



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**Calidad de la atención en las Clínicas de
Operatoria Dental en función de la opinión de los
usuarios FO. UNAM. 2005**

T E S I N A

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

ESMERALDA RODRÍGUEZ RESÉNDIZ

DIRECTOR

C.D. JESÚS MANUEL DÍAZ DE LEÓN AZUARA

ASESORES

**C.D. JUAN MEDRANO MORALES
MTRA. ARCELIA F. MELÉNDEZ OCAMPO**

MÉXICO, D.F.

2005

m 342930

GRACIAS

A Dios porque me lo ha dado todo y nunca me abandona


***A mis padres por ser la luz que ilumina mi camino
y por quienes he dedicado este esfuerzo***

A mis hermanos y sus familias por creer en mi

A la vida por este momento que “de verdad” estoy viviendo

A la libertad

Al amor

AutORIZO a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Rodríguez Reséndiz
Esmeralda.
FECHA: 12-Abril-05.
FIRMA: 

*Gracias a la Universidad Nacional Autónoma de México
por ser la mejor*

*Gracias a la Facultad de Odontología
por la oportunidad de realizar mi formación profesional*

*Gracias al Dr. Jesús Manuel Díaz de León Azuara
por compartir sus conocimientos, su dedicación y su valioso tiempo*

*Gracias al Dr. Juan Medrano Morales
por compartir sus conocimientos para la realización de mi
trabajo*

*Gracias a la Dra. Arcelia Meléndez Ocampo
por su paciencia, empeño y por compartir sus conocimientos.*

***“Calidad de la atención en las Clínicas
de Operatoria Dental en función de la
opinión de los usuarios FO. UNAM.
2005”***

INDICE

1. Introducción.....	4
2. Antecedentes.....	5
3. Planteamiento del problema.....	67
4. Justificación.....	68
5. Hipótesis.....	69
6. Objetivos.....	69
6.1 Objetivo General.....	69
6.2 Objetivo Específico.....	69
7. Metodología.....	70
7.1 Material y Métodos.....	70
7.2 Tipo de Estudio.....	70
7.3 Población de Estudio.....	70
7.4 Muestra.....	71
7.5 Criterios de Inclusión.....	71
7.6 Criterios de Exclusión.....	71
7.7 Variables de Estudio.....	71
7.8 Variable Independiente.....	71
7.9 Variable Dependiente.....	72
7.10 Operacionalización de las Variables.....	72
7.11 Análisis Estadístico de Datos.....	73
8. Resultados.....	74
9. Discusión.....	80
10. Conclusiones.....	81
11. Glosario.....	82
12. Anexos.....	89
13. Fuentes de Información.....	90

INDICE DE TABLAS

Tabla 1.....	74
Tabla 2.....	75
Tabla 3.....	76
Tabla 4.....	77

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.....	74
Gráfica 2.....	76
Gráfica3.....	77
Gráfica 4.....	78
Gráfica 5.....	79

INDICE DE IMAGENES

Imagen 1.....	70 A
Imagen 2.....	70 A
Imagen 3.....	71 A
Imagen 4.....	71 A
Imagen 5.....	71 B
Imagen 6.....	71 B

1. INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad de los servicios de salud han adquirido una gran relevancia en nuestros tiempos, no solo en México sino ya prácticamente en todo el mundo, esto lleva a que la sociedad actual sea más participativa en la consulta, más crítica en lo que percibe, así que ahora son más exigentes porque están mejor informados.

La satisfacción del paciente es el objetivo principal de los servicios de salud, pero, ¿Cómo conocer las expectativas del paciente para cubrir las? si ellos tienen una percepción probablemente distinta a la nuestra de lo que es el proceso de atención y su calidad.

Antes que nada debemos tener siempre en cuenta que el paciente no es una boca aislada que requiere algún tipo de tratamiento, sino que es parte de un ser humano, que necesita ser escuchado en sus requerimientos, que debemos ser amables, cuidadosos con los comentarios y, observar y analizar, para detectar que es lo que mejor nos va a funcionar con cada paciente, así como, analizar si es conveniente o no dedicarle tiempos cortos o largos en su consulta, permitirnos entablar una plática, recordar su nombre, hablarle con respeto, explicarle de una forma adecuada, es decir, individualizar el trato con cada paciente, esto en conjunto lo califica el paciente para determinar si hay calidad o no por parte del prestador de servicio, pero ¿estamos concientes de todos los aspectos que se involucran en la relación dentista-paciente?.

El propósito de este estudio es presentar un perfil de la calidad de la atención desde la dimensión del paciente y mejorar así aspectos que estén al alcance de la coordinación de Operatoria Dental.

