organizacional.				

Tabla 5. (Continuación)

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	INSTRUMENTO	
Dependiente	Satisfacción de la parte interesada	Análisis y evaluación del desempeño de una organización	General.	Herramienta de autoevaluación para la evaluación del nivel de madurez o éxito de una organización Norma ISO 9004 2018
		Indicadores de desempeño.		
		Análisis de rendimiento		
		Evaluación del desempeño.		
		Auditoría interna.		
		Auto evaluación.		
	Reseñas.			
	Mejora, Aprendizaje e Innovación.	General.	General.	
		Mejora.	Mejora.	
Aprendizaje.		Aprendizaje.		
Innovación.	Innovación.			
Dependiente	Cumplimiento de los requisitos de habilitación	Talento humano	El talento humano en salud que preste directamente servicios de salud debe cumplir con los requisitos exigidos en las normas que regulen la materia para ejercer la profesión u oficio.	Instrumento de Verificación y Habilitación según la Resolución 3100 de 2019
		Infraestructura	Existencia obligatoria de un recurso físico, área o ambiente de uso exclusivo del servicio, que está localizado al interior de un servicio o de un ambiente.	
		Dotación	Conjunto de medicamentos, dispositivos médicos y equipos biomédicos utilizados en la reanimación cardio cerebro pulmonar.	
		Medicamentos, dispositivos e insumos	Son los medicamentos, dispositivos médicos e insumos requeridos para la prestación de servicios de salud, que se guardan, custodian o preservan en almacenes, bodegas, depósitos, servicios de salud, vehículos, contenedores, entre otros	

Tabla 5. (Continuación)

Dependiente	Cumplimiento de los requisitos de habilitación	Procesos prioritarios	Acción, operación o tarea que se ejecuta en un tiempo definido y con un fin específico. Incluye acciones asistenciales y administrativos para abordar una condición de salud o realizar un diagnóstico clínico.	Instrumento de Verificación y Habilitación según la Resolución 3100 de 2019
		Historia clínica y registros	Procesos establecidos por el prestador de servicios de salud para el manejo de la historia clínica	
		Dispositivos médicos e insumos	Procedimientos establecidos por el prestador de servicios de salud para el manejo de medicamentos, dispositivos médicos e insumos.	

6.1.3 Diseño muestral. Villavicencio contaba con una población de 506.000 habitantes para el año 2017. Esto era el 1,03% del total de la población de Colombia para ese año. Si la tasa de crecimiento de la población sería igual que en el periodo 2015-2017 (+2,2%/año), la población en 2021 sería de 552.010, un crecimiento de 2,2% de la población actual (DANE, 2018). Según el informe actualizado de Minsalud (agosto del año 2019) existen 515.730 personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, para ser atendidos repartidos de la siguiente manera:

Tabla 6. Cantidad de prestadores de servicios en el Sistema general de seguridad social en salud del municipio de Villavicencio.

TIPO DE PRESTADOR	CANTIDAD
Profesional Independiente	426
Instituciones - IPS	240
Objeto Social diferente a la Prestación de Servicios de Salud	31
Transporte Especial de Pacientes	8

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 6, se señala que 240 Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) del Municipio de Villavicencio, se encuentran habilitadas para el año 2021, en los inicios de la investigación, representó el universo, sin embargo, al determinar que solo era posible acceder a una IPS certificada, se sumaron las 6 Instituciones del municipio de Puerto Gaitán del Departamento Meta (Así vamos en salud, octubre 2021).

Por lo tanto, el universo está definido por 246 entidades habilitadas para prestar servicios de salud en los municipios de Villavicencio y Puerto Gaitán. El tamaño de la muestra estuvo condicionado por la restringida información de la Secretaría de Salud departamental. Por otra parte, a pesar de que el universo de IPS habilitadas es amplio y la información es pública, al momento de determinar si las IPS están certificadas, se reduce el universo ya que la información no es pública y además existen varios organismos certificadores.

En este sentido, se le solicitó información vía email a cada una de las IPS de las 246 IPS que representaban el universo, con el propósito de determinar aquellas que estaban certificadas y no certificadas y la disposición de participar en la investigación. La gran mayoría respondió que no estaban certificadas. Únicamente dos IPS se encontraban certificadas para el momento de la consulta, por lo que se decidió seleccionar dos certificadas y dos no certificadas que permitieron la evaluación.

Bajo estas limitaciones, se utilizó la técnica de muestreo de conveniencia no probabilístico y no aleatorio, considerando que:

- La intención de las IPS en participar en el estudio.
- Las restricciones de acceso a las IPS, como consecuencia del COVID-19. Por lo que el tiempo para aplicar los instrumentos se reduce a un intervalo propuesto por el ente prestador.
- La dificultad de acceder a la información sobre la certificación de las IPS en Villavicencio, se amplía la segmentación de IPS certificadas a otro municipio (Puerto Gaitán), manteniendo el estudio de las IPS no certificadas en el municipio de Villavicencio.
- Disponibilidad de acceso a la información (Informes de Gestión de Calidad).

Aplicando los filtros anteriores y en base a las respuestas obtenidas, se reduce el grupo a tres Instituciones del municipio Villavicencio, identificadas como IPS 1, IPS 2 e IPS 4; y una IPS del municipio Gaitán identificada como IPS 3... véase p. 15...

El trabajo de campo fue programado según la disponibilidad de la IPS, por lo que se aplicó el instrumento SERVQUAL a los usuarios que se encontraban en el momento de estudio, seleccionados de manera aleatoria.

Durante cuatro días se aplicó el instrumento a 251 usuarios que se encontraban en cada compañía identificada en la muestra. Para el caso de la encuesta de autoevaluación ISO 9004 versión 2018 se coordinó una entrevista vía ZOOM con los funcionarios de las prestadoras.

6.1.4 Instrumentos y técnicas de investigación. Las técnicas de investigación son las herramientas y procedimientos disponibles para obtener los datos e información. La tabla 7, relaciona los instrumentos que se utilizaron para cumplir cada una de las variables.

Tabla 7. Instrumentos de investigación

VARIABLE	Instrumentos
Percepción de la calidad de los servicios	La escala multidimensional SERVQUAL
Capacidad de satisfacción de los stakeholders	Herramienta de autoevaluación de los elementos claves de la NTC-ISO 9004:2018 Gestión de la calidad. Calidad de una organización. Orientaciones para lograr el éxito sostenido.
Cumplimiento de los requisitos de habilitación	Informe de Verificación de Condiciones de Habilitación según la Resolución 3100 de 2019

Fuente: elaboración propia.

6.1.4.1 La escala multidimensional SERVQUAL. “Es una herramienta para la medición de la calidad del servicio desarrollada por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry en el año 1988” (Castillo, 2005, p. 1), sin embargo, esta herramienta ha experimentado mejoras y revisiones con el apoyo y validación del Instituto Latinoamericano de Calidad en los Servicios (Castillo, 2005).

Los autores de la herramienta sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización puede constituir una medida de calidad del servicio, y la brecha existente entre ambas el indicador para mejorar (Castillo, 2005).

Para esta investigación, el estudio de percepción del usuario es entendido como la valoración o estimación que el paciente tiene de los servicios que ofrece el prestador de salud. En este sentido con la experiencia previa vivida por el usuario (paciente), define si el prestador cumple con los servicios ofrecidos. Las expectativas se definen como aquellas que el paciente espera que sea el servicio, que ofrece el prestador de salud.

Esta herramienta resulta útil para conocer una cualificación global de la calidad del prestador, lo que los pacientes esperan (beneficios ideales) y lo que perciben (beneficios descriptivos). De tal manera que los resultados determinan las brechas de insatisfacción y el orden de los vacíos de calidad.

Tomando como referencia la estructura de la encuesta SERVQUAL de los autores Barranco et al (2004) y Cabello y Chirinos (2012) el cuestionario fue aplicado a 251 usuarios, distribuidos en las cuatro Instituciones Prestadoras de Salud. La misma, se estructuró en 21 preguntas agrupadas en cinco dimensiones de calidad, utilizadas para juzgar la calidad de los servicios del Prestador de Salud:

Los criterios que se utilizaron para medir tanto la percepción como la expectativa del usuario fueron: (Tabla 8)

- Confiabilidad, habilidad de desarrollar el servicio prometido como se ofrece.
- Responsabilidad, buena voluntad de ayudar a los pacientes ofreciéndole un buen servicio.
- Seguridad, conocimiento de los empleados de lo que hacen, cortesía y capacidad de transmitir confianza.
- Empatía, capacidad de brindar cuidado y protección personalizada a los pacientes.
- Bienes tangibles, relacionados con la apariencia de las edificaciones, instalaciones, equipo, personales y materiales. Cuestiones como limpieza, organización y modernidad.

Tabla 8. Encuesta de Satisfacción de los usuarios SERVQUAL

DIMENSIÓN	EXPECTATIVA	PERCEPCIÓN
TANGIBLES	Los horarios son convenientes	Los horarios son convenientes
	Tienen equipos de apariencia moderna.	Tienen equipos de apariencia moderna
	Los funcionarios cuentan con el conocimiento para responder a sus preguntas.	Los funcionarios cuentan con el conocimiento para responder a sus preguntas.
	Las instalaciones físicas son visualmente atractivas	Las instalaciones físicas son visualmente atractivas
	Los materiales asociados con el servicio son visualmente atractivo	Los materiales asociados con el servicio son visualmente atractivo
CONFIABILIDAD	Cumple con las citas asignadas.	Cumple con las citas asignadas.
	Cuando usted tiene un problema, muestran un real interés en solucionarlo.	Cuando usted tiene un problema, muestran un real interés en solucionarlo.
	Proporcionan el servicio de manera adecuada cuando usted lo requiere	Proporcionan el servicio de manera adecuada cuando usted lo requiere.
	Concluyen el servicio en el tiempo prometido	Concluyen el servicio en el tiempo prometido
	Los funcionarios le comunican oportunamente cuando es la realización del servicio.	Los funcionarios le comunican oportunamente cuando es la realización del servicio.
SEGURIDAD	El comportamiento de los funcionarios le inspira confianza.	El comportamiento de los funcionarios le inspira confianza.
	Se siente seguro por las prestaciones que le brindan	Se siente seguro por las prestaciones que le brindan
	Los funcionarios cuentan con el conocimiento para responder a sus preguntas.	Los funcionarios cuentan con el conocimiento para responder a sus preguntas.
	Los funcionarios son amables.	Los funcionarios son amables.
EMPATIA	Los funcionarios atienden sus necesidades específicas.	Los funcionarios atienden sus necesidades específicas.
	Le brindan atención individualizada.	Le brindan atención individualizada.
	Toman sinceramente en cuenta los intereses de los pacientes.	Toman sinceramente en cuenta los intereses de los pacientes.
	Cuentan con empleados que le brindan una atención individual.	Cuentan con empleados que le brindan una atención individual.

Tabla 8 (Continuación)

DIMENSIÓN	EXPECTATIVA	PERCEPCIÓN
RESPONSABILIDAD	Los funcionarios brindan un servicio con prontitud.	Los funcionarios brindan un servicio con prontitud.
	Los funcionarios siempre se muestran dispuesto a ayudarlo.	Los funcionarios siempre se muestran dispuesto a ayudarlo.
	Los funcionarios nunca están demasiado ocupados para ayudarlo.	Los funcionarios nunca están demasiado ocupados para ayudarlo.

Fuente: Fuente propia a partir de Barranco et al (2004)

6.1.4.2 Herramientas de autoevaluación de los elementos claves de la NTC-ISO 9004:2018. La relevancia de la calidad de la norma ISO como variable competitiva, ha motivado a que las normas ISO se orienten cada vez más hacia el enfoque estratégico, que en un principio era complementaria de la norma ISO 9001. Esta norma internacional proporciona orientación para ayudar a conseguir el éxito sostenido a cualquier organización en un entorno complejo, exigente y en constante cambio, mediante un enfoque de gestión de la calidad.

Dentro de sus numerosas orientaciones, se hacen referencias a la participación directa de la alta dirección con la identificación del contexto de la organización e identificación de las partes interesadas. Enfoca sus requisitos a la correcta implementación del sistema de gestión de la calidad e incluye un capítulo solamente para el tratado del éxito sostenible.

Además, “promueve la autoevaluación como una herramienta importante para la revisión del nivel de madurez de la organización, abarcando su liderazgo, estrategia, sistema de gestión, recursos y procesos, para identificar áreas de fortalezas, debilidades y oportunidades, tanto para la mejora como para la innovación” (Páez, Rohvein, Paravie y Jaureguiberry, 2018, p. 689).

Para llevar a cabo la autoevaluación, se establecieron las siguientes indicaciones metodológicas:

- Determinar el alcance y el tipo de evaluación.
- Contactar previamente, según la disponibilidad de los directivos, un representante de cada uno de los centros.
- A pesar de las recomendaciones de las normas de ampliar el proceso de autoevaluación a otros miembros como los dueños y directores en todos los

niveles; para obtener una perspectiva general en profundidad de la organización y de su desempeño, se determinó que la autoevaluación se realizaría únicamente a los directivos de la empresa.

- Los niveles de madurez en el desempeño, se otorga a cada atributo un nivel que oscila entre el 1 (sin aproximación formal) y el 5 (excelencia en los distintos aspectos que evalúa la ISO 9004).

Según Torrealba (2020), esta norma ofrece orientaciones numerosas y fragmentadas, sin indicar la forma en que se articulan las mismas para lograr el resultado propuesto, por lo cual, se requiere utilizar herramientas que permitan visibilizar el esquema de vinculación entre los lineamientos de la Norma ISO 9004:2018 para lograr el éxito sostenido, lo que favorecería la aplicabilidad de dicho estándar.

Para identificar el nivel de madurez para cada proceso individual, se evaluaron a partir de la Guía Técnica Colombiana GTC-ISO 9004 (2018) los siguientes puntos:

- Contexto de la organización: Las partes interesadas y las cuestiones externas e internas.
- Identidad de la organización: determinada por sus características, basadas en su misión, su visión, sus valores y su cultura.
- Liderazgo, la alta dirección, establece las intenciones y la dirección de la organización a través de la política de la organización. La alta dirección debería demostrar liderazgo en la organización definiendo y manteniendo los objetivos de la organización basados en sus políticas y su estrategia, así como desplegando los objetivos en las funciones, niveles y procesos pertinentes.
- Gestión y determinación de los procesos: Los procesos son específicos para una organización y varían dependiendo del tipo, el tamaño y el nivel de madurez de esta. Las actividades de cada proceso deberían determinarse y adaptarse al tamaño y a las características distintivas de la organización. A fin de lograr sus objetivos, la organización debería asegurarse de que todos sus procesos se gestionan de manera proactiva, incluyendo los procesos contratados externamente, para asegurarse de su eficacia y su eficiencia.
- Gestión de los recursos: Los recursos apoyan la operación de todos los procesos de la organización y son críticos para asegurar el desempeño eficaz y eficiente y su éxito sostenido. Los ejemplos de recursos clave incluyen: a) los recursos financieros; b) las personas; c) el conocimiento de la organización; d) la

tecnología; e) la infraestructura, como el equipo, las instalaciones, la energía y los servicios; f) el ambiente para los procesos de la organización; g) los materiales necesarios para la provisión de los productos y servicios; h) la información; i) los recursos proporcionados de forma externa, incluyendo filiales, asociaciones y alianzas.

