Tensión entre la calidad y la equidad, la calidad y la eficiencia

Académico Gustavo Malagón Londoño*

Resumen

Si calidad significa el conjunto de características o circunstancias que un usuario requiere para satisfacer sus necesidades, o el máximo de esfuerzos para satisfacer las necesidades del usuario o los mejores servicios con la mas esmerada tecnología para la óptima satisfacción del usuario, se está mencionando que la meta de la calidad es la satisfacción del usuario; en el caso de la salud, del paciente o cliente externo, como quiera llamársele. A la vez eficiencia representa la mejor alternativa para satisfacción del usuario, sin importar el costo. Los dos paradigmas apuntan a suministrar lo mejor para la mayor satisfacción del usuario; en la calidad se utilizan las mejores circunstancias o características de todo orden para satisfacer las necesidades del usuario y al no mencionarse el costo, podría decirse hablando de los servicios de salud, que aquellas circunstancias o características empleadas estarían supeditadas a los recursos existentes. El recurso existente o disponible limita la eficiencia, mas no siempre la calidad, toda vez que esta puede obtenerse con lo que existe o se dispone siempre y cuando rijan los factores de cuidadoso esmero, adecuados recursos humanos y materiales y empleo de la mejor tecnología. Si se aplican la calidad o la eficiencia por igual a ricos y pobres, a asegurados en régimen contributivo y a quienes pertenecen a régimen subsidiado, se está hablando de aplicar la equidad. En otra forma la calidad o la eficiencia, logradas a merced de una elevada gerencia y dentro de requerimientos de aseguramiento y control podrían estar mas bien al servicio de la inequidad o de la injusticia social.

Sería ideal decir que existe un paralelismo entre calidad y equidad, entre calidad y eficiencia, o mejor poder asegurar que donde hay calidad hay equidad y hay eficiencia.

Desde la Primera Cumbre de las Américas celebrada en 1.994, el mejoramiento de la calidad de los servicios básicos de salud, la búsqueda de la equidad y la eficiencia han sido los principios rectores de las reformas del sector salud; se trabaja desde entonces en procura de todas las acciones posibles que garanticen el cumplimiento de esos factores, considerados básicos para alcanzar la realización de una verdadera justicia social.

Cuando las autoridades de la salud propusieron la calidad y la equidad como paradigmas de los programas de seguridad social en salud, sin duda pensaban con el deseo, pero estaban lejos de la realidad futura al menos al mediano y corto plazo. Así se viene poniendo en evidencia que frente a los grandes esfuerzos de las autoridades de la salud para alcanzar la calidad, hay bondadosos resultados, a la vez que se aprecia que en lo que respecta a la equidad han sido vanos o poco fructíferos los esfuerzos, para decir lo menos por las notables distancias, cada vez mayores entre ricos y pobres y por el considerable aumento de estos últimos al punto que sin eufemismos se acepta que esta población representa mas de la mitad de la población mundial. Se ha fijado como punto de referencia que la atención de salud del pobre es costosa desde todo punto de vista y ante la necesidad que tienen las instituciones de autofinanciarse dentro del marco de nuevo esquema de seguridad social vigente en casi todos los países, es no solo impráctico sino inconveniente abrir con mucha amplitud las

* Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, Profesor Universidad Militar Nueva Granada de Bogotá, Profesor de la Universidad Sergio Arboleda de Bogotá

puertas a esa población, mientras puede captarse la de mayores recursos generalmente perteneciente a régimen contributivo que en el peor de los casos sufraga los costos de la atención. Lo cierto es, que en la práctica el régimen contributivo y el sector de la medicina prepagada recibe atención de primera o segunda clase y del régimen subsidiado hacia abajo lo normal es que se les suministren servicios de tercera; esto desde luego va en contravía con el espíritu de la Organización Mundial de la Salud y con lo que se han comprometido hacer cumplir todos los gobiernos: no otra cosa que asegurar la equidad en el completo sentido de la acepción.