2. ANTECEDENTES

En 1986, Manuel Barquín en su libro "Dirección de Hospitales", menciona que la calidad de la atención que imparte el médico se ha basado tradicionalmente en su reputación, fundada en la opinión de sus propios enfermos y en la de sus familiares; en éstas intervienen juicios subjetivos, y por lo tanto no permiten una evaluación objetiva y exacta.

Menciona que el concepto y la práctica libre de la profesión médica se modificaron profundamente al aparecer la medicina institucional. Y se hizo evidente la diferenciación entre los métodos y elementos de evaluación de la calidad del trabajo individual, y aquellos que sirven para evaluar la productividad o la calidad del servicio como actividad institucional, con una relativa sujeción del primero a las condiciones del segundo.

En sus elementos de eficacia, eficiencia, efectividad y validez, con relación a la evaluación de los servicios de salud, se han discutido diversos aspectos semánticos que pretenden definir nomenclatura en ésta.

El concepto de efectividad se aplica en el sentido de evaluar el logro de objetivos definidos frente a una población determinada; en otras palabras, es el cambio que produce la atención médica en relación con el contexto social, a diferencia de la eficacia, que estudia la relación causal de las asociaciones existentes entre un diagnóstico o tratamiento y el resultado obtenido, considerando el poder de los recursos involucrados en la actividad independiente del costo que éstos tengan; cuando se considera la proporción de insumos incluyendo el tiempo para lograr un resultado tratándose de una evaluación, el término utilizado es el de eficiencia, en el concepto de eficiencia están aplicadas la eficacia, la efectividad, o ambas.

Así pues, evaluación es el proceso de medir el valor o cuantía del éxito para alcanzar una meta predeterminada.

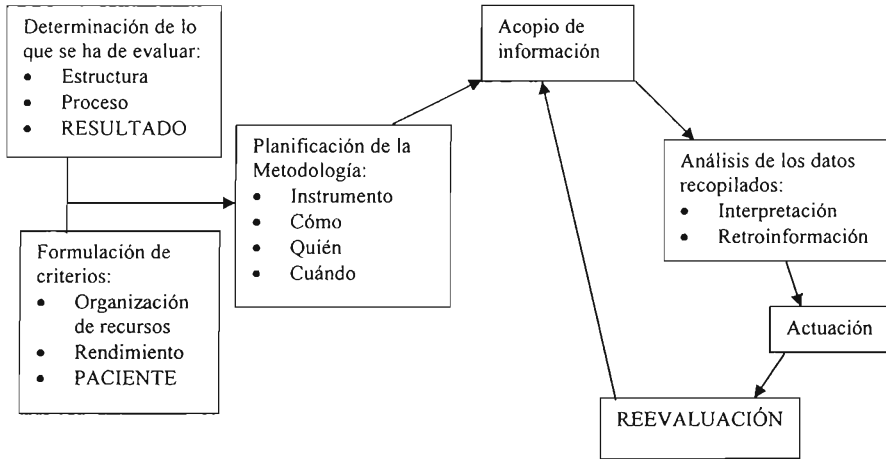
Aún cuando la atención médica se ha tratado de evaluar por cinco métodos independientes:

- Estructura
- Contenido
- Proceso
- Resultado
- Efecto

En la práctica se encuentran tan íntimamente ligados entre sí que es difícil aplicarlos por separado.¹

Así mismo en 1989, Guillermo Fajardo Ortiz en su libro "Atención Médica", dedica el capítulo 12 a "La evaluación de la atención de la salud". Donde refiere que *la última etapa del ciclo administrativo es la evaluación*, se le puede definir en atención de la salud como el proceso sistemático y científico de determinación del grado en que en una estructura, una acción o un conjunto de acciones y unos resultados de salud se realizaron. Es un procedimiento de control, al igual que la supervisión.

Fases de la evaluación:



(2) Fajardo Ortiz, Guillermo, Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativa..., 1ª. Reimpresión, 1989, Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., P 164.

Así mismo en 1992, la Dra. Aurora Tello Vega publica su artículo "Satisfacción con la atención dental" y menciona que entre los aspectos poco estudiados o investigados por la profesión odontológica en México se encuentra la actitud de la sociedad consumidores hacia el campo de la odontología y los profesionales de la misma. El incremento en el número de dentistas, con relación a la demanda por sus servicios profesionales, supuestamente ha traído como consecuencia un aumento en la competencia en este campo profesional. Sin embargo, la atención a la salud tiene una multitud de componentes, los cuales pueden ser independientemente evaluados y de los que se tienen lamentablemente pocos datos en el país. La actitud hacia la autoridad del Cirujano Dentista a quien se admira y a la vez se resiente debido a la dependencia que se tiene de él, es consistente con la coexistencia de hostilidad y una glorificación general. Los resultados de estudios para medir la satisfacción del paciente respecto a la atención dental han sido comúnmente usados para analizar las actitudes hacia el cuidado buco-dental, la utilización o uso de los servicios dentales e incluso

conductas expresadas o mostradas hacia la atención. Otros estudios establecen la personalidad del dentista puede ser o es tan importante como el tratamiento mismo. Si se entiende que la satisfacción es una conducta relacionada al esfuerzo y logros obtenidos por el profesional, entonces en la profesión o odontológica, el hecho de que el paciente este satisfecho puede reforzar actitudes de salud bucal positiva e influenciar tanto en su percepción futura del Cirujano Dentista como en la motivación del tratamiento mismo.³