- Análisis y evaluación del desempeño de una organización: La organización debería establecer un enfoque sistemático para recopilar, analizar y revisar la información disponible.
- Mejora, Aprendizaje e Innovación: aspectos clave e interdependientes que contribuyen al éxito sostenido de una organización. Crean elementos de entrada para los productos, servicios, procesos y sistemas de gestión, y contribuyen a lograr los resultados deseados.

Con el fin de recopilar los datos que resultan de la autoevaluación del nivel de madurez de las instituciones de salud que participan en el estudio y su capacidad para satisfacer las necesidades y expectativas de los stakeholders, se utilizó, la aplicación Microsoft Excel, también empleada para la construcción de los gráficos correspondientes.

6.1.4.3 Instrumento de Verificación de Condiciones de Habilitación según la Resolución 3100 de 2019. Este instrumento, define los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud, y adoptan el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud. Para su entrada y permanencia en el Sistema Único de Habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud- SOGCS, deben cumplir las siguientes condiciones:

- Capacidad técnico-administrativa.
- Suficiencia patrimonial y financiera.
- Capacidad tecnológica y científica.

Con la finalidad de evaluar la variable del cumplimiento de los requisitos legales de habilitación en la normativa vigente la resolución 3100 de 2019, se le solicitó los recursos del ente territorial, los datos y la evaluación de las distintas visitas a las empresas prestadoras.

Adicionalmente, y por tratarse de un simple ordenamiento de la norma de habilitación vigente, se realizó una validación por parte de 7 expertos del ente

territorial del Departamento del Meta, quienes realizaron auditorías de verificación. (tabla 9)

Tabla 9. Perfil de los expertos del ente territorial del Departamento de Meta

EXPERTO	PROFESIÓN	AÑOS DE EXPERIENCIA	PRINCIPALES RESPONSABILIDADES
1	Arquitecta	8 años	Verificación de los estándares de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infraestructura
2	Enfermera	17 años	Verificación de los estándares de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos, dispositivos e insumos ▪ Procesos prioritarios ▪ Historia clínica y registros asistenciales
3	Ingeniero Biomédico	8 años	Verificación de los estándares de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dotación
4	Odontóloga	8 años	Verificación de los estándares de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos, dispositivos e insumos ▪ Procesos prioritarios ▪ Historia clínica y registros asistenciales
5	Médico	8 años	Verificación de los estándares de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos, dispositivos e insumos ▪ Procesos prioritarios ▪ Historia clínica y registros asistenciales
6	Bacterióloga	2 años	Verificación de los estándares de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicamentos, dispositivos e insumos. ▪ Procesos prioritarios. ▪ Historia clínica y registros asistenciales.
7	Contadora	2 años	Verificación de los estándares de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Talento Humano ▪ Interdependencia

Fuente: elaboración propia

La Secretaría de Salud, junto a la Comisión Verificadora, asignan a los indicadores de riesgo, una valoración cualitativa, nominal y de orden jerárquico, de acuerdo a la complejidad de los hallazgos que se presenten durante el ejercicio de la verificación.

- Cumple completamente con todos los estándares para la entrega del certificado de habilitación.
- Riesgo bajo: El prestador de salud cumple con la gran mayoría de los servicios, debe mejorar las inconformidades que no amerita la entrega al ente territorial, Por lo tanto, no se le entrega la certificación.
- Riesgo moderado: El prestador de salud presentó algunos hallazgos o irregularidades, pero no son de gravedad que amerite una suspensión. Se resuelve a través de la entrega de un informe de investigación, que el prestador debe mejorar para las próximas visitas.
- Riesgo moderado alto: cuando existen hallazgos o inconformidades que no son determinante para una sanción o suspensión inmediata, pero si para iniciar una investigación administrativa. Al finalizar el estudio, puede haber un proceso sancionatorio con base a la verificación. El prestador, tiene un período de tiempo para apelar o justificar los cargos asignados por la Secretaría de Salud.
- Riesgo alto: cuando existe un hallazgo de suma gravedad, que atenta contra la integridad física de los pacientes, conlleva a que la Secretaría de Salud imponga una sanción y el cierre de inmediato del servicio.

Se hizo una revisión de los últimos informes del ente territorial y se le asignó una valoración cuantitativa, a los riesgos cualitativos, tal como se aprecia en la tabla 10.

Tabla 10. Valoración cuantitativa, asignada a los indicadores de riesgos.

VARIABLE	Instrumentos
Cumple completamente	100
Riesgo bajo	75
Riesgo Moderado	50
Riesgo moderado – Alto	25
Riesgo Alto	0

Fuente: elaboración propia.

7. RESULTADOS

7.1. ANALISIS DE LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para la realización de este análisis, se partió de la aplicación de la encuesta de satisfacción de los usuarios SERVQUAL. El mismo fue aplicado a un total de 251 pacientes seleccionados de manera aleatoria, que se encontraban en las distintas instituciones. La cantidad de encuestados, durante las fechas definidas previamente por el equipo y acordadas con los directivos de la prestadora fue determinado por la cantidad de pacientes que se encontraban en las Instituciones al momento de aplicar el instrumento.

Entre los meses de febrero y julio del 2021 fue aplicado el cuestionario en las cuatro instituciones de salud de la ciudad de Villavicencio. Para tomar los datos, se utilizó un dispositivo móvil, operado por un miembro del equipo. El tiempo invertido en responder el cuestionario, no superó los 2 minutos. En la tabla 11, se observa la cantidad de pacientes encuestados en cuatro en las instituciones prestadoras de salud.

Tabla 11. Aplicación del Instrumento SERVQUAL

FECHA	INSTITUCIÓN	INSTRUMENTO	PERSONAS		
			ENCUESTADAS	EXPECTATIVA	PERCEPCIÓN
11/02/21	IPS 1	SERVQUAL	70	34	36
08/04/21	IPS 2	SERVQUAL	61	30	31
21/05/21	IPS 3	SERVQUAL	60	29	31
04/06/21	IPS 4	SERVQUAL	60	27	33
TOTAL			251	120	131

Fuente: elaboración propia

Para procesar la información, se descargó el software QuestionPro, es una herramienta que permite realizar encuestas y analizar sus resultados desde una plataforma en línea. La información fue procesada y convertida a un archivo de Excel habilitado con macros para enriquecer el método de análisis e interpretación de datos. Una vez tabulada la información de los cuestionarios, para obtener el valor de las brechas se calcularon las medias de cada uno de los ítems y de cada dimensión. Los resultados obtenidos fueron tratados con el propósito de responder la pregunta de investigación formulada en el en el capítulo 1.

7.1.1 Nivel de satisfacción de los usuarios. En esta investigación se entiende como nivel de satisfacción, a la diferencia entre las expectativas y percepciones. La calidad está dada, cuando la percepción global iguala o supera las expectativas. En este sentido, cada ítem, es medido a través de una escala numérica que va de uno para una percepción o expectativa muy baja y cinco para la más alta.

Para la comprensión e interpretación de los resultados, se realizaron dos tablas que recogen los datos obtenidos del trabajo de campo. La sumatoria de puntos obtenidos de cada uno de los ítems y de las dimensiones fue convertida en porcentajes, tanto para la encuesta de expectativas (Anexo 1) como la encuesta de percepción (Anexo 2).

Para obtener el nivel de satisfacción o insatisfacción de los usuarios, se elaboró una tabla por cada IPS (tablas 12, 13, 14 y 15), en ellas se relacionan las cinco dimensiones analizadas en la encuesta SERVQUAL, y se comparan los beneficios ideales con lo que perciben encontrar los pacientes. La diferencia entre ambas, permiten obtener la brecha que existen entre la expectativa y la percepción. Si dicho valor es positivo ($P > E$), significa que la percepción supera a la expectativa, y por lo tanto existe satisfacción en esa dimensión.

Tabla 12. Grado de Satisfacción de los usuarios en la IPS 1 (sin certificación ISO 9001: 2015)

DIMENSIONES	Encuesta de Expectativas	Encuesta de percepción	Grado de Satisfacción
CONFIABILIDAD	81,1%	79,9%	-1,2 %
RESPONSABILIDAD	76,1%	74,1%	1,4%
SEGURIDAD	82,8%	80,7%	-2,1%
EMPATÍA	79,0%	84,3%	5,3%
TANGIBLES	86,9%	82,8%	-4,2%
Resultado Global de la encuesta en la Institución	81,2%	80,3%	-0,9%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 13. Grado de Satisfacción de los usuarios en la IPS 2 (sin certificación ISO 9001:2015)

DIMENSIONES	Encuesta de Expectativas	Encuesta de percepción	Grado de Satisfacción
CONFIABILIDAD	80,5%	83,6%	3,1 %
RESPONSABILIDAD	74,4%	79,8%	5,3%
SEGURIDAD	77,7%	85,2%	7,5%
EMPATÍA	75,7%	75,6%	0%
TANGIBLES	84,4%	87,5%	3,1%
Resultado Global de la encuesta en la institución	78,5%	82,3%	3,8%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 14. Grado de Satisfacción de los usuarios en la IPS 3 con certificación ISO 9001:2015

DIMENSIONES	Encuesta de Expectativas	Encuesta de percepción	Grado de Satisfacción
CONFIABILIDAD	86,5%	87,7%	2,7 %
RESPONSABILIDAD	85,7%	88,0%	2,2%
SEGURIDAD	84,1%	88,5%	4,4%
EMPATÍA	82,6%	85,0%	2,4%
TANGIBLES	86,5%	88,0%	1,5%
Resultado Global de la encuesta en la institución	85,1%	87,7%	2,6%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 15. Grado de Satisfacción de los usuarios en la IPS 4 (con certificación ISO 9001: 2015)

DIMENSIONES	Encuesta de Expectativas	Encuesta de percepción	Grado de Satisfacción
CONFIABILIDAD	86,2%	85,8%	-0,4 %
RESPONSABILIDAD	82,5%	81,6%	-0,9%
SEGURIDAD	89,8%	87,1%	-2,7%
EMPATÍA	83,3%	83,9%	0,6%
TANGIBLES	81,3%	75,3%	-6,1%
Resultado Global de la encuesta en la institución	84,6%	82,8%	-1,9%

Fuente: elaboración propia.

El estudio de la brecha que existe entre las encuestas de percepción y expectativas, obtenido a través de la escala SERVQUAL, permitió medir la calidad de satisfacción o insatisfacción de las cuatro IPS, por lo que se concluye:

a. En las IPS 2 y 3, la percepción supera a las expectativas. Las brechas existentes entre las encuestas son 3,8 y 2,6 puntos respectivamente. Lo que indica que las prestadoras sí están cumpliendo con lo esperado por los pacientes. En ambos casos, la dimensión de seguridad, es la mejor valorada, esto significa que los usuarios confían fehacientemente en los funcionarios, (tanto en la atención como en su conocimiento), del mismo modo que en las prestaciones que brindan ambas Instituciones.

b. En las IPS 1 y 4, las brechas existentes son de -0,9 y -1,9 puntos respectivamente, siendo valores negativos, que indican el grado de insatisfacción de los usuarios, como consecuencia a que las expectativas se forman básicamente por sus experiencias pasadas, sus necesidades conscientes, comunicación de boca a boca e información externa.

La mayor brecha negativa en ambas IPS, se relaciona principalmente con los ítems ubicados en la dimensión de bienes tangibles, superando (en dos de los cuatro ítems), las expectativas sobre la percepción, principalmente en la infraestructura y la modernización de la misma.

La brecha más preocupante, es la IPS 4, que sitúa todas las dimensiones en valores negativos, por lo que se debe priorizar los aspectos que requieren atención.

En el caso del IPS 1, las dimensiones de empatía y responsabilidad presentan resultados positivos (5,3 y 1,4 puntos). Esto significa que los usuarios se sienten complacidos con la atención y el compromiso de los funcionarios y de los empleados.

No obstante, a pesar de que la brecha de insatisfacción es muy cercana a uno, se debe revisar y corregir aquellos ítems que evidencian cierta inconformidad, relacionado con la dimensión de tangibles, confiabilidad y seguridad; de manera de lograr la calidad de satisfacción esperada. Como ejemplo se mencionan las instalaciones físicas y los medios informativos (folletos o trípticos), la atención y la capacidad resolutoria del personal con las necesidades de los pacientes y la no modernización de sus equipos. La determinación del grado de satisfacción o insatisfacción de los usuarios, conlleva a una retroalimentación hacia el sistema cuando el usuario emite un juicio.

7.2. DIFERENCIAS EN RELACIÓN CON LA CAPACIDAD DE SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS

La descripción de las diferencias en cuanto a la capacidad de satisfacer las necesidades y las expectativas de las partes interesadas entre instituciones prestadoras de servicios de salud certificadas y sin implementación de un sistema de gestión de calidad; se comprobó a partir de la obtención del grado de madurez de cada una de las instituciones, según la Norma GTC-ISO 9004:2018.

La Guía Técnica Colombiana, GTC-ISO 9004:2018 elaborada por el Comité Técnico ISO/TC 176, es la base que sustenta la herramienta de autoevaluación aplicada a las cuatro IPS. Para conseguir los correctos criterios y puntuaciones en la autoevaluación de la organización, la evaluación de los elementos claves, se ha realizado de manera conjunta con el director general de cada IPS, a través de una entrevista concertada vía Zoom, en donde se analizó punto por punto los requerimientos de la norma. La información fue valorada en una escala de Linkert definida en estudio realizado por Lujan et al. (2015), que define los niveles de madurez en el desempeño, otorgándose, a cada atributo un nivel que oscila entre 1 (sin aproximación formal) y el 5 (excelencia), como se describe en la tabla 16.

Tabla 16. Nivel de Madurez

Nivel de Madurez	Nivel de Desempeño	Orientación
1	Sin aproximación formal.	No hay aproximación sistemática evidente, sin resultados, resultados bajos o resultados impredecibles
2	Aproximación reactiva	Aproximación sistemática basada en el problema o en la prevención, mínimos datos disponibles sobre los resultados en las áreas de mejoras.
3	Aproximación del sistema formal estable.	Aproximación sistemática basada en el proceso, etapa temprana de mejoras sistemáticas; datos disponibles sobre la conformidad de los objetivos y existencia de tendencias a la mejora
4	Énfasis en la mejora continua.	Proceso de mejora en uso; buenos resultados y tendencia mantenida a la mejora.
5	Desempeño de Excelencia.	Proceso de mejora ampliamente integrado; resultados demostrados de ser el mejor (dentro de su misión) por medio de estudios comparativos.