Sin duda que en la actualidad la organización para la prestación de los servicios es más estricta, que la infraestructura de las instituciones es más cabal, que se dispone de mejores equipos y más depurada tecnología, que los recursos humanos son más calificados cada día, que hay son más accesibles los servicios y menos difícil la aplicación de los más recientes avances técnico-científicos; no hay dudas de que se ha avanzado extraordinariamente en esos campos, pero de otro lado la población pobre con posibilidades de recibir una atención ajustada a tan excelentes condiciones, es cada vez menor, casi pudiera decirse que pertenece a un estrato con limitados derechos y para el que es esquivada la calidad en la atención, por lo mismo que no puede sufragar costos de reposición por los servicios recibidos y deja por tanto de ser atractiva para la institución de salud.

A través de las varias interpretaciones que se dan a la calidad, día a día se va definiendo su verdadero sentido; igual sucede con la equidad. Es oportuna la disquisición respecto al significado de los términos empleados en relación con el tema:

Equidad: igualdad de oportunidades.

Calidad: conjunto de circunstancias o característica de un producto o servicio que un usuario requiere para satisfacer sus necesidades.

Eficacia y efectividad: logro de los objetivos al más bajo costo.

Eficiencia: logro de los objetivos mediante la elección de la mejor alternativa sin tomar en cuenta el costo.

Equidad

Para el caso específico de la atención de la salud, el cometido de brindar iguales oportunidades a toda la población, si bien se convierte en el más altruista de los propósitos resulta el más difícil de cumplir por las

circunstancias intrínsecas y extrínsecas alrededor de los moradores de un país. Muchos factores afloran para crear el difícil cumplimiento de la equidad, desde la situación geográfica de las poblaciones, el difícil medio de transporte a los centros de salud, el nivel socio-económico en progresiva decadencia, los presupuestos deficitarios que se destinan a los programas de salud, la difícil situación económica de la mayoría de los hospitales y la necesidad que tienen estos de equilibrar sus finanzas para no colapsar, situación que los lleva a establecer un régimen de prioridades que favorezca necesariamente a quienes les deriven mayores ingresos. De otro lado se ha establecido en la práctica, que programas de salud pública como los dirigidos a inmunizaciones se ven frustrados por violencia rural en algunos países, privando de ese beneficio a grandes grupos de comunidad incluidos los propios violentos; igual sucede en el caso de acueductos de poblaciones alejadas y zonas rurales frecuentemente víctimas de saboteos lo cual priva de ese servicio fundamental a grandes conglomerados, generalmente miembros de comunidades campesinas de muy bajo nivel económico. La parte asistencial se ve truncada también por la imposibilidad para desplazar equipos de salud y recursos humanos a esos sitios deprimidos. Numerosas instalaciones de infraestructura física se han deteriorado por desuso ante la imposibilidad para la movilización de dotaciones y personal expuestos al peligro que generan delincuentes o guerrilleros. Igualmente personas enfermas no pueden superar las distancias hasta los centros de salud adecuados por la inseguridad que ofrecen las vías de comunicación terrestres o fluviales. Situaciones como estas hablan por sí solas de la falta de equidad de grandes grupos humanos.

En el caso de habitantes de zonas marginadas urbanas, si bien no concurren algunos de los factores mencionados, está perfectamente establecido el difícil acceso a los servicios por carencia de medios económicos frecuentemente generada por desempleo, circunstancia que lleva a que no pueden solicitar el servicio por carecer del dinero que cubra la cuota moderadora exigida o simplemente que la atención, si no es por situación de extrema urgencia, se les niega para evitar los costos que puedan gravar el presupuesto de la institución.