Posteriormente en 1992, Avedis Donabedian manifestaba en su libro "Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica", que la satisfacción del paciente constituye un elemento particularmente importante, menciona que, en primer lugar es un "resultado" de un valor incuestionable ya que la satisfacción es un aspecto del bienestar que la atención a la salud intenta promover. En segundo lugar, la satisfacción del paciente contribuye a la atención porque es más probable que el paciente participe en la atención de una manera más efectiva. En tercer lugar, la satisfacción y el descontento constituyen los juicios del paciente sobre la calidad de la atención recibida. Por lo tanto, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar los mayores beneficios posibles en la salud. Sin embargo, como las consecuencias de la atención se manifiestan en un futuro que frecuentemente resulta difícil de conocer, lo que se juzgan son las expectativas del resultado que se podrían atribuir a la atención en su presente; ya que con frecuencia los pacientes tienen expectativas poco realistas en relación con la efectividad de la atención y por lo general sobrestiman sus derechos; por lo tanto es responsabilidad del médico el infundirle un carácter más sobrio a las esperanzas del paciente.⁴

Todo esto lo llevaría a refinar los métodos de evaluación, como el mismo Dr. Avedis Donabedian lo menciona en 1993 en su artículo "Prioridades para el Progreso de la Evaluación y Monitoreo de la Calidad de la Atención", en el

que escribe que “La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional”. También menciona que es importante considerar el costo de la atención y encontrar los medios que permitan evaluar los costos y los beneficios de la atención.

Así que plantea en dicho artículo *las medidas* a través de las cuales se pueden ampliar el campo de la garantía de la calidad, y son:

1. Considerar toda la atención que reciben los individuos.
2. Considerar a la población como un todo.

Y también *los métodos* para evaluar la calidad de la atención que se pueden mejorar a través de:

1. La valoración coincidente del proceso y el resultado.
2. La inclusión de la calidad de vida como una medida de resultado.
3. La redefinición de los criterios de severidad de la enfermedad.
4. El desarrollo de criterios más flexibles de acuerdo con la variabilidad entre casos.

“Al medir resultados según el Dr. Donabedian, necesitamos urgentemente de medios para tomar en consideración no solamente la duración de la vida, sino también su calidad. En un sistema de información que facilite la continua vigilancia epidemiológica del desempeño, con un elemento importante de todo sistema de garantía, y dedicarse a la dura tarea de evaluar rigurosamente la eficacia para diseñar e instrumentar sistemas de garantía de calidad”. Los consumidores generan la atención al participar activamente, junto con sus médicos, en su propio cuidado. Ellos fijan los estándares al expresar sus preferencias en cuanto a los métodos, las circunstancias y los resultados de la atención. Así mismo, regulan la atención que se brindan al decidir cuál deben recibir o rechazar, así como su procedencia, al grado de que tienen alternativas para escoger. Finalmente,

juzgan la atención médica al expresar su satisfacción o insatisfacción ante sus diversos aspectos y sus consecuencias. La garantía de la calidad debe convertirse en una parte conocida, aceptable, incluso necesaria, de la vida profesional. “La búsqueda de la calidad constituye la dimensión ética de la vida profesional, con ella, todo esfuerzo razonable de monitoria de la calidad tendrá éxito, Sin ella, el más ingenioso de los sistemas de monitoreo fracasará”.⁵

Durante el mismo año de 1993, se publica un artículo sobre: “La calidad de la atención a la salud en los Estados Unidos: nuevas tendencias” realizado por K. Tina Donahue donde plantea que, en las últimas décadas, han evolucionado los métodos para monitorizar, inspeccionar y evaluar la atención clínica. El enfoque cambió de la auditoría médica a la garantía de calidad, y de ahí al mejoramiento de la calidad hasta nuestro paradigma más reciente, el de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) y la gerencia para la de calidad total (CT).