Fuente: Luján et al. (2015)

La norma GTC-ISO 9004:2018 indican los aspectos positivos que se pueden destacar al obtener los resultados de una evaluación:

Los resultados de la evaluación de una organización pueden ser una información de entrada valiosa en su proceso de revisión por la dirección. La autoevaluación también tiene el potencial de ser una herramienta de aprendizaje, que puede proporcionar una perspectiva general mejorada de la organización, promover la implicación de las partes interesadas y apoyar las actividades globales de planificación de la organización (ICONTEC, 2018, p. 39)

Por lo tanto, para la interpretación de los resultados se realiza una tabla donde se identifica por capítulo y apartado el nivel actual y la brecha existente, para llegar al desempeño excelente. Estos resultados proporcionan un marco de trabajo genérico para establecer, cómo se pueden relacionar los criterios de desempeño con los niveles de madurez, identificar sus niveles de madurez actuales y determinar sus fortalezas y debilidades y los riesgos y oportunidades para la mejora relacionados.

Los resultados de la aplicación de la Norma GTC ISO 9004-2015, se presentan en un gráfico, donde se muestra la puntuación obtenida en los once capítulos de la norma y el nivel esperado. En el caso de que un capítulo cuente con 2 o más preguntas, la puntuación se obtiene a partir de la media. Al obtener los diferentes gráficos (ver gráficos 5-8), donde se visualiza la brecha existente, se formulan una serie de propuestas encaradas hacia la consecución de la excelencia de manera sostenida.

7.2.1 Grado de madurez de la IPS 1 (sin certificación ISO 9001:2015). En la tabla 17 se muestra los aspectos considerados en la obtención del nivel de madurez del SGC en esta IPS y en el gráfico 4 se muestra el diagrama de radar, que representa el nivel de maduración y desempeño de la IPS, obtenidos tras la autoevaluación realizada en el 2021. El mismo ofrece un desglose de dicho nivel en función de los siete capítulos que contempla la norma, destacando un mayor nivel de madurez en el capítulo 9 de personas, y un nivel más bajo en los apartados de los capítulos 5 y 6.

Al analizar cada uno de los apartados, se obtuvo que el grado de madurez no supera el primer nivel, con una brecha muy amplia para llegar al nivel 5. Es un nivel básico con grandes oportunidades de mejora, pero necesita asegurar el cumplimiento de los requisitos de los clientes para afianzar su cuota de mercado. En este sentido, se recomienda considerar los escenarios necesarios para avanzar a los niveles superiores, a través del mejoramiento de políticas y estrategias.

Tabla 17. Medición de la madurez a través SGC ISO 9004:2018 en la IPS 1 (sin certificación ISO 9001:2015)

Capítulo 5. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
5.2	Partes interesadas pertinentes	1	Se determinan las partes interesadas, incluyendo sus necesidades y expectativas, y si los riesgos y oportunidades asociados son informales o ad hoc.	2,3,4,5
5.3	Cuestiones externas e internas.	1	Los procesos para determinar y tratar las cuestiones externas e internas son informales o ad hoc.	2,3,4,5
Capítulo 6. IDENTIDAD DE LA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
6.2	Misión, visión, valores y cultura.	1	Los procesos para determinar la identidad de la organización, junto con el establecimiento de la misión, la visión, los valores y la cultura, son informales o ad hoc.	2,3,4,5
Capítulo 7. LIDERAZGO		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
7.1	Liderazgo. Generalidades.	1	Procesos para definir, mantener y comunicar la visión, la misión y los valores del liderazgo, y para fomentar un ambiente interno en el que las personas participan y están comprometidas con el logro de los objetivos de la organización.	2,3,4,5
7.2	Política y estrategia.	1	Los procesos para determinar la política y la estrategia de la organización se llevan a cabo de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5

Tabla 17. (Continuación)

Capítulo 7. LIDERAZGO		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
7.3	Objetivos.	2	Se definen los procesos para determinar los objetivos, y los objetivos muestran alguna interrelación con la política y la estrategia. Los objetivos son cuantificables, cuando sea posible, pero no se comprenden con claridad. Se definen los procesos y las interacciones de los objetivos a corto y largo plazo con la política y la estrategia, incluyendo la capacidad de demostrar liderazgo y compromiso fuera de la organización.	3,4,5
7.4	Comunicación.	1	Los procesos para comunicar la política, la estrategia y los objetivos se llevan a cabo de manera informal o ad hoc	2,3,4,5
Capítulo 8: GESTION DE PROCESOS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
8.1	Gestión de los procesos. Generalidades.	1	Los procesos se gestionan de manera informal o ad hoc	2,3,4,5
8.2	Determinación de los procesos.	2	Se determinan los procesos clave, como los relativos a la satisfacción del cliente y las operaciones relacionadas con los productos y servicios. Las interacciones entre procesos no están bien determinadas.	3,4,5
8.3	Responsabilidad y autoridad relativas a los procesos.	1	Las responsabilidades relativas a los procesos se definen de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5
8.4.1	Gestionar la alineación/ vinculación entre los procesos	1	Los procesos se alinean y vinculan de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5
8.4.2	Alcanzar un mayor nivel de desempeño)	1	Los procesos y sus interacciones se mejoran de manera informal o ad hoc	2,3,4,5
8.4.3	Mantener el nivel alcanzado	1	Los procesos y sus interacciones se mejoran basándose en las políticas, la estrategia y los objetivos de la organización.	2,3,4,5

Tabla 17. (Continuación)

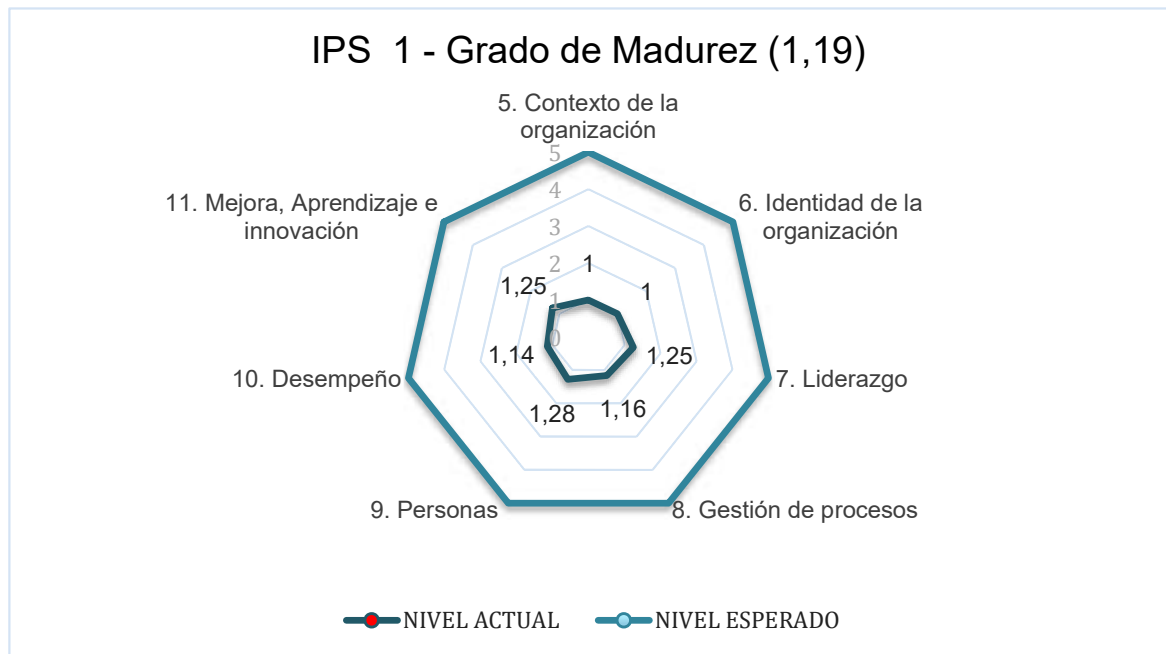
Capítulo 9: PERSONAS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
9.1	Gestión de los recursos. Generalidades	1	Los procesos para gestionar los recursos para apoyar la operación de una organización se desempeñan de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5
9.2	Personas	1	Las personas competentes, comprometidas, empoderadas y motivadas se consideran un recurso de manera informal o ad hoc. El desarrollo de competencias se proporciona de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5
9.3	Conocimiento de la organización	1	Los procesos para capturar el conocimiento base actual de la organización son informales o ad hoc. Los procesos para desarrollar el conocimiento de la organización son informales o ad hoc.	2,3,4,5
9.4	Tecnología	1	Los avances en la tecnología actual se hacen de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5
Capítulo 9: PERSONAS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
9.5	Infraestructura y ambiente de trabajo	2	Se dispone de algunos procesos para tratar las necesidades de infraestructura y ambiente de trabajo.	3,4,5
9.6	Recursos proporcionados externamente	2	Hay una comprensión limitada con respecto al valor de tener proveedores externos regulares que proporcionen un suministro uniforme.	3,4,5
9.7	Recursos naturales	1	No se gestionan los recursos naturales.	2,3,4,5
Capítulo 10. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE UNA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
10.1	Análisis y evaluación del desempeño de una organización. Generalidades	1	La necesidad de actualizar y comprender el contexto, las políticas, la estrategia y los objetivos de la organización se determina de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5

Tabla 17. (Continuación)

Capítulo 10. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE UNA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
10.2	Indicadores de desempeño	1	Sólo se utilizan los indicadores de desempeño básicos. Los datos no son siempre fiables.	2,3,4,5
10.3	Análisis del desempeño	2	Hay un análisis limitado del desempeño de la organización. Se utilizan herramientas estadísticas.	3,4,5
10.4	Evaluación del desempeño	1	El desempeño de la organización se evalúa de manera informal o ad hoc	2,3,4,5
10.5	Auditoría interna	1	Las auditorías internas se llevan a cabo de manera reactiva en respuesta a problemas, quejas de los clientes, etc. Los datos recopilados se utilizan para resolver problemas con los productos y servicios	2,3,4,5
10.6	Autoevaluación	1	La autoevaluación no está implementada.	2,3,4,5
10.7	Revisión	1	Hay un enfoque ad hoc para las revisiones. Cuando se realiza una revisión, a menudo es de manera reactiva.	2,3,4,5
Capítulo 11: MEJORA, APRENDIZAJE E INNOVACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
11.1	Mejora, aprendizaje e innovación. Generalidades	2	Se dispone de procesos básicos de mejora, incluyendo correcciones y acciones correctivas, basados en las quejas de las partes interesadas.	3,4,5
11.2	Mejora	1	Las actividades de mejora se realizan de manera informal o ad hoc. Se proporcionan los recursos necesarios para lograr la mejora.	2,3,4,5
11.3	Aprendizaje	1	Se aprenden algunas lecciones como resultado de las quejas. El aprendizaje es a nivel individual, sin compartir el conocimiento.	2,3,4,5
11.4	Innovación	1	Hay una innovación limitada. Se introducen nuevos productos y servicios sin planificar el proceso de innovación.	2,3,4,5
	PROMEDIO	1,19		2,3,4, 5

Fuente: elaboración propia

Gráfica 4. Elementos clave de autoevaluación IPS 1 (sin certificación ISO 9001:2015)



Fuente: elaboración propia.

7.2.2 Grado de madurez de la IPS 2 (sin certificación ISO 9001:2015). En la tabla 18 se muestra los aspectos considerados en la obtención del nivel de madurez del SGC en esta IPS y en el gráfico 5 se muestra el diagrama de radar realizado del estudio de autoevaluación de la IPS 2; arrojó que el grado de madurez y desempeño es bajo, ubicado en el primer nivel con 1,55. Esto implica que debe mejorarse los procesos hacia el cliente. No obstante, se evidenció un valor constante de 2 en todos los apartados del capítulo 11 referidos a la mejora, aprendizaje e innovación. Los resultados son muy semejantes a la IPS 1, se mantienen el nivel 1 en todos los capítulos, los valores más bajos se encuentran en los apartados de los capítulos 5 y 6 referidos al contexto e identidad de la organización.

Atendiendo estas consideraciones se recomienda, disminuir la brecha existente, considerando los escenarios superiores y mejorar las políticas y estrategias.

Tabla 18. Medición de la madurez a través SGC ISO 9004:2018 en la IPS 2 (sin certificación ISO 9001:2015).

Capítulo 5. ONTEXTO DE LA ORGANIZACION		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
5.2	Partes interesadas pertinentes	1	Se determinan las partes interesadas, incluyendo sus necesidades y expectativas, y si los riesgos y oportunidades asociados son informales o ad hoc.	2,3,4,5
5.3	Cuestiones externas e internas	1	Los procesos para determinar y tratar las cuestiones externas e internas son informales o ad hoc.	2,3,4,5
Capítulo 6. IDENTIDAD DE LA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
6.2	Misión, visión, valores y cultura	1	Los procesos para determinar la identidad de la organización, junto con el establecimiento de la misión, la visión, los valores y la cultura, son informales o ad hoc.	2,3,4,5
Capítulo 7. LIDERAZGO		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
7.1	Liderazgo. Generalidades	2	Sólo se determinan algunas interrelaciones entre liderazgo y compromiso, incluyendo el mantenimiento de una estructura organizacional competitiva, manteniendo la unidad de propósito y dirección, y el refuerzo de los valores y de las expectativas.	3,4,5
7.2	Política y estrategia	2	Se determinan la política y la estrategia, y el marco de trabajo básico de la estrategia.	3,4,5
7.3	Objetivos	2	Se definen los procesos para determinar los objetivos, éstos muestran alguna interrelación con la política y la estrategia. Los objetivos son cuantificables, cuando sea posible, pero no se comprenden con claridad. Se definen los procesos y las interacciones de los objetivos a corto y largo plazo con la política y la estrategia	3,4,5
7.4	Comunicación	1	Los procesos para comunicar la política, la estrategia y los objetivos se llevan a cabo de manera informal o ad hoc	2,3,4,5

Tabla 18. (Continuación)

Capítulo 8. GESTION DE PROCESOS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
8.1	Gestión de los procesos. Generalidades	2	Se gestionan los procesos (satisfacción del cliente y las operaciones relativas a los productos y servicios). La eficacia se mide individualmente, y se actúa sobre ella. Las interacciones entre procesos no están bien gestionadas	3,4,5
8.2	Determinación de los procesos	2	Se determinan los procesos clave, como los relativos a la satisfacción del cliente y las operaciones relacionadas con los productos y servicios. Interacciones entre procesos no están bien determinadas.	3,4,5
8.3	Responsabilidad y autoridad relativas a los procesos	2	Se designa un dueño del proceso para cada proceso. No se definen las competencias requeridas para las personas asociadas con los procesos individuales.	3,4,5
8.4.1	Gestionar la alineación/ vinculación entre los procesos	1	Los procesos se alinean y vinculan de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5
8.4.2	Alcanzar un mayor nivel de desempeño)	1	Los procesos y sus interacciones se mejoran de manera informal o ad hoc	2,3,4,5
8.4.3	Mantener el nivel alcanzado	1	Los procesos y sus interacciones se mejoran con base a la política, la estrategia y los objetivos	2,3,4,5