Concurre un fenómeno adicional en la práctica y que hace referencia a la atención de la población de más bajo nivel socioeconómico inscrita a régimen subsidiado o que carece de afiliación al sistema de salud; es el relacionado con suministro de medicamentos. Con frecuencia se carece de estos en las farmacias destinadas a los programas obligatorios de salud y el usuario que ha logrado llegar con dificultad a la consulta o egresa del hospital con una prescripción determinada no recibe ese suministro y por carencia

de dinero queda expuesto a graves consecuencias para la salud por falta de la terapia ordenada. Esto sin hablar de las denominadas enfermedades catastróficas o del más alto costo cuyo tratamiento, para el caso de la población de bajo nivel socioeconómico, generalmente es rehusado por las instituciones prestadoras de servicio y que no puede asumir directamente el paciente precisamente por su situación de pobreza.

Málaga en su trabajo sobre *Equidad en salud*, cita a Mahbub y Ul Haq quienes anotaron: "en vez de haberse promovido un acceso de las mayorías al mercado con baja desocupación en América Latina se ha puesto en práctica un modelo de desarrollo elitista que ha creado profundas y peligrosas brechas sociales' y agrega: 'este modelo condujo a inequidades en salud existiendo grandes diferencias en la estructura de salud, enfermedad y mortalidad según las condiciones de vida". Luego escribe: "la meta mal entendida por los países, produjo que se privilegiaran las acciones asistenciales, concentrándose estas en los hospitales de grandes áreas urbanas, promoviendo el uso de tecnologías de alto costo y generándose desigualdad en la distribución y en acceso a los servicios, los que fueron establecidos más que en función de las necesidades, en función del desarrollo, mirando valores políticos, valores económicos y otros valores utilitarios no concordantes con la necesidad". Lo afirmado por estas autoridades, define en parte la razón fundamental de la inequidad, a lo cual puede agregarse sin eufemismos que la situación económica de los países, el desempleo, el aumento notable de las cifras de pobreza colocan a los gobiernos casi siempre con presupuestos deficitarios en situación de atender a medias las necesidades básicas de esta comunidad deprimida y en el caso del acceso a las instituciones asistenciales, las propias dificultades de éstas conducen a prestar atención de baja calidad o a no atender a este importante grupo de población.

La equidad en la atención de salud, si logra obtenerse a merced de un esfuerzo descomunal de los gobiernos, representará el mayor acto de justicia social y obviamente minimizará las tensiones actuales, reflejadas en las manifestaciones de descontento de los menos favorecidos. Permitirá a la vez una mayor productividad y un mejor desarrollo de la economía de los países toda vez que los índices de salud serán mejores y mayor la aproximación a los postulados de Alma-Ata.

La OPS en colaboración con el CDC (Centro para el control y prevención de enfermedades de los Estados Unidos de América) y el CLAISS (Centro Latinoamericano de investigación en Sistemas de Salud), definió once funciones esenciales que a la vez pueden servir de base para la medición del desempeño en los países.

FUNCIONES ESENCIALES

1. Monitoreo y análisis de la situación de salud de la población
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública
3. Promoción de la salud
4. Participación social y empoderamiento en salud de los ciudadanos
5. Desarrollo de políticas, planes y capacidad de gestión que apoyen los esfuerzos en salud pública y contribuyan a la rectoría sanitaria nacional
6. Regulación y fiscalización en salud pública
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios
8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública
9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva
10. Investigación, desarrollo e implementación de soluciones innovadoras en salud pública
11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

Se destacan la calidad y la equidad como dos características esenciales, igualmente fundamentales dentro del proceso de atención de la salud. Desde luego que los países afiliados a la OPS, suscriben el compromiso para que se observen y apliquen los dos cometidos; No obstante, a través de los varios estudios recientemente realizados se destaca que si bien se hacen esfuerzos para preservar la calidad y se invoca la equidad como una condición para hacer justa la implementación de los sistemas de atención de la salud, en la práctica se demuestra que ha sido posible el mejoramiento de la calidad y cada vez más difícil el cumplimiento de la equidad por lo mismo que concurren tantos factores que la condicionan, uno de los cuales, el de la difícil situación económica vigente, es insuperable en la actualidad.