Tina Donahue se hace un cuestionamiento sobre, si nos encontramos en el camino correcto al optar "por una vía sinuosa", como dijo el Dr. Donabedian en su Conferencia Magistral del IX Congreso de la Sociedad Internacional para la Garantía de Calidad. Después de todo, "acaso la "búsqueda de la calidad" no implica recurrir a todos los elementos habidos para conseguirla, en el intento continuo por mejorar nuestro desempeño, ya sea individual u organizacional. El mejoramiento del desempeño para mejorar la atención de la salud de los pacientes es algo por lo se ha luchado durante mucho tiempo.⁶

Así mismo es publicado el artículo “Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe”, por Humberto de Moraes Novaes en 1993. En el que reconoce que, si no se implementan de forma inmediata en Latinoamérica métodos de control de calidad en los hospitales y en la educación médica, incluyendo a la

educación continua, en un futuro cercano nos enfrentaremos a la misma situación que ha comprometido a la calidad de la atención médica en los EUA. Esto podría convertir la situación en Latinoamérica en una realidad controversial, igualmente vulnerable a las demandas legales por mal ejercicio de la profesión o por negligencia del hospital. Esta situación debe evitarse a cualquier costo, mucho antes de que la ausencia actual de control de calidad favorezca a las fuerzas financieras externas al sistema, y no a la implementación de métodos de auto evaluación o al control externo por las comisiones de acreditación.

Los factores necesarios para el desarrollo efectivo de programas de garantía de calidad son los siguientes:

- a) Habilidades técnicas profesionales.
- b) Uso eficiente de los recursos
- c) Reducir a un mínimo los daños producidos o derivados de la atención.
- d) Satisfacción del paciente en sus demandas, expectativas, y accesibilidad a los servicios de salud.
- e) Un sistema local de salud, donde se correlacionen e integren los servicios intra y extrahospitalarios.

En algunos países Latinoamericanos los curanderos tienen mejor reputación que los médicos; a menudo pueden cobrar más por sus "consultas" que sus "colegas" profesionales. El "arte de sanar" de estas personas es notorio y, en consecuencia, es grande la satisfacción de sus pacientes ante sus servicios. La "satisfacción" del paciente y de la familia, como medida para evaluar la relación médico-paciente, siempre está afectada por el carácter subjetivo de la percepción, por los diferentes niveles de educación, sociales, culturales y económicos que se interponen entre los profesionales y los usuarios.

Así, la ya mencionada definición de calidad depende de la perspectiva del individuo que la elabora de acuerdo a sus conocimientos, valores y recursos; para los pacientes y sus familias, significa obtener un diagnóstico correcto y un tratamiento satisfactorio de acuerdo con sus propias percepciones. En el caso de los profesionales, éstos cuentan con estrictos criterios técnicos que permiten mejorar la calidad de vida de sus pacientes; sin embargo, también están sujetos a sus propias percepciones, definidas éstas por el contexto de su trabajo, por la escuela médica a la que asistieron y por sus intrínsecos valores personales, que varían mucho de un país a otro en Latinoamérica y el Caribe.

Para poder establecer un programa de calidad total, es necesario que la Institución sea vista como un todo; que las necesidades de cada servicio sean compartidas por todos los demás; que los equipos de personal estén lo suficientemente preparados para esta tarea gigantesca; y que se establezcan indicadores de calidad, con base en estándares de referencia, de los eventos y riesgos frecuentes o con mayores probabilidades de convertirse en conflictos. Creemos que si se lograra una parte de estos objetivos, la calidad se daría como una consecuencia natural.⁷

Así también en 1993, el Dr. Avedis Donabedian llevó a cabo la publicación de otro artículo. "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad". En el que textualmente escribe: "Tengo el gran honor, en el ocaso de mi vida, de presentar mis opiniones sobre la continuidad y el cambio en la búsqueda de la calidad. El valor es aún mayor, ya que la oportunidad de hablar del tema no es en mi país, sino en México, donde gracias a la generosidad de mis amigos he encontrado un segundo hogar". Una característica que distingue al modelo industrial es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de la calidad. Es el consumidor quien, en último término, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objetivo no sólo es alcanzar la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su

confianza y su fidelidad futura. Con respecto a los individuos, no sólo somos proveedores de satisfacción; quizá porque los pacientes no están, con frecuencia, capacitados para distinguir entre una atención buena y una mala, nosotros, junto con otros profesionales, tenemos una responsabilidad fiduciaria: la de actuar en nombre de los pacientes, sirviendo a sus intereses de la manera que nos parezca más adecuada. Es verdad que esto puede conducir al paternalismo, al autoritarismo e inclusive a la arrogancia y que son peligros que deben evitarse a toda costa.