Tabla 18. (Continuación)

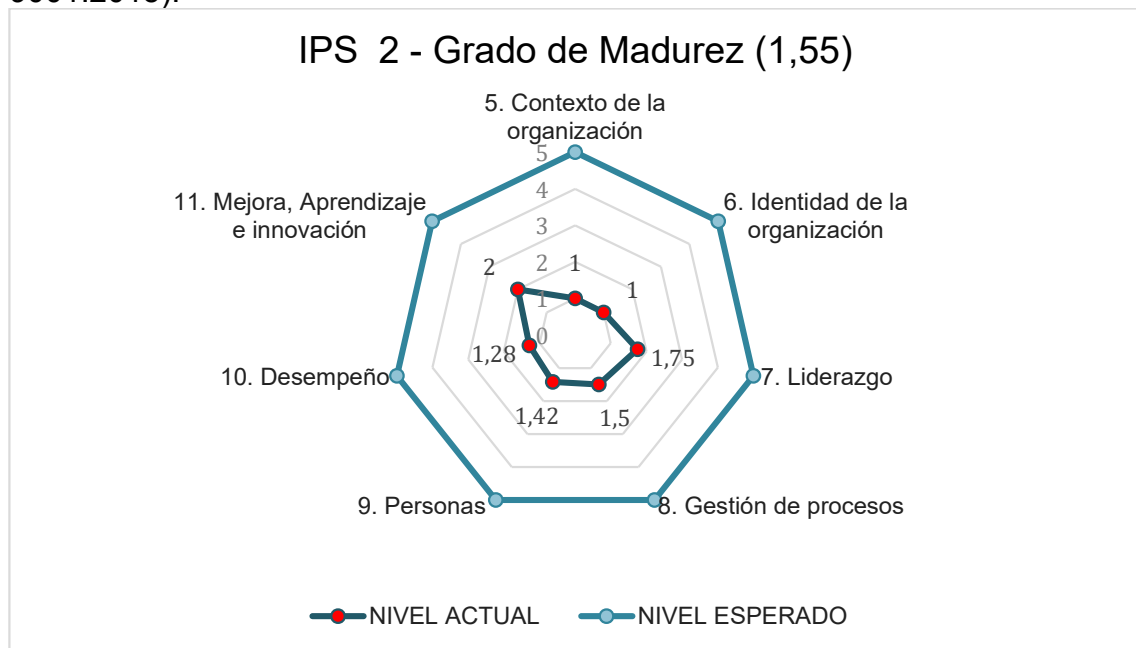
Capítulo 9. PERSONAS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
9.1	Gestión de los recursos. Generalidades	2	Se define (manera limitada) el apoyo para el uso eficaz y eficiente de los recursos. Enfoque básico para los riegos y las oportunidades, incluyendo los efectos de no tener los recursos suficientes de manera oportuna.	3,4,5
9.2	Personas	1	Las personas competentes, comprometidas, empoderadas y motivadas se consideran un recurso de manera informal o ad hoc. Así como el desarrollo de competencias	2,3,4,5
9.3	Conocimiento de la organización	1	Los procesos para capturar y desarrollar el conocimiento base actual de la organización son informales o ad hoc.	2,3,4,5
9.4	Tecnología	1	Los avances en la tecnología actual se hacen de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5
9.5	Infraestructura y ambiente de trabajo	2	Se dispone de algunos procesos que tratan las necesidades de infraestructura y ambiente de trabajo.	3,4,5
9.6	Recursos proporcionados externamente	2	Comprensión limitada con respecto al valor de tener proveedores externos regulares que proporcionen un suministro uniforme.	3,4,5
9.7	Recursos naturales	1	No se gestionan los recursos naturales.	2,3,4,5
Capítulo 10. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE UNA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
10.1	Análisis y evaluación del desempeño de una organización. Generalidades	1	La necesidad de actualizar y comprender el contexto, las políticas, la estrategia y los objetivos de la organización se determina de manera informal o ad hoc.	2,3,4,5
10.2	Indicadores de desempeño	1	Sólo se utilizan los indicadores de desempeño básicos. Los datos no son siempre fiables.	2,3,4,5

Tabla 18. (Continuación)

Capítulo 10. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE UNA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
10.3	Análisis del desempeño	2	Hay un análisis limitado del desempeño de la organización. Se utilizan algunas herramientas estadísticas básicas.	3,4,5
10.4	Evaluación del desempeño	1	El desempeño de la organización se evalúa de manera informal o ad hoc	2,3,4,5
10.5	Auditoría interna	2	Se realizan auditorías internas de los procesos clave de manera regular. Los datos recopilados se utilizan sistemáticamente para revisar la gestión de los procesos.	3,4,5
10.6	Autoevaluación	1	La autoevaluación no está implementada.	2,3,4,5
10.7	Revisión	1	Hay un enfoque ad hoc para las revisiones. Cuando se realiza una revisión, a menudo es de manera reactiva.	2,3,4,5
Capítulo 11. MEJORA, APRENDIZAJE E INNOVACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
11.1	Mejora, aprendizaje e innovación. Generalidades	2	Se dispone de procesos básicos de mejora, incluyendo correcciones y acciones correctivas, basados en las quejas de las partes interesadas.	3,4,5
11.2	Mejora	2	Se proporcionan objetivos para la mejora de productos o servicios y procesos. Se aplica de manera uniforme un enfoque estructurado.	3,4,5
11.3	Aprendizaje	2	El aprendizaje se genera de manera reactiva del análisis sistemático de los problemas y de otra información. Existen procesos para compartir la información.	3,4,5
11.4	Innovación	2	Las actividades de innovación están basadas en datos relacionados con las necesidades y expectativas de las partes interesadas	3,4,5
PROMEDIO		1,55		2,3,4, 5

Fuente: elaboración propia

Gráfica 5. Elementos clave de autoevaluación IPS 2 (sin certificación ISO 9001:2015).



Fuente: elaboración propia.

7.2.3 Grado de madurez de la IPS 3 (con certificación ISO 9001:2015). En la tabla 19 y gráfico 6 se muestra que el grado de madurez de la IPS 3 es de 4,06, se acerca al desempeño de la excelencia; presenta evidente uso de los procesos de mejora. Buenos resultados y tendencia mantenida hacia la mejora. El proceso es eficaz y eficiente. Existe un sistema integrado de calidad del medio ambiente y de la seguridad laboral.

La identidad de la organización obtuvo el nivel más alto, y los apartados del Capítulo 11 referidos a la mejora, aprendizaje e innovación destacan con el resto con un nivel bajo de 2,75. No obstante, para superar la brecha de este capítulo se deben presentar objetivos estratégicos e implantación de las acciones de mejora.

Tabla 19. Medición de la madurez a través SGC ISO 9004:2018 en la IPS 3 (con certificación ISO 9001:2015)

Capítulo 5. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
5.2	Partes interesadas pertinentes	4	Se establecen procesos para evaluar la pertinencia de las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes, y se usan para determinar cuáles es necesario tratar. Se tratan y se revisan las necesidades y expectativas de las partes interesadas clave, de manera tal, que en algunas de estas relaciones existentes se evidencie mejora del desempeño, entendimiento común de los objetivos y valores y una mayor estabilidad.	5
5.3	Cuestiones externas e internas	5	Se establecen, implementan y mantienen procesos para hacer el seguimiento, la revisión y la evaluación continuos de las cuestiones externas e internas, actuándose sobre las acciones que surgen de este proceso.	
Capítulo 6. IDENTIDAD DE LA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
6.2	Misión, visión, valores y cultura	4	La cultura de la organización está alineada con su misión, su visión y sus valores. Se implementa y mantiene una comprensión claramente definida de la cultura actual, junto con un proceso para considerar la necesidad de cambios en dicha cultura. La dirección estratégica de la organización y su política están alineadas con su misión, su visión, sus valores y su cultura. Los cambios en cualesquiera de estos elementos de identidad se comunican dentro de la organización y a sus partes interesadas, según sea apropiado	5

Tabla 19. (Continuación)

Capítulo 7. LIDERAZGO		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
7.1	Liderazgo. Generalidades	3	Se tienen en cuenta los procesos y las interacciones de las actividades relacionadas con la identidad de la organización, sus aspectos culturales, la provisión de recursos, la formación, la autoridad para actuar y los factores de comportamiento. Se establece una estructura organizacional competitiva y una unidad de propósito. Se establecen y comunican los valores y las expectativas. Se define el desarrollo del liderazgo. Se actúa sobre los procesos para mantener la cultura y promover la rendición de cuentas. Se incluye en la determinación de los procesos el mantenimiento de la estructura organizacional y de la unidad de propósito en relación con el contexto de la organización, reforzando los valores y las expectativas personalmente y/o regularmente.	4,5
7.2	Política y estrategia	4	Se determinan sistemáticamente los procesos y sus interacciones para asegurarse de que la política y la estrategia proporcionan un marco de trabajo completo para la gestión de los procesos, para apoyar el despliegue y facilitar los cambios, así como para tener en cuenta de manera eficaz los aspectos y factores aplicables.	3,4,5
7.3	Objetivos	5	Los objetivos a corto y largo plazo son cuantificables, se comprenden con claridad, se despliegan y se actualizan para mantener la relación con la política y la estrategia, de manera que el liderazgo y el compromiso de la alta dirección se demuestran tanto internamente como fuera de la organización.	3,4,5

Tabla 19. (Continuación)

Capítulo 7. LIDERAZGO		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
7.4	Comunicación	4	El proceso de comunicación facilita sistemáticamente la comunicación relativa a la política, la estrategia y los objetivos a todas las partes interesadas pertinentes, apoyando el éxito sostenido de la organización, a la vez que tiene en cuenta la necesidad de desplegar la comunicación cuando se realizan cambios. Los métodos de comunicación muestran una relación directa con el contexto de la organización y el mecanismo de retroalimentación está bien definido y se ha desplegado eficazmente	2,3,4,5
Capítulo 8. GESTION DE PROCESOS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
8.1	Gestión de los procesos. Generalidades	4	La gestión de procesos está integrada con el despliegue de la política, la estrategia y los objetivos de la organización. La eficacia y la eficiencia de los procesos y de sus interacciones se revisan y mejoran sistemáticamente. El desempeño de los procesos ha superado al de las organizaciones promedio en el sector en el que la organización opera.	5
8.2	Determinación de los procesos	5	Los procesos y sus interacciones se determinan y se cambian de manera flexible de acuerdo con las políticas, la estrategia y los objetivos de la organización.	
8.3	Responsabilidad y autoridad relativas a los procesos	5	Las responsabilidades, autoridades y roles de los dueños de los procesos se reconocen en toda la organización. Las responsabilidades y autoridades relativas a las interacciones entre procesos están bien definidas. Las personas asociadas con los procesos individuales tienen las competencias suficientes para las tareas y actividades involucradas.	

Tabla 19. (Continuación)

Capítulo 8. GESTION DE PROCESOS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
8.4.1	Gestionar la alineación/vinculación entre los procesos	4	Los procesos se alinean y vinculan de manera informal o ad hoc.	5
8.4.2	Alcanzar un mayor nivel de desempeño)	4	Los procesos y sus interacciones se mejoran de manera informal o ad hoc	5
8.4.3	Mantener el nivel alcanzado	4	Los procesos y sus interacciones se mejoran basándose en las políticas, la estrategia y los objetivos de la organización.	5
Capítulo 9. PERSONAS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
9.1	Gestión de los recursos. Generalidades	5	El uso de recursos proporcionados externamente muestra una mejora continua. Hay iniciativas conjuntas con los proveedores externos para evaluar e incorporar mejoras y promover innovaciones en el uso de los recursos	
9.2	Personas	4	La información, el conocimiento y la experiencia se comparten para proporcionar crecimiento personal. El aprendizaje, la transferencia de conocimiento y el trabajo en equipo dentro de la organización son evidentes. Se proporciona desarrollo de competencias para desarrollar habilidades para la creatividad y la mejora. El plan de carrera está bien desarrollado	5
9.3	Conocimiento de la organización	4	Existen procesos para recopilar y analizar los datos competitivos. Se dispone de procesos para evaluar el conocimiento del personal sobre el conocimiento pertinente de la organización. Existen métodos para que los dueños de los procesos evalúen las competencias del uso de los procesos. Se dispone de métodos para determinar y comunicar los roles de los dueños de los procesos al gestionar al personal.	5

Tabla 19. (Continuación)

Capítulo 9. PERSONAS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
9.4	Tecnología	3	Se dispone de procesos para evaluar los beneficios, los riesgos y las oportunidades y la comerciabilidad de las innovaciones y las tecnologías emergentes identificadas	4,5
9.5	Infraestructura y ambiente de trabajo	4	Se dispone de procesos que implementan técnicas avanzadas para mejorar el desempeño y asegurar la máxima eficiencia en el uso de los recursos de la infraestructura y del ambiente de trabajo.	5
9.6	Recursos proporcionados externamente	3	Hay una buena relación de trabajo entre las dos organizaciones, con comunicaciones regulares sobre temas relacionados con el producto o servicio relacionado.	4,5
9.7	Recursos naturales	3	La gestión de los recursos naturales está alineada dentro de la estrategia del sistema de gestión de la organización. Hay alguna evidencia de mejorar el uso actual y de minimizar el impacto potencial del uso de los recursos naturales	4,5
Capítulo 10. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE UNA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
10.1	Análisis y evaluación del desempeño de una organización. Generalidades	4	La necesidad de actualizar y comprender el contexto, las políticas, la estrategia y los objetivos de la organización se determina basándose en análisis y revisiones completos de la información disponible.	5
10.2	Indicadores de desempeño	4	Se seleccionan sistemáticamente KPI medibles para hacer el seguimiento del progreso en el logro de los resultados planificados Los KPI medibles proporcionan información que es precisa, fiable y usable, a fin de implementar planes de acción cuando el desempeño no es conforme con los objetivos, o para mejorar e innovar la eficiencia y la eficacia de un proceso.	5

Tabla 19. (Continuación)