La insatisfacción con la atención de salud recibida, que demuestran los menos favorecidos va dirigida a la calidad discriminatoria que aprecian y que se dirige a tres aspectos fundamentales: a la tecnología aplicada, a los recursos humanos que suministran la atención y a los aspectos administrativos.

Calidad

Varias definiciones de calidad se han producido en los últimos años. Desde la "conformidad con las especificaciones" que no acoge la respuesta a las necesidades del usuario, hasta "la satisfacción de las expectativas del cliente" y que concuerda con la ISO 8402: "La totalidad de circunstancias y características de un producto o servicio que un usuario requiere para

satisfacer sus necesidades". La norma ICONTEC 1893 la toma como "Un conjunto de propiedades o características de un producto o servicio, con habilidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas". La misma norma define Política de Calidad como "Los propósitos generales en cuanto a calidad en que se fundamenta una organización, expresados formalmente por la alta gerencia". Y Gestión de Calidad, como "La función de la administración general de una organización que tiene por objeto definir la política de calidad y suministrar los recursos para su aplicación". Sistema de Calidad, como "La estructura, responsabilidades, procedimientos, procesos y recursos organizacionales para llevar a cabo la gestión de calidad".

Tradicionalmente se tomó como calidad, el lujo, o la mejor apariencia externa, o la máxima comodidad, o la condición superior en la prestación de un servicio. El trabajo conjunto de los tratadistas sobre el tema, en asocio con la propia empresa privada, hizo más sólida la consideración de calidad como "el nivel de excelencia que ha escogido como norma la empresa, para satisfacer las necesidades del cliente". En un servicio, se juzga hoy la calidad como un todo, con la concepción de conjunto, sin dissociar sus componentes o el éxito relativo de una u otra acción y la calidad de un producto como sus características intrínsecas y extrínsecas y su efectividad aislada que responde a las expectativas del cliente.

En términos generales se acepta hoy, que no puede pretenderse ofrecer la calidad si los trabajadores de la empresa no están entrenados para garantizarla, esto significa una indiscutible labor de equipo en el cual todos sin excepción deben estar compenetrados de este compromiso, para lo cual es indispensable la educación continua sobre objetivos, propósitos y obligaciones de la institución, dirigidos para lograr esa satisfacción del cliente o usuario del servicio.

Resaltan los autores que sin excepción todos los trabajadores al servicio de la empresa deben entrenarse sobre:

- Objetivos generales de la institución o servicio
- Compromiso invariable de calidad de la institución
- La calidad en servicios específicos
- El mejoramiento continuo de la calidad.

Para lograr esa calidad a través del mejoramiento continuo es fundamental proveer a la organización de un sistema de **aseguramiento de la calidad, consistente en la disposición, engranaje y utilización adecuada de actividades planificadas, recursos económicos, materiales y humanos, procesos, documentaciones, en fin de todos los elementos necesarios para que las tareas y operaciones se desarrollen, asegurando calidad en los resultados, minimizando al máximo las fuentes de error.** Este

aseguramiento no es un control pasajero ni una inspección transitoria, ni representa el ente que lleva a cabo la verificación de procesos, ni un organismo que interviene en decisiones; es una actividad y una actitud permanente, coherente, organizada que se ocupa de que confluyan todos los componentes en la cantidad y características ideales para lograr el fin único de la satisfacción del cliente.

Deming dentro de una secuencia deductiva, trazó un diseño para demostrar cómo a través de 11 pasos sucesivos, se logra asegurar la calidad:

1. Mejora la calidad
2. Disminuyen los costos por menor número de errores, menos demoras y obstáculos, menor reprocesamiento, mejor utilización del tiempo, de las máquinas y materiales
3. Mejora la productividad
4. Se conquista el mercado por mejor calidad y precios más equitativos
5. Se adquiere prestigio, posicionamiento y afianzamiento en el mercado
6. Se generan empleos
7. Se brinda educación continua
8. La empresa crece, se proyecta
9. La empresa se autoevalúa constantemente, se retroalimenta
10. La empresa se consolida en el mercado
11. Se impone el aseguramiento de la calidad.