Pero el imperativo moral permanece: cuidar el interés de los pacientes, incluso a costa de sus propios deseos. Dado que el cuidado de la salud tiene que ver con aspectos tan íntimos, sensibles e importantes de la vida, nuestros conceptos acerca de cómo manejar la relación interpersonal son infinitamente más complejos que los intercambios entre cliente y proveedor en el mundo de los negocios.⁸

Así mismo en octubre de 1993, el Dr. Raúl Cabrera Hidalgo, publica su artículo "Evaluación y garantía de calidad en la atención odontológica" donde menciona que, es indiscutible que el interés por la calidad y la búsqueda de la misma se ha convertido, a diferencia de otras épocas, en un signo a nivel mundial. Se debe ofrecer en todo tipo de empresas o actividades, ya sean industriales, de servicios o comercio. Por esto, esa satisfacción total del consumidor debe buscarse o preverse desde el inicio de cualquier actividad que se lleve a cabo, siempre y cuando, se detecte la necesidad o necesidades del individuo. En nuestro país paulatinamente se ha ido reconociendo que clientes o consumidores satisfechos de diferentes servicios, van a dar como resultado que la empresa asegure seguir prestando los mismos, y por lo tanto, puedan permanecer dentro del mercado.

Entre las empresas de servicios que más deben preocuparse por la calidad de éstos, se encuentran las que ofrecen servicios de salud; hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, gabinetes, etc., han tenido un

crecimiento amplio y que por lo tanto si se descuida este aspecto fundamental de la calidad del servicio, pueden y tienen el riesgo de desaparecer.

En relación a la práctica de los servicios buco-dentales profesionales es indudable que todos estos profesionistas buscan y quieren brindar la mejor atención y tratamiento a los individuos que buscan sus servicios.⁹

Posteriormente en un artículo titulado, "Calidad de la atención odontológica", publicado en 1995 por el Dr. Raúl Cabrera Hidalgo. Donde se menciona que la práctica profesional de la odontología, en el ámbito privado del Sistema Nacional de Salud adolece, desde su inicio, esto es, desde su organización como grupo profesional, de características administrativas que permitan establecer parámetros mínimos de calidad de atención que todo cirujano dentista debería brindar en la práctica clínica diaria. Ultimamente, tanto a nivel privado como público, se ha hablado mucho acerca de la calidad de la atención en la práctica dental profesional en México; Se dan platicas o conferencias acerca de la calidad total de la atención odontológica, se hace énfasis en la práctica de excelencia, sobre todo a raíz de la entrada en vigor del Tratado de Libre Comercio, pero las circunstancias en el mercado de los servicios siguen igual o empeorando.

No se pretende decir aquí que no sea un objetivo primordial brindar atención odontológica de primera calidad, pero es ya evidente para gran parte de la sociedad y especialmente para las autoridades de las instituciones académicas y del Sector Salud, que en México existen varios niveles de atención odontológica que están directamente relacionados al nivel socioeconómico, tanto del profesional como del área geográfica en la que se instala y brinda sus servicios. Aunque esto no se reconozca públicamente.¹⁰

Así mismo el Académico Dr. Héctor Aguirre Gas en 1995, presenta su artículo titulado: "Problemas que afectan la calidad de la atención médica en

hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución". Mencionando en él, que el interés por la calidad de la atención es general y difícilmente puede aceptarse, que una institución de salud que pretenda contar con reconocimiento y prestigio, carezca de un programa para mejorar la calidad de la atención. Otorgar la atención médica al usuario conforme a las normas, conocimientos de la medicina y tecnología vigentes, con accesibilidad a los servicios, oportunidad y amabilidad, trato personalizado y comunicación permanente entre los participantes en el acto médico, con participación del usuario para lograr su recuperación y un ambiente confortable que permitan mejorar el nivel de salud, la satisfacción del usuario y del trabajador y con ello la calidad de vida de ambos.

Así mismo, podemos definir al objetivo de la evaluación como: "Contribuir a mejorar la calidad con que se otorga la atención médica a través de establecer un diagnóstico situacional de su prestación, identificar los problemas que afectan, registrarlos y llevar a cabo el seguimiento de las acciones correctivas para resolverlos." Se establecieron cinco rubros para categorizar el resultado de la evaluación.

Criterios de Evaluación de la Calidad de la Atención

Clasificación	Criterios
Excelente	Se otorgó la atención médica con oportunidad, calidad y satisfacción del usuario, del prestador de servicios y de la institución.
Suficiente	Se otorgo la atención médica con oportunidad y calidad.
Insuficiente	Faltó oportunidad o calidad en la prestación de la atención médica.
No realizado	Omisión de la realización del acto médico requerido.
Inadecuado	El acto médico ocasionó daño al paciente, al prestador de servicios o deterioro el patrimonio institucional.