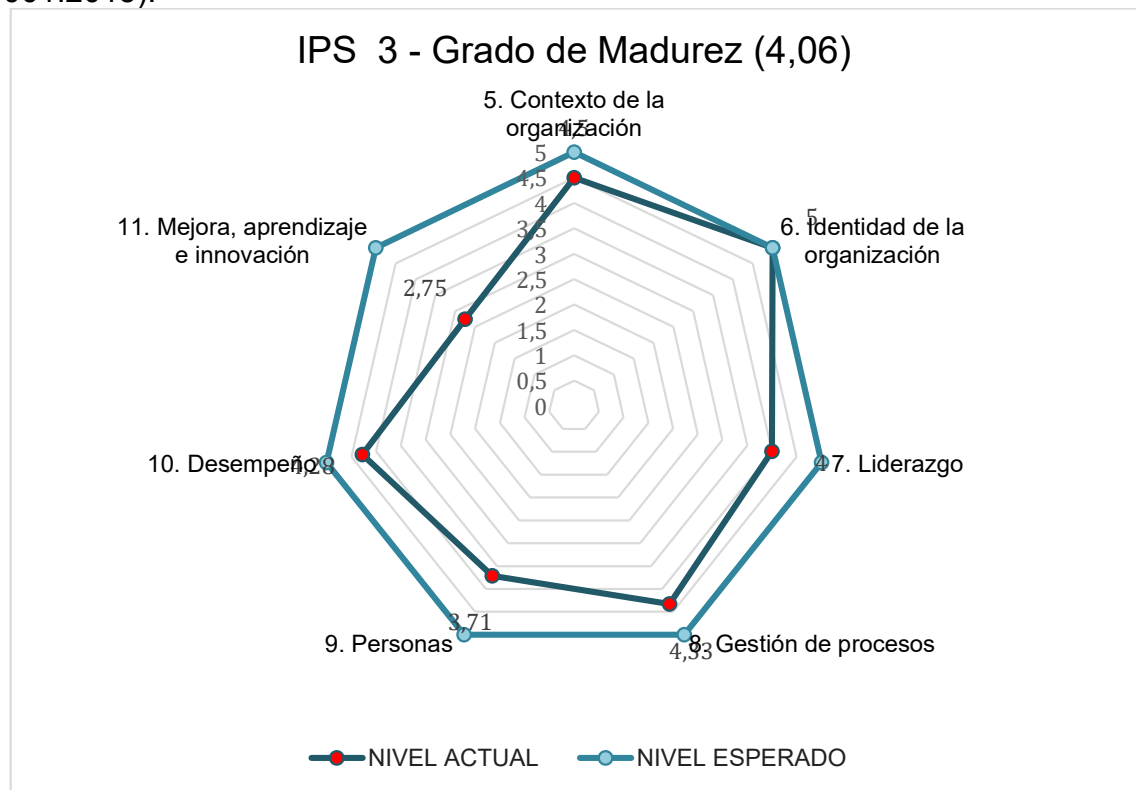
Capítulo 10. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE UNA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
10.3	Análisis del desempeño	4	Se analiza el desempeño de la organización, identificando recursos insuficientes; competencias y conocimiento de la organización insuficiente o ineficaz y comportamientos inapropiados. Se determinan las necesidades de nuevo conocimiento de la organización; - se identifican los procesos y actividades que muestran un desempeño destacado y que podrían usarse como modelo para mejorar otros procesos. La eficacia del proceso de análisis se aumenta compartiendo los resultados del análisis con las partes interesadas.	5
10.4	Evaluación del desempeño	4	El desempeño de la organización se evalúa desde el punto de vista de las necesidades y expectativas de todas las partes interesadas	5
10.5	Auditoría interna	4	Los problemas, las no conformidades y los riesgos identificados se analizan exhaustivamente para determinar debilidades en el sistema de gestión. La auditoría interna se centra en la identificación de buenas prácticas, así como en las oportunidades de mejora.	5
10.6	Autoevaluación	5	Los resultados de la autoevaluación se comunican a las personas pertinentes en la organización y se utilizan para compartir la comprensión sobre la organización y su dirección futura.	
10.7	Revisión	5	Se utilizan revisiones sistemáticas para identificar las oportunidades para la mejora, el aprendizaje y la innovación de las actividades de liderazgo de la organización.	

Tabla 19. (Continuación)

Capítulo 11. MEJORA, APRENDIZAJE E INNOVACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
11.1	Mejora, aprendizaje e innovación. Generalidades	4	Se implementan procesos para hacer el seguimiento continuado de las cuestiones externas e internas que podrían conducir a mejoras, aprendizaje e innovación, que están alineados con las metas estratégicas.	5
11.2	Mejora	4	Las mejoras y la innovación tienen como resultado el aprendizaje y mejoras adicionales	5
11.3	Aprendizaje	4	El aprendizaje se trata en la estrategia y en las políticas. El aprendizaje se reconoce como un tema clave. La alta dirección estimula la formación de redes, la conectividad y la interactividad para compartir conocimiento	5
11.4	Innovación	3	Los procesos de innovación para los nuevos productos y servicios son capaces de identificar los cambios en las cuestiones externas e internas, a fin de planificar las innovaciones. Se tienen en consideración los riesgos asociados con las innovaciones planificadas. La organización apoya las iniciativas de innovación con los recursos necesarios.	4,5
	PROMEDIO	4,06		5

Fuente: elaboración propia

Gráfica 6. Elementos clave de autoevaluación IPS 3 (con certificación ISO 9001:2015).



Fuente: elaboración propia

Con relación a las recomendaciones para superar la brecha del capítulo 11 se recomienda seguir las siguientes estrategias: a) mejoras a partir de acciones correctivas y preventivas, b) auditorías internas de calidad, ya que son fuente de ideas para la mejora, a través de desviaciones o no conformidades detectadas, lo que supone un cierto grado de sistematización de la mejora y de definición de responsabilidades en este campo y c) oportunidad de mejorar, a través de la revelación de problemas. Para alcanzar el nivel de excelencia se recomienda, medir el rendimiento de los procesos y las funciones más importantes dentro de la empresa a través del benchmarking, dichos indicadores sirven como un estándar de éxito para continuar progresando.

7.2.4 Grado de madurez de la IPS 4 (con certificación ISO 9001:2015). En la tabla 20 y gráfico 7 se muestra que los apartados de los capítulos de la IPS se encuentran en el nivel 3 de desempeño, es decir, se obtiene los mínimos datos disponibles sobre los resultados en las áreas de mejora, sin embargo, se evidencia leve existencia de mejora, basada en la sistematización de los procesos.

Los puntos fuertes de la organización de la IPS están en los apartados del capítulo 6, referido a la misión y objetivos de la empresa; mientras que, los apartados del capítulo 11, referido a la mejora, aprendizaje e innovación de la organización, presentan la brecha más alta para llegar a la excelencia. Sobre las recomendaciones para superar la brecha del capítulo 11 se recomienda seguir las mismas estrategias recomendadas para la IPS 3 respecto a esta misma brecha.

El nivel de madurez de la IPS 4, es de 3,06 con las siguientes características: Un correcto enfoque basado en procesos, etapa temprana de mejoras sistemáticas, las actividades se revisan y se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de datos y existe un despliegue de objetivos y un cuadro de mando

Tabla 20. Medición de la madurez a través SGC ISO 9004:2018 en la IPS 4 (con certificación ISO 9001:2015).

Capítulo 5.CONTEXTO DE LA ORGANIZACION		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
5.2	Partes interesadas pertinentes	4	Se establecen procesos para evaluar la pertinencia de las necesidades y expectativas de las partes interesadas pertinentes, y se usan para determinar cuál es necesario tratar. Se tratan y se revisan las necesidades y expectativas de las partes interesadas clave, de manera tal, que en algunas de estas relaciones existentes se evidencie mejora del desempeño, entendimiento común de los objetivos y valores y una mayor estabilidad.	5
5.3	Cuestiones externas e internas		Se identifican los procesos para determinar las cuestiones internas y externas que pueden afectar a la capacidad de la organización de lograr el éxito sostenido.	4,5

Tabla 20. (Continuación)

Capítulo 6. IDENTIDAD DE LA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
6.2	Misión, visión, valores y cultura	4	Se implementa y mantiene una comprensión claramente definida de la cultura actual, junto con un proceso para considerar la necesidad de cambios en dicha cultura. La dirección estratégica de la organización y su política están alineadas con su misión, visión, valores y su cultura. Los cambios en cualesquiera de estos elementos de identidad se comunican dentro de la organización y a sus partes interesadas, según sea apropiado	5
Capítulo 7. LIDERAZGO		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
7.1	Liderazgo. Generalidades	4	Se determinan sistemáticamente los procesos y sus interacciones de tal manera que las salidas y los resultados sean concisos y generen un ambiente interno en el que las personas participan y están comprometidas con el logro de los objetivos de la organización, y de manera que se fomente la comprensión y se apoye la capacidad de la organización para lograr el éxito sostenido. Al determinar los procesos se considera los factores pertinentes y sus interrelaciones	5
7.2	Política y estrategia	3	Se definen los procesos y las interacciones relacionadas con la política y la estrategia, para tratar todos los aspectos, modelos y factores aplicables. Se determinan la identidad de la organización, el contexto de la organización y la perspectiva a largo plazo, un perfil competitivo y una consideración de los factores competitivos. La alta dirección revisa las decisiones sobre la política y la estrategia para lograr la idoneidad continua, y las cambia según se considere necesario.	4,5

Tabla 20. (Continuación)

Capítulo 7. LIDERAZGO		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
7.3	Objetivos	3	Se dispone de procesos para definir, mantener y desplegar los objetivos, incluyendo la relación con la política y la estrategia, y se mantienen, incluyendo la necesidad de establecer objetivos claramente comprensibles y cuantificables a corto y largo plazo que además demuestra el liderazgo y el compromiso fuera de la organización. Se definen los objetivos a corto y largo plazo, y la relación con la política y la estrategia es evidente.	4,5
7.4	Comunicación	3	Se definen los procesos de comunicación, que facilitan la comunicación significativa, oportuna y continúa a medida de las distintas necesidades de los receptores en lo que respecta a la política, la estrategia y los objetivos pertinentes. Se dispone de un mecanismo de retroalimentación que incorpora provisiones para tratar de manera proactiva los cambios en el contexto de la organización.	2,3,4,5
Capítulo 8. GESTION DE PROCESOS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
8.1	Gestión de los procesos. Generalidades	3	Los procesos y sus interacciones se gestionan como un sistema. Los conflictos de las interacciones entre procesos se identifican y se resuelven de manera sistemática. Los procesos entregan resultados predecibles. El desempeño de los procesos ha alcanzado al de las organizaciones promedio en el sector en el que la organización opera.	5
8.2	Determinación de los procesos	3	Los procesos y sus interacciones se determinan para tratar no sólo las operaciones relacionadas con los productos y servicios, la provisión de recursos y las actividades de gestión. Las necesidades y expectativas de las partes interesadas identificadas se utilizan como entradas para la determinación de procesos.	

Tabla 20. (Continuación)

Capítulo 8. GESTION DE PROCESOS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
8.3	Responsabilidad y autoridad relativas a los procesos	3	Para cada proceso, se designa un dueño del proceso que tiene definidas las responsabilidades y autoridades para establecer, mantener, controlar y mejorar el proceso. Existe una política para evitar y resolver las disputas potenciales en la gestión de los procesos. Se definen las competencias requeridas para los dueños de los procesos.	
8.4.1	Gestionar la alineación/vinculación entre los procesos	4	Los procesos se alinean y vinculan de manera informal o ad hoc.	5
8.4.2	Alcanzar un mayor nivel de desempeño)	3	Los procesos y sus interacciones se mejoran basándose en las políticas, la estrategia y los objetivos de la organización. El logro de los objetivos para la mejora de los procesos y de sus interacciones se revisa de manera regular.	4,5
8.4.3	Mantener el nivel alcanzado	3	Se determinan procedimientos para cada proceso, incluyendo los criterios para sus salidas y sus condiciones operacionales. Se tienen en cuenta la educación y la formación. Los directores toman las acciones correctivas necesarias cuando no se siguen los procedimientos. Se ponen a disposición los recursos necesarios para que las personas sigan los procedimientos. Seguimiento regular de los procesos.	4,5
9.1	Gestión de los recursos. Generalidades	4	La organización confirma la accesibilidad de los recursos proporcionados externamente y anima a los proveedores externos a implementar mejoras en el uso eficiente y eficaz de los recursos. Se dispone de un proceso de planificación estratégica para la obtención y la asignación de los recursos, alineado con los objetivos de la organización a fin de lograr un desempeño eficaz y eficiente que apoye el éxito sostenido.	5

Tabla 20. (Continuación)

Capítulo 9. PERSONAS		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
9.2	Personas	2	Se implementan procesos para atraer personas competentes, comprometidas, empoderadas y motivadas. Los procesos para determinar, desarrollar, evaluar y mejorar los recursos son evidentes en algunos casos.	3,4,5
9.3	Conocimiento de la organización	2	Se dispone de algunos procesos para mantener y proteger el conocimiento documentado de la organización.	3,4,5
9.4	Tecnología	2	Algunos procesos para identificar las últimas innovaciones y desarrollos tecnológicos existen dentro de la organización o en los sectores con los que se relaciona directa o indirectamente.	3,4,5
9.5	Infraestructura y ambiente de trabajo	3	Se dispone de procesos que tratan los riesgos y las oportunidades aplicables y que implementan actividades para la determinación, asignación, provisión, medición o seguimiento, mejora, mantenimiento y protección de la infraestructura y del ambiente de trabajo.	5
9.6	Recursos proporcionados externamente	4	La alta dirección está comprometida a desarrollar una relación cercana con los proveedores externos, con acciones para desarrollarla al nivel de la gestión intermedia, donde se lleva a cabo la cooperación cercana. Se lleva a cabo alguna coordinación de proyecto según se corresponda con procesos específicos de la realización del producto.	3,4,5
9.7	Recursos naturales	4	La organización reconoce su responsabilidad con la sociedad por la gestión de los recursos naturales. La organización ha implementado algunas de las mejores prácticas en su aplicación actual de los recursos naturales.	5

Tabla 20. (Continuación)

Capítulo 10. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE UNA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
10.1	Análisis y evaluación del desempeño de una organización. Generalidades	3	Se recopila la información disponible para actualizar y comprender el contexto, las políticas, la estrategia y los objetivos de la organización de manera planificada	4,5
10.2	Indicadores de desempeño	2	Hay un conjunto limitado de indicadores de desempeño relacionados con las políticas, la estrategia y los objetivos y los procesos principales de la organización. Los indicadores de desempeño se basan principalmente en el uso de datos internos. Las decisiones se apoyan parcialmente en indicadores clave de desempeño (KPI).	3,4,5
10.3	Análisis del desempeño	3	Se analiza el desempeño de la organización para identificar temas y oportunidades potenciales. El amplio uso de herramientas estadísticas apoya un proceso de análisis sistemático	4,5
10.4	Evaluación del desempeño	3	Los resultados logrados sobre el desempeño de la organización se evalúan frente a los objetivos aplicables. El desempeño de la organización se evalúa desde el punto de vista de las necesidades y expectativas de los clientes. El desempeño de la organización se evalúa usando comparaciones con estudios comparativos establecidos o acordados.	4,5
10.5	Auditoría interna	4	Los problemas, las no conformidades y los riesgos identificados se analizan exhaustivamente para determinar debilidades en el sistema de gestión. La auditoría interna se centra en la identificación de buenas prácticas así como en las oportunidades de mejora.	5