Juran planteó la tetralogía de la calidad, basada en los procesos de:

1. Planeación de la calidad
2. Control de la calidad
3. Mejoramiento de la calidad
4. Aseguramiento de la calidad

La calidad del producto o el servicio es lo que en definitiva garantiza su perdurabilidad y lo hace competitivo en el mercado; es lo que lo lleva a definir su verdadero posicionamiento en el denominado "momento de la verdad" de Albrecht, que es cuando el usuario o el cliente dan su veredicto sobre la base de su evidente satisfacción.

Ishikawa escribe que "la garantía de calidad es asegurar la calidad de un producto de modo que el cliente pueda obtenerlo y utilizarlo con plena confianza y satisfacción"; para llegar a ese cometido es necesario recorrer todo un dispendioso pero inevitable camino en el cual juegan: la planeación, el desarrollo del proceso, la evaluación o auditoría, los resultados, el impacto en la comunidad de usuarios. El mismo Ishikawa destaca la importancia del control de la calidad cuando afirma que este consiste en "desarrollar,

diseñar, elaborar y mantener un producto o servicio de calidad que sea el más económico, el más útil y que más satisfaga al cliente”

Calidad de la atención de salud

Si se parte de la base de que calidad es la totalidad de circunstancias y características de un producto o servicio que requiere un usuario para satisfacer sus necesidades, se puede decir que: **Calidad en salud es el conjunto de circunstancias, recursos, características que requiere el individuo para alcanzar el bienestar físico, psicológico y social.**

Como la atención de la salud es un servicio se puede definir como “**el conjunto de circunstancias, características, recursos que se hacen confluír para alcanzar el máximo bienestar del individuo, de su familia y de la comunidad a que pertenece**”.

Dentro de las funciones esenciales de la salud pública, la OPS ha señalado un conjunto de responsabilidades que tiene el Estado para garantizar la calidad de los servicios de salud:

1. Fomentar la existencia de sistemas permanentes de garantía de la calidad y crear un sistema para que los resultados de las evaluaciones efectuadas con ellos, puedan monitorearse continuamente.
2. Facilitar el establecimiento de normas aplicables a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de calidad y garantizar su cumplimiento por parte de los proveedores de los servicios
3. Fomentar un sistema de evaluación de tecnologías de salud que participe en la toma de decisiones de todo el sistema de salud
4. Utilizar la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diverso grado de complejidad
5. Usar el sistema para mejorar la calidad de la provisión directa de los servicios de salud.

(Tomado de La calidad y Reforma del sector Salud, Ross AG, Zeballos JL, Infante A. Rev. Panam Salud Pública 8,2000)

Como puede apreciarse es grande la preocupación de organismos como OPS, comprometidos en una cruzada titánica para compenetrar a los gobiernos de los países afiliados de la importancia fundamental de asegurar la calidad tanto en la salud pública como en la parte asistencial. Los Observatorios de la Salud actualmente en proceso de fortalecimiento en los países, permitirá una auditoría permanente de los sistemas de calidad y llevará seguramente a interesantes replanteamientos de políticas actualmente vigentes.

No se puede perder de vista la introducción de modernas tecnologías, altamente costosas que por fuerza de la necesidad de competir que tienen los hospitales, deben adquirir absorbiendo gran parte de sus presupuestos y generando la necesidad de reajustar los precios de la atención, imposibles de asumir por parte de la población menos favorecida económicamente, que representa infortunadamente más de la mitad de la comunidad de nuestros países del subdesarrollo. La introducción de las modernas tecnologías se ha convertido además en una exigencia de los mismos usuarios que piden lo más avanzado para el manejo de sus problemas de salud, motivados por los programas de internet que les ofrecen información variada sobre lo que se hace en el mundo a merced de prodigiosos equipos para diagnóstico y tratamientos. Los altos costos de la atención, originados en la necesidad de proveer la moderna tecnología hacen inaccesible muchas veces los procedimientos de la alta tecnología para la fracción de los pobres, lo cual genera una palpable inequidad.