(11) Aguirre Gas, Héctor, Problemas que afectan a la Calidad de la Atención Médica en Hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución. Cir Ciruj 1995; 63:11-4.

Quando los resultados tuvieron calificación de excelente, se otorgó un reconocimiento; cuando fueron "suficiente", se recomendó buscar la excelencia. Cuando la categoría asignada a cada concepto fue la de insuficiente, no realizada o inadecuada, se consideró que ese rubro existía un problema. Cada problema identificado se registró y conjuntamente con el responsable de darle solución, se definió la mejor opción para resolverlo, se registró esta opción y se determinó un compromiso. A través de los resultados obtenidos puede indentificarse que los problemas que afectan a la prestación de una atención médica con calidad son múltiples y pueden ubicarse en deferentes niveles de responsabilidad en su génesis.¹¹

Posteriormente el Dr. Héctor Fernandez Varela Mejía, en 1997, presenta su artículo; "La Comisión Nacional de Arbitraje Medico y la calidad de la atención médica", en el que menciona, Los servicios de salud han adquirido una gran relevancia en los últimos tiempos, no sólo en nuestro país sino

prácticamente en todas las naciones del mundo; relevancia que obedece a diversos factores, en primer lugar al reconocimiento de la sociedad de que la salud es uno de los más importantes bienes del ser humano, por lo que su protección se ha constituido en un derecho asumido por los gobiernos, como en el caso de México que lo ha elevado a garantía constitucional; por otra parte la preocupación por los altos costos de la medicina que afectan los presupuestos estatales y también los de las propias familias, traen consigo la necesidad de optimizar los recursos disponibles y mejorar la calidad de los servicios que se otorgan. La calidad de los servicios de salud obedecen en gran medida a los avances tecnológicos y al desarrollo de la investigación científica, pero también a la eficiencia, racionalidad y oportunidad con que se aplican por parte del personal de salud, que debe estar adecuadamente calificado para realizar sus tareas. Las expectativas de los pacientes son mayores y cuando se miden los resultados y la calidad de la medicina que practicamos, estamos sujetos a criterios de evaluación más rigurosos. Es necesario que los servicios que en materia de salud ofrecen las instituciones públicas y privadas, así como los profesionales y técnicos en forma individual, tengan como fin principal la aspiración de satisfacer el derecho a la protección de la salud, indispensable para garantizar vida plena y satisfactoria a cada uno de los miembros de nuestra sociedad, ya que los problemas de calidad no se limitan a los aspectos técnicos de la atención, sino que también se relacionan con el trato que reciben los usuarios y todo esto se ha puesto de manifiesto en diversas encuestas, entre ellas la realizada en 1994 por la Fundación Mexicana para la Salud, en la cual un 74% de los entrevistados consideró como el principal problema de la atención médica a la mala calidad, ya sea por deficiencias en los servicios o por falta de recursos. Señala también que el Programa de Salud propuesto por el doctor Ernesto Zedillo Ponce de León, Presidente de la República 1995-2000, reconoció que la sociedad demanda servicios de salud más eficientes, más accesibles, pero sobre todo más humanos y sin trámites excesivos que retarden la atención de los pacientes. En 1994, con el fin de

dar una respuesta a esta demanda del pueblo y del Gobierno, el grupo de prospectiva en Salud y Seguridad Social, coordinado en ese momento por el Doctor Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud de México, estableció que el objetivo prioritario en la prestación de los servicios médicos es la satisfacción de los del paciente y propuso para lograrlo una profunda reforma del sistema de salud, que incluía apoyar a las demandas de los usuarios de los servicios, mediante la creación de instancias para la solución de los conflictos entre las instituciones de salud, los profesionales y sus pacientes.¹²

Posteriormente en 1998 se publica el artículo "Estimadores de Calidad de los Servicios de Salud en el Estado de Guanajuato", que se llevó a cabo por Rodríguez V. S.; Rojas H. R.; Maldonado V. M. E., donde menciona, que el elemento indispensable para el desarrollo de los programas de salud es la satisfacción de los pacientes en sus demandas, expectativas y accesibilidad a los servicios de salud. Para analizar los estimadores de calidad: conocimiento, uso, satisfacción, insumos y material en las unidades, e imagen institucional, respecto de los servicios de salud.¹³