Tabla 20. (Continuación)

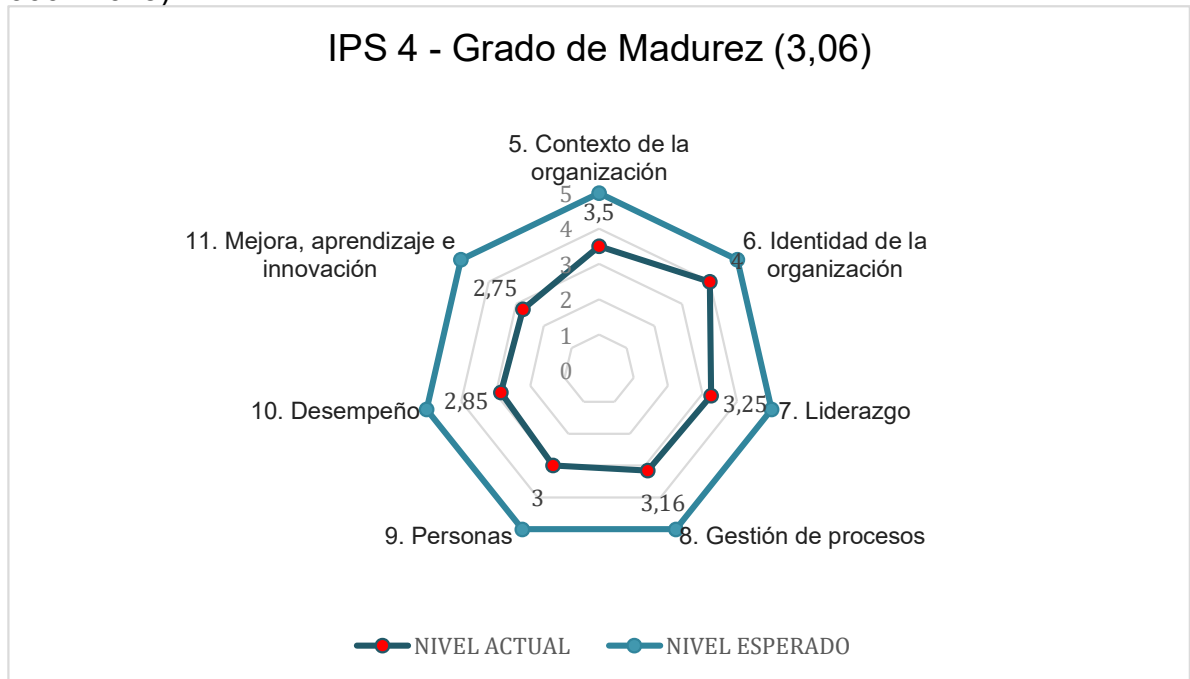
Capítulo 10. ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE UNA ORGANIZACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
10.6	Autoevaluación	2	La autoevaluación es limitada, informal o ad hoc.	3,4,5
10.7	Revisión	3	Se llevan a cabo revisiones sistemáticas a intervalos planificados y periódicos de los KPI medibles y de los objetivos relacionados. Se determina las tendencias y el progreso de la organización hacia el logro de sus políticas, su estrategia y sus objetivos. Cuando se identifican tendencias adversas, se actúa sobre ellas. Las revisiones permiten la toma de decisiones basadas en evidencias.	4,5
Capítulo 11. MEJORA, APRENDIZAJE E INNOVACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
11.1	Mejora, aprendizaje e innovación. Generalidades	3	Los esfuerzos de mejora, aprendizaje e innovación pueden demostrarse en la mayoría de los productos y algunos procesos clave.	4,5
11.2	Mejora	3	El foco de los procesos de mejora está alineado con la estrategia y los objetivos, y la alta dirección está visiblemente involucrada en las actividades de mejora. Se dispone de esquemas para empoderar a los equipos y a los individuos para generar estratégicamente mejoras pertinentes. Los procesos de mejora continua incluyen a las partes interesantes.	4,5
11.3	Aprendizaje	3	La alta dirección apoya iniciativas para el aprendizaje y lidera con el ejemplo. Actividades planificadas, para compartir la información. Se implementan procesos para determinar las brechas de conocimiento y para proporcionar los recursos necesarios para que suceda el aprendizaje. Se dispone de sistemas para reconocer los resultados positivos.	4,5

Tabla 20. (Continuación)

Capítulo 11. MEJORA, APRENDIZAJE E INNOVACIÓN		Nivel actual	Elementos	Brecha existente
11.4	Innovación	2	Las actividades de innovación están basadas en datos relacionados con las necesidades y expectativas de las partes interesada	3,4,5
PROMEDIO		3,06		4 y 5

Fuente: elaboración propia

Gráfica 7. Elementos clave de autoevaluación IPS 4 (con certificación ISO 9001:2015).



Fuente: elaboración propia

7.3. GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE MINSALUD

A los efectos de revisar el grado de cumplimiento de los requisitos normativos establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, entre instituciones con un SGC certificado y no certificado, se utilizó el instrumento de verificación de Condiciones de Habilitación según la Resolución 3100 de 2019. Obtenido los últimos informes del ente territorial de las distintas IPS, en la tabla 21 se observa la valoración cuantitativa asignada a los riesgos cualitativos de la IPS 1.

La IPS 1 no cumple con tres estándares de habilitación, descritos en MINSALUD (2021), estos son:

- a) La infraestructura: son las condiciones mínimas e indispensables de las áreas y ambientes de una edificación y su mantenimiento, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.
- b) Con relación a los procesos prioritarios: no están documentados los principales procesos asistenciales, guías clínicas internas o definidas por normas legales. La documentación no incluye acciones para divulgar su contenido entre los responsables de su ejecución y para controlar su cumplimiento.
- c) Las Condiciones técnicas administrativas: los estándares que aquí se consideran, van ligados a las condiciones propias de la organización. Son parámetros de tipo administrativo que deben garantizarse para que el servicio cuente con el debido respaldo, e incluye lo relativo a la existencia y representación legal, el sistema contable y estados financieros, ajustados a las disposiciones legales en la materia.

Tabla 21. Verificación de los estándares de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 de la IPS 1 (sin certificación ISO 9001:2015).

ESTANDARES DE VALORACION	IPS 1	Valoración cuantitativa
CERTIFICADO ISO 9001	No	
TALENTO HUMANO	Cumple	100
INFRAESTRUCTURA	No cumple	0
DOTACIÓN	Cumple	100
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS	Cumple	100
PROCESOS PRIORITARIOS	No cumple	0
HISTORIA CLINICA	Cumple	100
INTERDEPENDENCIA	No aplica	
CONDICIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS	No cumple	0
SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA	Cumple	100
RIESGO MODERADO		62,5

Fuente: elaboración propia.

En las tablas 22 y 23 se observa la valoración cuantitativa de los estándares de habilitación de las IPS 2 y 3.

Tabla 22. Verificación de los estándares de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 de la IPS 2 (sin certificación 9001:2015).

PRESTADOR	IPS 2	Valoración cuantitativa
CERTIFICADO ISO 9001	No	
TALENTO HUMANO	Cumple	100
INFRAESTRUCTURA	Cumple	100
DOTACIÓN	Cumple	100
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS	Cumple	100
PROCESOS PRIORITARIOS	Cumple	100
HISTORIA CLINICA	Cumple	100
INTERDEPENDENCIA	Cumple	100
CONDICIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS	Cumple	100
SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA	Cumple	100
RIESGO: NINGUNO (cumple con todos los estándares)		100

Fuente: elaboración propia.

Tabla 23. Verificación de los estándares de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 de la IPS 3 (con certificación 9001:2015).

PRESTADOR	IPS 3	Valoración cuantitativa
CERTIFICADO ISO 9001	Si	
TALENTO HUMANO	Cumple	100
INFRAESTRUCTURA	Cumple	100
DOTACIÓN	Cumple	100
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS	Cumple	100
PROCESOS PRIORITARIOS	Cumple	100
HISTORIA CLINICA	Cumple	100
INTERDEPENDENCIA	Cumple	100
CONDICIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS	Cumple	100
SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA	Cumple	100
RIESGO: NINGUNO (cumple con todos los estándares)		100

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 24 se visualizan los cinco estándares de valoración descritos en MINSALUD (2021) que no cumple la IPS 4.

- a) La infraestructura: son las condiciones mínimas e indispensables de las áreas y ambientes de una edificación y su mantenimiento, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.

- b) Dotación: no presenta las condiciones mínimas e indispensables que garantizan los equipos biomédicos necesarios, así como sus mantenimientos, para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.
- c) Procesos prioritarios, se refiere a la existencia obligatoria y socialización de los principales procesos asistenciales que condicionan directamente la prestación con el menor riesgo posible en los servicios de salud.
- d) Medicamentos, dispositivos e insumos, no presenta las condiciones mínimas e indispensables de procesos que garantizan las condiciones de almacenamiento, trazabilidad, y seguimiento al uso de medicamentos, componentes anatómicos, dispositivos médicos, reactivos de diagnóstico in vitro; así como de los demás insumos asistenciales que utilice el prestador para la prestación de los servicios de salud con el menor riesgo posible.
- e) Historia Clínica: la resolución establece generalidades y características que son de obligatorio cumplimiento, destacando como principales principios de la historia clínica, la integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad. La inobservancia puede dar lugar al cierre de los servicios o a la negación de la habilitación para la prestación de estos.

Tabla 24. Verificación de los estándares de habilitación según la Resolución 3100 de 2019 de la IPS 4 (con certificación 9001:2015).

PRESTADOR	IPS 4	Valoración cuantitativa
CERTIFICADO ISO 9001	Si	
TALENTO HUMANO	Cumple	100
INFRAESTRUCTURA	No cumple	0
DOTACIÓN	No cumple	0
MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS E INSUMOS	No cumple	0
PROCESOS PRIORITARIOS	No cumple	0
HISTORIA CLINICA	No cumple	0
INTERDEPENDENCIA	No aplica	
CONDICIONES TECNICO ADMINISTRATIVAS	Cumple	100
SUFICIENCIA PATRIMONIAL Y FINANCIERA	Cumple	100
RIESGO MODERADO ALTO		37,5

Fuente: elaboración propia.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La medición en la calidad de servicios de salud es motivo de interés de muchas instituciones de salud a nivel mundial, ya que es parte fundamental de los servicios que se le brindan al paciente. Por esto, la participación del usuario resulta determinante para establecer procesos de mejoramiento y mediciones acerca de la calidad percibida en los servicios de salud. Durante la revisión bibliográfica realizada se encontraron estudios que validaron y aplicaron la escala SERVQUAL en el ámbito de la salud.

Los comentarios surgidos a la vista de los resultados servirán para presentar las principales conclusiones. Es importante, señalar que a lo largo de este estudio se han planteado nuevos interrogantes, que van a quedar fuera del alcance de la presente tesis, con lo cual queda abierta un abanico de posibilidades para futuras investigaciones relacionadas.

8.1. CONTRASTE CON LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La certificación de calidad ISO 9001, ofrece una serie de normas estandarizadas que deben cumplir las organizaciones, con el objetivo de brindar un servicio de calidad y garantizar mejoras constantes. En el caso de las IPS certificadas, esta norma les permite formalizar los procesos y mantenerlos en orden, al unificar criterios estándares para llevar a cabo cada uno de los trabajos, permitiendo la mejora constante.

Bajo esta perspectiva, cuando se inició esta tesis, se formuló la siguiente interrogante: Cómo evaluar el efecto de la implementación del sistema de gestión de la calidad (Norma ISO 9001:2015) en el nivel de calidad de los servicios de las instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Villavicencio, considerando la percepción de los usuarios, el cumplimiento de requisitos legales y la satisfacción de las partes interesadas?

Para validar la formulación del problema, se determinó en primer lugar, si la certificación ISO 9001:2015 en los prestadores de salud, era una condición sine qua non en la gestión de calidad. En este sentido, se identificaron que las IPS 3 y 4, estaban certificadas mientras que las IPS 1 y 2, no lo estaban.

Consecutivamente, se determinó que esta evaluación se podía realizar mediante una comparación de los resultados obtenidos de la aplicación de tres instrumentos:

SERVQUAL, Instrumento de autoevaluación de la ISO 9004:2018 y validación de estándares de habilitación) en las cuatro instituciones prestadoras de salud (IPS), identificando en una columna, aquellas prestadoras que tenían certificado ISO 9001:2015 y aquellas que no estaban certificadas (tabla 25).

Tabla 25. Resultados de los tres instrumentos en las IPS con certificación y sin certificación IPS 9001:2015

IPS	Certificación	G. Satisfacción		Gestión de calidad		Validación de estándares	
	ISO 9001:2015	SERVQUAL		ISO 9004:2018		Resolución 3100:2019	
IPS 1	no	0,9	Insatisfecho	1,19	Sin aproximación formal	62,5	Riesgo moderado
IPS 2	no	3,8	satisfecho	1,55	Sin aproximación formal	100	Sin riesgo
IPS 3	si	2,6	satisfecho	4,6	Énfasis en la mejora continua	100	Sin riesgo
IPS 4	si	-1,9	Insatisfecho	3,06	Aproximación del sistema formal estable	37,5	Riesgo moderado alto

Fuente: elaboración propia

La satisfacción del usuario con relación a la calidad de los servicios de salud es un tema complejo relacionado con diferentes factores como edad, experiencias previas del paciente, estilo de vida, ingresos y educación. En los últimos años, la percepción del paciente respecto a la calidad de los servicios se ha convertido en un componente determinante para los planes de gestión en las instituciones de salud, los resultados obtenidos a través de la aplicación del grado de satisfacción SERVQUAL y la validación de los estándares de la Resolución 3100:2019, lo reafirmaron en dos de las cuatro IPS estudiadas.

Estos resultados, llevan a plantear nuevas inquietudes, ¿Es vinculante, la percepción del usuario, con la autopercepción de la organización? Se considera que sí. En las distintas etapas de implementación de la norma, es fundamental evaluar dentro el diagnóstico de la situación actual, lo que hace la organización y como es percibido por los pacientes. Esto permitiría establecer un punto de inicio y planificar hacia dónde se quiere llegar mediante la definición de los objetivos y metas dentro del Sistema de Gestión de la Calidad.

Para los casos de la IPS 1 y 3, es muy asertiva la autopercepción de los directivos de la organización, obtenido a través de la GTS ISO 9004:2018. Existe una clara relación entre los resultados obtenidos en los tres instrumentos.