Los sistemas de garantía de calidad en salud, impuestos en varios países a merced de disposiciones perentorias, representan sin duda la voluntad de los gobiernos de enmarcar la atención de la salud dentro de ese paradigma, pero el cumplimiento real de la disposición gubernamental demuestra grandes escollos por factores que van desde la falta de motivación de los prestadores de los servicios, la carencia de programas consistentes de educación continua sobre mejoramiento y aseguramiento de la calidad que deben implementarse desde los centros de formación de los trabajadores de la salud y llevarse en forma permanente a los prestadores de los servicios de todo nivel y a la propia comunidad usuaria que debe velar por el cumplimiento de este propósito; hasta los presupuestos deficitarios que convierten en improbable la equidad por lo mismo que los estados no pueden asumir los altos costos que día a día representa la atención de la salud con el uso de la moderna tecnología.

En cambio de alcanzar altos estándares de calidad, en los sistemas de seguridad social en salud de varios países se está detectando actualmente un grave deterioro de la misma, en gran parte como consecuencia del manejo utilitarista que muchas empresas promotoras y aseguradoras de salud han impuesto a los programas de prestación de servicios en los cuales por ejemplo, exigen que el médico atienda 6 pacientes de consulta externa en una hora o se resuelvan la mayor cantidad de problemas quirúrgicos por el médico general no siempre competente en temas del campo del especialista, igual que se limitan los exámenes de ayuda diagnóstica a un mínimo y al menor costo o se le prescriben medicamentos de mala calidad y reconocido pobre efecto.

La calidad en los programas de salud pública es igualmente cuestionable sobre todo ante la reaparición o recrudescimiento de patologías que se consideraron otrora controladas. Los recientes brotes epidémicos de fiebre amarilla, de dengue, de paludismo, el aumento en las cifras de tuberculosis y otros problemas similares, demuestran que en un momento determinado se disminuyeron las actividades de promoción y prevención, especialmente de educación a las comunidades rurales. Han sido muy grandes los esfuerzos para debelar el SIDA, las hepatitis y otras amenazantes nuevas patologías, pero paradójicamente a la sombra de la ingente labor desarrollada en esos campos han reaparecido las que se consideraron extinguidas o menguadas. Y otros varios aspectos comprueban el deterioro de la calidad como la baja provisión de agua potable especialmente en las comunidades de pobres recursos económicos, la vivienda mal ventilada y mal iluminada, carente de servicios, expuesta a los desastres naturales por mal tratamiento de suelos y que de otro lado ofrece condiciones favorables para la proliferación de vectores de dengue, malaria, leishmaniasis, encefalitis equina y Chagas. La falta de normas para afrontar los riesgos químicos, plaguicidas entre otros. La falta de control de metales pesados utilizados en explotaciones de minería y residuos de industria vertidos a los ríos, lo mismo que las sustancias químicas que contaminan aguas superficiales y subterráneas. La débil vigilancia de las radiaciones ionizantes y no ionizantes. Se agregan a lo anterior la pobre vigilancia de los factores de contaminación del ambiente, de los gases tóxicos y las partículas de óxido de nitrógeno, de azufre y carbono provenientes de vehículos, maquinaria y equipos de industria y fábricas. La pobre vacunación de equinos y canes, la carencia de control zoonótico de las mascotas y las débiles campañas contra artrópodos y roedores. Las inmunizaciones fácilmente descontinuadas por factores económicos o de inseguridad en muchos casos. En fin, son numerosas las causas de fallas de calidad en los programas de salud pública.

Cabe insistir que hay esfuerzos notables de los Estados para mejorar las debilidades y falencias en todos los aspectos, pero es verdad que la superación de las varias dificultades de todo orden, con el económico a la cabeza, representa un esfuerzo descomunal no solamente de los gobiernos sino de la sociedad en general que debe comprometerse de verdad en ese propósito.