Poco tiempo después en 1998 la Lic. Teresita de J. Ramírez menciona en su artículo "Percepción de la Calidad de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios" que, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistema de monitoria, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros, y que evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. Y que a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes

asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas, pero es necesario identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales. Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención. Hace mención también que las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. El análisis de la calidad a partir de tres dimensiones que propone el autor; estructura, proceso y resultado, ha sido una contribución importante pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán y unívocamente de la estructura. Con base a lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura, el proceso y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella abarca fenómenos que tienen

repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.¹⁴

En 1988 Brito, Pedro et al, en el artículo; "Educación permanente de personal de salud. Washington D.C." menciona que la calidad del servicio de salud no es algo intrínseco, presupuesto en los agentes, "una cosa en sí", derivada de su alto nivel de formación o calificación, sino una condición compleja en virtud de la cual los diferentes componentes de los agentes productores de servicios (acciones de salud), aportan significativamente a ese resultado. La calidad es, entonces, una resultante de las formas como se da el proceso de producción de servicios. Se entiende por calidad de la atención el servicio que reúne los requisitos establecidos y, dados los conocimientos y recursos de que se dispone, satisface las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con el mínimo de riesgos para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficiencia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de los pacientes y un efecto favorable en la salud. Y Eficiencia es el grado en que el sistema de salud efectúa la máxima contribución a las metas sociales definidas dados los recursos disponibles del sistema de salud y de aquellos que no pertenecen al sistema de salud, implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios.¹⁵

Así mismo los Doctores Edgar Fuentes y Héctor Aguirre Gas en 1999 publican su artículo "Acerca de la Calidad de la Atención", donde establecen que la atención médica confronta diferentes dilemas y uno de los varios tópicos más debatidos resulta ser el relacionado a la calidad de la atención médica por lo que plantean un primer enfoque. Desde su perspectiva

mencionan que todavía hace algunos años, el médico podía decir que él dictaba la calidad de la atención que proporcionaba, fuera privada o institucional; sin embargo, su actuación profesional es cada vez más vigilada y cuestionada, no sólo por sus pacientes, sino por las instituciones que proporcionan servicios de salud, así como por los diferentes órganos legales que califican dicha actividad, e incluso por las compañías de seguros que operan en el ámbito privado. Y que esto había traído como consecuencia que en el vocabulario médico se escuchan cada vez con más frecuencia términos como: calidad de la atención, calidad total, círculos de calidad, relación costo beneficio, comité de calidad, comité de evaluación, solamente por mencionar algunos. Y que con ello demostraba el interés que se está prestando particularmente a la calidad de la atención; sin embargo tales términos confunden al personal de salud y para ser honestos, no parecen tener relación directa con el servicio cotidiano proporcionado a los pacientes. Pese a todo esto, *no se incluyen en los programas de enseñanza.* Dentro del mismo artículo los Dres. Fuentes y Aguirre nos dan un panorama de los antecedentes de la calidad y de la forma en que fue surgiendo y estructurándose. Mencionan que, en México ha existido desde la década de los sesenta un interés especial por conocer y definir la calidad y eficiencia médicas. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encuentran los primeros esfuerzos en este sentido realizados por médicos como: Fernando González Montesinos, Adalia F. Lee Ramos, Jesús González Posada y Adolfo Merele Anaya, sólo por mencionar a los pioneros. Lo cual comienza a ver sus frutos en las instituciones de salud y en los programas de enseñanza, principalmente en las áreas de posgrado. Durante los setenta, recordemos un creciente interés por diferentes instituciones de salud que instrumentan programas para evaluar y mejorar en diferentes áreas la atención médica, ya en los ochentas se forman comisiones interinstitucionales dirigidas a mejorar la calidad de la atención. Aparecen en el escenario internacional personas como el doctor Avedis Donabedian, cuya influencia en este campo le da una mayor importancia e impulso, que cristalizaría en nuestro país con una formación en

esta área de médicos como Julio Frenk, Beatriz Zurita y Enrique Ruelas, quienes a su vez serían motores de programas educativos aplicados al mejoramiento de la calidad de la atención. Posteriormente la preocupación por mejorar la calidad de la atención se enfrentó inicialmente con problemas de definición; pero sobre todo, al de elaborar la metodología adecuada que permitiera evaluar la calidad y valorar la eficiencia de los servicios de salud; tal vez el más importante de todos fue generado por el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud.¹⁶

En el mismo año de 1999 en el artículo de "Interconsulta y calidad en el trato con el paciente", del Dr. Jorge Maza Vallejos opina que se propicia que el paciente vea al médico exclusivamente como un prestador de servicios; se rompe así con la relación médico-paciente, que es fundamental. Entonces el paciente exige del médico eficiencia absoluta, y se pierde la noción de que, primero, los médicos no somos dioses, y que los pacientes no son máquinas. Si los seres humanos fueran máquinas, deberíamos tener todos los elementos para remediar el problema de la máquina, sin perder de vista que hay máquinas que definitivamente no tienen compostura. Es decir, aún en la mecánica pura, hay máquinas que necesitan ser descartadas, pero los humanos no somos máquinas, ni los médicos somos mecánicos, sino eso precisamente, médicos. Entonces esa lejanía que se presenta entre el paciente y el médico provoca precisamente esa búsqueda de eficiencia absoluta en todas las acciones y esta obsesividad por buscar en qué se cometió un error, para poder exigirle al médico una responsabilidad absoluta en este sentido. Ahí las cosas degeneran, mientras se pierde el concepto de lo que es el arte médico. El arte médico no es más que la relación entre dos individuos, uno que sufre y otro que pretende dar ayuda a su sufrimiento. El médico sabe lo que el paciente necesita; pero ahí es donde entra el aspecto del arte; éste es el aspecto artístico de la medicina, que depende de la habilidad de cada médico para recibir las necesidades de sus pacientes. Hay médicos que no tienen esa capacidad; es decir, que no son tan