A partir de los resultados obtenidos en la IPS 1, prestadora que no tiene el certificado ISO 9001:2015, se detectaron las principales debilidades de la gestión. En este caso, se deben buscar las oportunidades, a través de la orientación que proporciona la ISO 9004, un enfoque de gestión de calidad basado en el éxito sostenido, atendiendo los siete principios de la gestión de calidad.

En el caso de la IPS 3, una institución con certificado ISO 9001:2015 los resultados arrojaron, que la institución mantiene los servicios de calidad. No obstante, esto no sucede en las IPS 2 y 4, donde prevalece disparidad en los resultados arrojados de la investigación.

El primer caso (IPS 2), es una prestadora que no está certificada, pero presenta el mayor grado de satisfacción de los pacientes y además, cumple con los estándares para la habilitación. Sin embargo, los resultados de la norma ISO 9004:2018, indican que el grado de madurez es bajo. Lo que confirma que la orientación ISO 9004:2018 proporciona un enfoque más amplio sobre la gestión de la calidad que la Norma ISO 9001, ya que evalúa tanto las necesidades y las expectativas de todas las partes interesadas.

La autoevaluación es una revisión exhaustiva y sistemática de las actividades de la organización y de su desempeño en relación con su grado de madurez. En este caso, la IPS 2, debe revisar las fortalezas y debilidades de la organización en términos de su desempeño, así como de sus mejores prácticas, tanto a nivel general como en sus procesos individuales.

En el caso de la IPS 4, institución que si está certificada con la norma ISO 9001:2015, presenta un grado de insatisfacción importante de los usuarios con las prestaciones que ofrece y un riesgo moderado alto en los estándares para la habilitación. Sin embargo, la aplicación de la ISO 9004:2018 demuestra lo contrario, el instrumento de autopercepción, considera que existe alto rendimiento y los riesgos mínimos, que le otorgan un ambiente laboral más eficiente y sostenible. Esta discrepancia, podría validarse con la comparación en años anteriores, tal vez, en el momento de realizar el estudio.

Para solventar esta discrepancia, la IPS debe formular una serie de propuestas encaradas hacia la consecución de la excelencia de manera sostenida y establecer plazos que sean razonables para la aplicación de la mejora en la empresa.

Las conclusiones del estudio se presentan a continuación:

La aplicación de la norma ISO 9004:2018 proporciona herramientas que apoyan a las organizaciones que buscan el éxito y desean mantenerlo a través del tiempo, mediante su continua autoevaluación, integrando todos los factores que intervienen diariamente en la realización de sus actividades, pero no es concluyente para modificar la percepción de los usuarios.

El conocimiento previo de la certificación ISO 9001:2015, influye en los resultados obtenidos al momento de aplicar el instrumento de la Norma ISO 9004:2018. Las IPS que no tenían certificación, consideran que cumplen de manera empírica, algunos de los aspectos de la norma. Mientras que aquellos que están certificados, las respuestas de sus directivos se basan en el sistema de gestión normalizado.

Los resultados de la aplicación del instrumento SERVQUAL para identificar la calidad percibida por los clientes de las IPS, objeto de estudio arrojaron resultados, que permitieron conocer las brechas existentes entre los criterios y niveles de calidad esperados y los ofrecidos por la organización.

Con relación al grado de madurez más bajo identificado en las cuatro IPS fueron los puntos relacionados con la Innovación y la tecnología. La innovación debería dar como resultado una mejora que conduzca a productos o servicios nuevos o modificados, procesos, posición en el mercado, o desempeño, permitiendo la realización o la redistribución de valor.

Las instituciones de salud del Departamento del Meta deben prestar sus servicios de acuerdo con los estándares de habilitación, las visitas de verificación les permite la evaluación de su cumplimiento y a partir del informe, la institución visitada tiene la posibilidad de proyectar acciones de mejora para brindar un servicio en concordancia con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

Finalmente, hay que preparar al personal de la empresa para el cambio, brindándoles los conocimientos necesarios para que comprendan la importancia y los beneficios de implementar un sistema de gestión de la calidad. En este sentido, es fundamental la capacitación, sensibilización y motivación al recurso humano para que la respuesta de estos hacia la organización sea positiva y no de rechazo.

Retos de la investigación

Sin duda, la investigación en sistemas de gestión es un campo que cuenta con la capacidad de crecer de manera exponencial, no solo por la necesidad de las

organizaciones de adaptar la normatividad vigente, en el escenario dinámico de la economía global, sino también por el interés de los investigadores en este campo disciplinar, lo cual resulta de gran ayuda para el ámbito empresarial.

El enfoque principal de la investigación, hasta el momento, se centra en proponer estrategias para implementar e integrar los sistemas de gestión, así como en crear metodologías que faciliten el proceso de forma amigable y conlleven a su aplicación efectiva.

En este sentido, los estudios asociados a la gestión del conocimiento y a la toma de decisiones tienen un gran potencial para contribuir en el campo de los sistemas de gestión y en la gestión integral. De esta manera contribuir en beneficio del conocimiento, de la competitividad de las organizaciones y del crecimiento de nuestro país.

El debate queda abierto para futuras investigaciones, puesto que la calidad de la gestión en las Instituciones prestadoras de salud, sigue siendo un tema complejo y depende de muchos factores, que en algunos casos son difíciles de predecir, como se evidenció en la investigación.

Dentro de las líneas de investigación de Gestión, es imperante, abordar los aspectos conceptuales en los que se establezcan una verdadera alineación de los tres modelos estudiados.

RECOMENDACIONES

Para dar continuidad a la gestión de la calidad de las IPS estudiadas, se recomienda:

- Implementar el Sistema de Gestión de Calidad, basados en la NTC ISO 9001:2015, como mecanismo que permita mejorar la prestación de los servicios. No obstante, se recomienda realizar constantemente estudios para medir la calidad del servicio, con base a lo que esperan los clientes y lo que reciben de las prestadoras de salud.
- Las IPS deben enfocarse en mejorar las percepciones, especialmente aquellas con brechas negativas.
- Analizar de manera más profunda las dimensiones del Modelo SERVQUAL en el sector de salud de nuestro país, ya que la satisfacción del paciente es fundamental.
- Realizar revisión periódica y validar la documentación relacionada con cada proceso del sistema de gestión de la calidad, con el fin de identificar la necesidad de crear o actualizar los documentos.
- Socializar e involucrar a todo el personal de las IPS sobre la importancia del sistema de gestión de calidad. En este sentido, la autoevaluación efectuada por los directivos, a través de la norma ISO 9004:2018, está orientada a la mejora de los sistemas de gestión de calidad, por lo que es imperante el compromiso por parte de la alta dirección, como pilar para la implementación del sistema de gestión de la calidad; ya que este requiere de un buen equipo de trabajo para mantenerlo y mejorarlo continuamente.
- Se recomienda, apoyar y promover la innovación, elemento más débil evaluado por los directivos en las cuatro IPS. En este sentido la organización debería identificar las necesidades específicas de innovación y alentar el pensamiento creador en general, proporcionando los recursos necesarios para realizar las ideas innovadoras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaldía de Villavicencio (2021) Municipio de Villavicencio <https://www.municipio.com.co/municipio-villavicencio.html#demography>
- Alonso, M., Barcos, L. y Martín, J. (2006) Gestión de la calidad de los procesos turísticos. Madrid <http://www.juntadeandalucia.es/turismocomercioydeporte/documentacion/Indice/s/24352.pdf>
- Aranaz, J. (1994). La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. En: Matías-Guío, J. y Laínez, J. Gestión sanitaria y asistencia neurológica. Barcelona: JR Prous Ediciones. <https://www.svneurologia.org/congreso/asistencia-7.html>
- Ardila Arias, N. (18 de septiembre 2018). Nueva estocada a la salud del Meta. Secretaria de Salud cerró temporalmente Clínica Esimed Llanos, en Villavicencio. Redacción El Tiempo <https://www.eltiempo.com/colombia/cierre-de-clinica-esimed-llanos-270012>
- Arias, A. (2013). Calidad de los servicios y satisfacción del usuario. Colección Cuadernos de Trabajo, nº 11 - Gestión de la Documentación, Bibliotecas y Archivos. Primera edición. Universidad Complutense de Madrid. <https://www.researchgate.net/publication/299387472>
- Así vamos en Salud. (11 de octubre de 2021) IPS Acreditadas. <https://www.asivamosensalud.org/>
- Avalos, M. y Priego, H. (2012) Calidad en el mercado de la salud ¿Realidad o utopía? Revista Horizonte Sanitario. (Universidad Juárez Autónoma de Tabasco) 1(11). 6-12. <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845140004.pdf>
- Ávila Olaya, M. A., & Alfonso Morales, M. (2019). Innovación de proceso y de gestión en un sistema de gestión de la calidad para una industria de servicios. Revista Chilena de Economía y Sociedad, 13(1). 35-56. <https://sitios.vtte.utem.cl/rches/wp-content/uploads/sites/8/2019/07/revista-CHES-vol13-n1-2019-Avila-Alfonso.pdf>
- Banco Mundial e IFC (2019) Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/933731564123661734/pdf/Evaluaci%C3%B3n-Externa-de-la-Calidad-de-la-Atenci%C3%B3n-en-el-Sector-Salud-en-Colombia.pdf>
- Barranco, C., Cívicos, M., Cáceres, C. Díaz, L., Hernández, M. y Puyol, M. (2004). La calidad de servicio percibida en centros ocupacionales de personas con discapacidad validación de la escala SERVQUAL. Trabajo social y salud,(47), (Ejemplar dedicado a: Un siglo de experiencia: Comunicaciones. VIII Congreso de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Sevilla, octubre 2003),73-79.
- Barrantes, R. (2014). Investigación, Un camino al conocimiento, Un Enfoque Cualitativo, Cuantitativo y Mixto. San José, Costa Rica, Editorial EUNED [Archivo PDF]. https://www.academia.edu/38766459/Investigacion_un_camino_al_conocimiento_Barrantes_Echavarr%C3%ADa

- Bausela Herreras, E. (2003). Metodología de la Investigación Evaluativa: Modelo CIPP1. *Revista Complutense de Educación*, 14(2), 361 - 376. <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0303220361A>
- Bernal, I., Pedraza, N., Lavín, J., Monforte, G. (2017). Evaluación de la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios en el contexto sanitario en México. *Cuadernos de Administración (Universidad del Valle)*, 33(57). 36-47 <http://www.scielo.org.co/pdf/cuadm/v33n57/0120-4645-cuadm-33-57-00036.pdf>
- Bustamante, M., Zerda, E., Obando, F. y Tello, M. (2019) El modelo SERVQUAL. *Fundamentos de la Calidad del Servicio. El modelo Servqual. Revista Empresarial* 12(2) PP. 1-15. <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-empresarial/index.php/empresarial-ucsg/article/view/159>
- Cabello, E., y Chirinos, J. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Medica Herediana* 23(2), .88-95. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v23n2/v23n2ao2.pdf>
- Camisón, C., Cruz, S., González, T. (2006). *Gestión de la calidad: Conceptos, enfoques y sistemas*. Madrid: Pearson –Prentice Hall
- Carpio, A (2015) *Diseño de una propuesta de mejora a los procesos bajo la metodología de la norma ISO 9004:2009, como herramienta de gestión organizacional para la dirección nacional financiera de la policía nacional del Ecuador [Tesis Universidad Central del Ecuador]*. Repositorio. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/8403>
- Carriel, R. J., Merizalde, C. K. B., & Flores, F. M. F. (2018). Sistema de gestión y control de la calidad: Norma ISO 9001: 2015. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 2(1), 625-644. <https://doi.org/10.26820/recimundo/2.1.2018.625-644>
- Castillo M., E. (2005). *Escala Multidimensional SERVQUAL*. <https://www.gestiopolis.com/wp-content/uploads/2010/03/mida-la-calidad-de-su-servicio-con-la-escala-servqual.pdf>
- Concejo Municipal de Villavicencio. (2016). Acuerdo 293 de 2016. Plan de Desarrollo Municipal “Unidos podemos” 2016- 2019. <https://ceo.uniandes.edu.co/images/Documentos/Plan%20de%20Desarrollo%20de%20Villavicencio%202016-2019.PDF>
- Concejo Municipal de Villavicencio. (2020). Plan de Desarrollo Municipal “Villavicencio Cambia Contigo” 2020- 2023. <https://economiaregional.co/wp-content/uploads/2020/07/VILLAVICENCIO.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. (23, diciembre de 1993). Ley 100 de 1993 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, *Diario. Oficial.* 41.148. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
- Congreso de la República de Colombia. (9, enero de 2007). Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, *Diario. Oficial.* N. 46.506. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html

- Correa, S., Puerta, A. y Restrepo, B. (2002) Investigación Evaluativa. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES Colombia. <https://docplayer.es/5842665-Investigacion-evaluativa-santiago-correa-uribe-antonio-puerta-zapata-bernardo-restrepo-gomez.html>
- Crosby, B. y Díaz, O. (2006). La calidad no cuesta: El arte de cerciorarse de la calidad. Compañía Editorial Continental. https://issuu.com/victore.cardozodelgado/docs/la_calidad_no_cuesta._el_arte_d_e_ce
- Cuevas, L., y Rojas U. (2020) Resoluciones 2003 de 2014 y 3100 de 2019, análisis comparativo [Tesis de Especialización, Universidad de Santo Tomás]. Repositorio. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/27795>
- DANE (2018) Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. <https://www.datos.gov.co/widgets/qzc6-q9qw>
- Djofack, S. (2012) Análisis del impacto del sistema de calidad ISO 9001 y del sistema de calidad turística española en empresas y organizaciones turísticas: un estudio empírico en Baleares. [Tesis Doctoral, Universidad de las Islas Baleares (UIB)]. <https://1library.co/document/9ynp92kz-analisis-turistica-espanola-empresas-organizaciones-turisticas-empirico-baleares.html>
- Donabedian, A. (1980) The definition of quality and approaches to its assessment Exploration in quality assessment and monitoring, Volume 1. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Donabedian, A. (1993) Prioridades para el progreso en la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención salud pública de México, 35(1). 94-97 Salud Pública de México. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10635110.pdf>
- Duque, E. (2005) Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. INNOVAR, Revista de ciencias administrativas y sociales. Universidad Nacional de Colombia. (1) 64-80. <https://www.redalyc.org/pdf/818/81802505.pdf>
- ESAN (11/05/2016). Los diferentes conceptos de calidad en salud. Conexiónsan. <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2016/05/los-diferentes-conceptos-de-calidad-en-salud/>
- ESAN (30/01/2020). Gestión de calidad: ¿Qué herramientas son fundamentales? <https://www.esan.edu.pe/apuntes-empresariales/2020/01/gestion-de-calidad-que-herramientas-son-fundamentales/>
- Fontalvo, T. (2012). Evaluación del impacto de los sistemas de gestión de la calidad en la liquidez y rentabilidad de las empresas de la Zona Industrial Vía 40. Revista Pensamiento y Gestión 32, 165-189. <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n32/n32a08.pdf>
- García, P. y Breijo, C. (2014) Valoración de la calidad de la atención del departamento de ecografía. Hospital Fructuoso Rodríguez. Revista Cubana de Tecnología de la Salud 2015; 6 (2) 20-25 <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2015/cts152d.pdf>
- García, R. (2001). El concepto de calidad y su aplicación en Medicina. Revista médica de Chile, 129 (7). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000700020>.
- Gómez, Y., Méndez, A., Parada, L. (2017) Verificación de las condiciones de habilitación en el área de odontología, en la E.S.E Hospital Integrado Sabana De Torres.