Eficiencia

Si esta significa lograr la óptima calidad en el servicio sin importar el costo, podría decirse que se convierte en un factor de privilegio al cual puede acceder con dificultad la población deprimida económicamente.

Puede pensarse en que la **eficacia** es la condición o característica ideal de acuerdo a las realidades de la mayoría de los países, toda vez que esta **significa suministrar el mejor y más oportuno servicio de acuerdo a los recursos disponibles**. La eficiencia denota el máximo grado de calidad pero los costos para obtenerla pueden generar la inequidad. Resulta un tanto utópico poder afirmar que la máxima característica de un sistema de seguridad social en salud es su eficiencia, así algunos de sus componentes puedan demostrarla. A la postre puede decirse que mientras no se logre una justa nivelación a base de generar recursos que permitan el ascenso en lo relacionado con los derechos de los pobres, la inequidad continuará, la calidad será menor y no podrá hablarse de eficiencia.

Bibliografía

- ABURTO-JIMENEZ M. Administración por Calidad. Compañía Editorial Continental, S.A., México D.F. 1992
- ACERO-VELASQUEZ H. Violencia, Seguridad y Salud. En, Restrepo HE, Málaga H. Promoción de la Salud. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá;2000
- ALBRECHT K. Servicio al Cliente Interno. Novagrafik, Barcelona, 1995
- ALBRECHT K, ZEMKE R. Gerencia del Servicio. 7ª Ed. Editorial Legis,1992
- BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo Mundial. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento /Banco Mundial. Washington D.C., 2000
- BARTLETT RC. Leadership for Quality. ASM NEWS 57:15-21.,1991
- BERRY L. Marketing services: Competing Trough Quality. N.Y., Free Press, 1991
- BOUNDS G, YORKS L, ADAMS MR. Beyond Total Quality Management. McGraw Hill Interamericana, 1ª Edición, México DF,1994
- CROSBY BP. Reflexiones sobre Calidad. McGraw Hill Interamericana, México D.F.,1996
- DEMING WE. Quality productivity and competitive position. MIT PRESS, Massachusetts, 1982
- DONABEDIAN A. La dimensión internacional de la evaluación de la garantía de la calidad. Salud Pública México; 32:113-117.,1992
- HESSKETT JL. Lessons in the Service Sector. Harvard Business Review, April, 1997
- MALAGA HA. Malagón-Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. Equidad en Salud En: Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2000
- MALAGA HA. Malagón-Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde. La epidemiología, Fundamento para la Calidad. En Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2000
- MALAGA HA. Equidad en Salud y Corrientes de Reforma en servicios de atención a la enfermedad y en salud pública. En: Malagón-Londoño, Galán Morera. La Salud Pública. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2002
- MALAGON-LONDOÑO G. Responsabilidad y Cobertura de la Salud Pública. En: La Salud Pública. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2002

- MALAGON-LONDOÑO G. La calidad en la atención de la salud. Academia Nacional de Medicina, Bogotá, 2003.
- MALAGON-LONDOÑO G. Visión sobre la Calidad Total. En: Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2000.
- MALAGON-LONDOÑO G. Garantía de Calidad en Salud. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2000.
- MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, COLOMBIA. Decreto 2174: Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. Bogotá 1996.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de Garantía de la Calidad de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional. Foro Regional de Calidad, Bogotá, Colombia, 2000.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Programa de Garantía y Mejoramiento de Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.:OPS 1999.
- RESTREPO HE, MALAGA H. Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Bogotá, 2000.
- ROSS AG, ZEBALLOS JL, INFANTE A. La calidad y la Reforma en el Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. En: Revista Panamericana de Salud Pública, OPS, Vol.8 (1/2)Washington DC., 2000.
- VEGA-FRANCO L. La salud en el contexto de la Nueva Salud Pública. Editorial El Manual Moderno. México D.F., 2000.