- [Trabajo de grado, Universidad de Santander]. Repositorio. <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/684/1/Verificaci%C3%B3n%20de%20las%20condiciones%20de%20habilitaci%C3%B3n%20en%20el%20%C3%A1rea%20de%20odontolog%C3%ADa%2C%20en%20la%20E.S.E%20Hospital%20Integrado%20Sabana%20De%20Torres%2C%202017.pdf>
- Grajales, T. (1996). Conceptos Básicos para la Investigación Social de la Serie Textos Universitarios. Nuevo León, México: Publicaciones Universidad de Montemorelos
- Griful Ponsati, E. y Canela Campos, M. (2005) Gestión de la Calidad. Aula Politécnica – Organización de Empresas. Edición UPC. <https://docplayer.es/8373766-Eulalia-griful-ponsati-miguel-angel-canela-campos.html>
- Grönroos, C. (1984). Un modelo de calidad de servicio y sus implicaciones de marketing. *Revista Europea de Marketing*. 18(4), 36-44.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014) Metodología de la Investigación. 6ta edición. <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hernández, B. y Reales R. (2019) Satisfacción de los usuarios como indicador de calidad en la prestación de los servicios de salud en el Centro Nacional de Radioterapia, de enero a septiembre de 2019. [Tesis de Maestría, Universidad del Salvador]. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/02/1147045/266-11106147.pdf>
- Hernández, H. (2017). Sistemas de gestión integrados en el sector salud para la optimización de la calidad en el departamento del atlántico. *Dictamen Libre* (20), 99-106. <https://doi.org/10.18041/2619-4244/dl.20.2894>
- Hernández, H., Niebles, W., & Jiménez, M. (2019). Colombian Health System: Integration for quality. *Criterio Libre*, 18(31), 149-163. <https://doi.org/10.18041/1900-0642/criteriolibre.2019v18n31.6134>
- Icontec (2018). GTC-ISO 9004:2018 Gestión de la calidad. Calidad de una organización. Orientación para lograr el éxito sostenido. https://www.academia.edu/40054977/ISO_9004_2018_ORIENTACI%C3%93N_PARA_LOGRAR_EL_%C3%89XITO_SOSTENIDO
- Instituto Uruguayo de Normas Técnicas. (2018) Gestión de la calidad — Calidad de una organización — Orientación para lograr el éxito sostenido. https://vuce.gub.uy/wp-content/uploads/2020/09/UNIT-ISO_9004_2018-SGC-%C3%89xito-sostenido.pdf
- Jaráiz, E., Lagares, N. y Pereira, M. (2013) Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. *Revista Española de Ciencia Política*. 32, 161-181 <https://recyt.fecyt.es/index.php/recp/article/view/37592>
- Johannesen, D. y Wiig, S. (2017). Why adopt ISO 9001 certification in hospitals? A case study of external triggers and sensemaking in an emergency department in Norway. *Journal Safety in Health (BioMed Central)*, Vol. 3-1, 1-14 <https://safetyinhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s40886-017-0058-5.pdf>
- Kerguelén Botero, C. (2008). Calidad en Salud en Colombia: Los Principios. Bogotá, Colombia: Ministerio del Trabajo.

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/calidad-salud-colombia-principios-2008-pars.pdf>
- Kotler, P. y Keller K. (2012). Dirección de Marketing. Décima cuarta edición. Pearson
- Latorre, A., Del Rincón, D. y Arnal J. (2005) Bases metodológicas de la investigación educativa. Ediciones experiencias.
<https://docs.google.com/document/d/1rJVvR3V2a1GhWWBvujpdlvly4UmfyZaqkVmi-0OSAJU/edit>
- Lee, R. y Jones, L. (1933) El concepto de buena atención médica (Fragmento de la introducción) <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5279/5423>
- León-Ramentol, C. C., Menéndez-Cabezas, A., Rodríguez-Socarrás, I. P., López-Estrada, B., García-González, M. C., & Fernández-Torres, S. (2018). Importancia de un sistema de gestión de la calidad en la Universidad de Ciencias Médicas. Revista Archivo Médico de Camagüey, 22(6), 843-857.
<http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/5777>
- Mejías, Y. (2019). Consideraciones para una definición de calidad desde un enfoque salubrista. Revista de Información para la Dirección en Salud (INFODIR), 29(3), 1-9 <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2019/ifd1930g.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (17, mayo de 2006). Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, Diario. Oficial. No. 46.271.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201446%20DE%202006%20-%20ANEXO%20T%C3%89CNICO.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (17 de octubre 2017). Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2019) Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2021) Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS).
<https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/sistema-obligatorio-garantia-calidad-SOGC.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (26, noviembre de 2019). Resolución 3100 de 2019 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud, Diario. Oficial. No. 51149.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf
- Mira, J. y Aranaz, J. (2000) La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Medicina Clínica 114(3) 26-33. http://calite-revista.umh.es/indep/web/satisf_paciente.pdf

- Mira, J., Lorenzo, S., Rodríguez, J., Buil, J. (1999) Concepto y modelos de calidad. Hacia una definición de calidad asistencial. *Papel del Psicólogo*. (74) <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=807>
- Muñoz, R., Caicedo, H., Ibarra, F. (2019) Revisión del impacto de la Norma ISO 9001:2015 en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). [Artículo académico, Universidad Santiago de Cali]. Repositorio <https://repository.usc.edu.co/bitstream/handle/20.500.12421/5105/REVISI%C3%93N%20DEL%20IMPACTO.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
- Narváez, J. (2015). Formulación de un modelo de gestión de calidad en IPS públicas y privadas según metodología PMI. [Artículo académico, Universidad Militar Nueva Granada]. Repositorio. <http://hdl.handle.net/10654/7620>.
- Numpaque-Pacabaque, A., Rocha-Buelvas, A. (2016). Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, vol.64 (4) Bogotá. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54839>
- OES (s.f). ¿Qué es calidad? <https://oes.org.co/que-es-calidad/>
- Organización para la Excelencia de la Salud – OES. (s. f.). Entidades acreditadas en Colombia. <https://oes.org.co/entidades-acreditadas-en-colombia/>
- Ortiz, D. C. (2013). Las certificaciones de calidad en instituciones prestadoras de salud, garantía discutible de mejoramiento [Tesis de Especialidad, Universidad Militar Nueva Granada]. Repositorio. <http://hdl.handle.net/10654/10658>
- Osorio, J., Cruz, E., Romero, M. (2016). Impacto de la certificación ISO 9001 en clínicas de Cali, Colombia. *INNOVAR. Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 26(59) ,35-45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81843213004>.
- Otieno, G., Nyarango, R. & Musimbi, N. (2015). The Impact of ISO Certification of Healthcare Services on Complaints and Litigation—A Children’s Hospital’s Perspective. *Journal of US-China Medical Science* 12 (2015) 27-34 doi: 10.17265/1548-6648/2015.01.004
- Páez, G., Rohvein, C., Paravie, D. y Jaureguiberry, M. (2018). Revisión de modelos de madurez en la gestión de los procesos de negocios. *Ingeniare. Revista chilena de ingeniería*, 26(4), 685-698. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052018000400685>
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds) *Patient satisfaction in health and mental health services. Evaluation and Program Planning*, 185-210. Personería de Villavicencio. (2018). Informe rendición pública de cuentas vigencia 2018 [Archivo PDF]. <https://cd.personeriavillavicencio.gov.co>
- Pingo, P. M. A., Poicon, E. C. L. F., Vargas, S. R., & Tito, L. P. D. (2020). Gestión de la calidad: un estudio desde sus principios. *Revista Venezolana de Gerencia*, 25(90), 632-647. <https://doi.org/10.37960/rvg.v25i90.32406>
- Presidencia de la República de Colombia. (2014). Decreto 903 de 2014. Por el cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud, *Diario Oficial*. No. 49.150. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-0903-de-2014.pdf>

- Presidencia de la República de Colombia. (2016). Decreto 780 de 2016. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, Diario Oficial. No. 49.865. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf
- Quenta, A. (2018). Mejora continua y la calidad de servicio de la salud en la plataforma de atención al usuario externo del Hospital Hermilio Valdizán, Lima. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/31270/Quenta_CA..pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Reguant, M., y Martínez, F. (2014). Operacionalización de conceptos/variables. Barcelona: Dipòsit Digital de la UB [Archivo PDF]. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/57883/1/Indicadores-Repositorio.pdf>
- Rodríguez, M., Couto, M., Díaz, N (2015) Modelo salutogénico: enfoque positivo de la salud. Una revisión de la literatura. Acta odontológica venezolana, 53(3), 37-39. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2015/3/art-19/>
- Rodríguez, Y., Rosales, L., Gómez, O., Diéguez, E., Sablón, N. (2016). Nivel de servicio y su efecto en la satisfacción de los pacientes en la Atención Primaria de Salud. Revista Médica Electrónica, 38(2). <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v38n2/rme080216.pdf>.
- Ruiz, A., Ramos, C., Triana, D., Pardo, J., Sánchez, L. y Peralta, Y. (2017). Análisis de la situación de salud. Alcaldía de Villavicencio. Secretaria Local de Salud. Dirección de Salud Pública. <http://historico.villavicencio.gov.co/Documents/ANALISIS%20DE%20SITUACION%20DE%20SALUD%20EN%20VILLAVICENCIO%20VIGENCIA%20A%20CORTE%20DICIEMBRE%20DE%202017.pdf>
- Sánchez, M. (2015) Metodología de investigación en pedagogía social (avance cualitativo y modelos mixtos). Revista Interuniversitaria, 26, 21-34 <https://www.redalyc.org/pdf/1350/135043653001.pdf>
- Santomà, R. (2008) Aspectos de la gestión en la calidad de servicio. Una aplicación del concept mapping al caso de las cadenas hoteleras en España [Tesis Doctoral, Universitat Ramon Llull]. <https://www.tesisenred.net/handle/10803/9316#page=45>
- Sarmiento, M., Castro, A., Gómez, A., Cifuentes, A., Fierro, M. y Vigoya T (2010) Condiciones Socio-Demográfico(as) y Calidad de Vida en Pacientes Mayores Hospital Departamental de Villavicencio. Periodo Octubre-diciembre del 2005. Revista ORINOQUIA 14(1), 75-88. <http://www.scielo.org.co/pdf/rori/v14n1/v14n1a08.pdf>
- Silva-Fhon, J., Córdova, R., Villanueva, V, Fhon P. y Rodríguez, P. (2015) Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público Enfermería Universitaria. 2(12) 80-87 <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.04.001>
- Suñol, R.; Bañeres, J. (1997). Origen, evolución y características de los programas de gestión de la calidad en los servicios de salud. En: J. Saturno, J.J. Gascón y P.

- Parra (eds). Hernández, P. Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo 1 (pp. 81-114). Madrid. DuPont Pharma
- Superintendencia Nacional de Salud. (2020, enero). Supersalud “dio de alta” el Hospital Departamental de Villavicencio y lo devolvió a la Gobernación del Meta. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/supersalud-dio-de-alta-el-hospital-departamental-de-villavicencio-y-lo-devolvio-a-la-gobernacion-del-meta>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2020b, agosto). Reportes de peticiones, quejas, reclamos o denuncias. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Protecci%C3%B3n%20al%20Usuario/reportes-de-peticiones-quejas-reclamos-o-denuncias.aspx>
- Teruel, M., Lapresta, J., Rosel, N., I Camas, P., Diestre, A. y Marco, J. (2006). Guía para la implantación de un sistema de gestión de calidad en I.E.S. que imparte Formación Profesional en Aragón basado en la norma ISO 9001-2000. Gobierno de Aragón. <https://www.ucipfg.com/Repositorio/MGTS/MGTS15/MGTSV15-08/Unidad3/3.4%20SGC.pdf>
- Ticora, J. (2018, junio) Deudas de EPS a clínicas y hospitales, agudizan crisis de la salud en el Meta. <https://www.radionacional.co/cultura/deudas-de-eps-clinicas-y-hospitales-agudizan-crisis-de-la-salud-en-el-meta>.
- Tolosa, N. (2019). Análisis de la situación de salud Villavicencio. Alcaldía de Villavicencio. Secretaria de Salud. Dirección de Salud Pública. <http://historico.villavicencio.gov.co/Documents/AN%C3%81LISIS%20DE%20SITUACI%C3%93N%20DE%20SALUD%20VILLAVICENCIO%20A%C3%91O%202019.pdf>
- Torrealba, G. (2020). La Norma ISO 9004:2018 y la aplicación del cuadro de mando integral para el éxito sostenido. Teorías, Enfoques Y Aplicaciones En Las Ciencias Sociales, 13(27), 11-25. <https://revistas.uclave.org/index.php/teacs/article/view/3045>
- UNIR (17 de mayo 2021). La calidad en salud y la satisfacción del paciente. <https://www.unir.net/salud/revista/calidad-en-salud/>.
- Vite, H., Palomeque, I., & Romero, W. (2018). Análisis de calidad del servicio de atención al afiliado en Centros de Salud del IESS: Caso Santa Rosa y Pasaje. Revista de Investigación Talentos, 5(2), 68-78. <https://doi.org/10.33789/talentos.5.86>.
- Vivas, M. (2021, enero) Después de un año bajo la medida de vigilancia especial por parte de la Supersal. ConsultorSalud. <https://consultorsalud.com/al-hospital-departamental-de-villavicencio/>
- Williams, B (1994) Patient satisfaction: A valid concept? Social Science & Medicine Volumen (38), 509-516 páginas. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90247-X](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90247-X).
- Yáñez, J.; Yáñez, R. (2012) Auditorías, Mejora Continua y Normas ISO: factores clave para la evolución de las organizaciones Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias, 9(3). 83-92. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=215026158006>
- Zavala, F. & Vélez, M. (2020). La gestión de la calidad y el servicio al cliente como factor de competitividad en las empresas de servicios-Ecuador. Dominio de las Ciencias, 6(3), 264-281. <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/download/1284/2179>

- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., & Parasuraman, A. (1988). Communication and control processes in the delivery of service quality. *Journal of marketing*, 52(2), 35-48. <https://doi.org/10.2307/1251263>
- Zeithaml, VA, Parasuraman, A. y Berry, LL (1985). Problemas y estrategias en el marketing de servicios. *Revista de marketing* , 49 (2), 33-46.