perceptivos, a la mejor lo que el paciente necesita es tranquilidad, identificación, paz interna, y eso lo puede proporcionar el médico con un poco de cariño y confianza. Entonces, si, el médico debe percibir qué necesita su paciente, de acuerdo a las condiciones, características, carácter, personalidad, estado anímico, si está la familia, si no está la familia, saber como hablar y cómo portarse ante cierta polémica; porque de otra forma, uno pierde la oportunidad de ejercer la parte artística de la medicina: dedicarse al paciente en cuerpo y alma. Esa es la problemática a la que nos estamos enfrentando en la actualidad, hay tales personalizaciones, tales fracturas de relación médico paciente, en los que el paciente exige al prestador de servicios una actitud ciento por ciento eficiente, más allá de las condiciones en que se encuentre el organismo enfermo. Desgraciadamente, por la globalización que se vive actualmente, hemos ido copiando ciertos modelos de países desarrollados. Lo malo es que nosotros copiamos los aspectos negativos. Entonces como en los Estados Unidos de Norteamérica nuestro vecino más cercano y potencia más importante del mundo, para exigir al médico eficiencia, se estila demandarlos, igualmente, actuamos en ese sentido. El paciente, al no tener una medicina eficiente que cure esos males de manera adecuada a sus expectativas, se siente con el derecho de demandar.

Para prevenir nuestro problema tendríamos que:

- 1) Concientizar a nuestra gente de que lo más importante en la relación de un individuo que busca atención con su médico es precisamente la confianza;
- 2) No fomentar estas situaciones, cada vez más frecuentes, donde incluso, los médicos también pecamos.

El Dr. Maza sugiere en su artículo una estrategia para una buena atención, y es que según él, la más importante de todas es el trato personalizado: el trato directo con el paciente y el buen ejercicio del arte

médico. Consistiría en percibir desde la primera consulta qué es lo que el paciente requiere y lo que espera del médico. En segundo lugar, identificar su personalidad con el paciente, y que la mejor estrategia, obviamente, es dar la mejor consulta posible desde el punto de vista científico, académicamente hablando. Y finalmente una conclusión que nos proporciona, al respecto el Dr. Maza, es que él médico necesita aplicar todos los aspectos de su conocimiento científico a favor de su paciente, pero con esa sensibilidad especial, con esa intuición, con ese carisma que se requiere para tratar que su paciente lo vea cercano, como un individuo preocupado por su salud, no como un objeto al cual tiene que curar, o un objeto del cual se tiene que obtener un beneficio económico.¹⁷

En 1999 el Dr. Guillermo Fajardo Ortiz en su artículo, "Dos enfoques de calidad: el paciente y el médico". Describe, que el arte médico no solo es una aplicación del conocimiento en su característica tradicional, sino desde una perspectiva más amplia, que contempla el aspecto clínico, sí; pero también el familiar, el social, el medio económico del paciente; en suma el entorno. Así, cuando planeamos un servicio médico o lo evaluamos, asumimos los diversos aspectos que influyen para dar una mejor atención desde el punto de vista de calidad, de oportunidad, de servicio, de equidad. Ahora el paciente tiene más información sobre su salud; las personas en estos momentos son más demandantes que hace unos años. Conocen más de salud, requieren más servicios médicos que antes. Esto hace que el arte médico vaya cambiando. La persona que necesita un servicio ya no es tanto un paciente, en muchos casos se está convirtiendo en una persona que responde a una persona activa, que quiere, que solicita, que requiere, y que debe contribuir a su propia atención; no solo ser "paciente", sino una persona proactiva. Si una persona es proactiva nos facilitará, el servicio, que la calidad sea mejor; no sólo va a recibir; ella será participe del servicio. En los últimos años hay mayor conciencia médica respecto a la calidad del servicio, aunque es verdad que de calidad se empezó a hablar hace muchos

años. Hace diez años, los médicos empezaron a tener más conocimiento, a ser más receptivos respecto a la calidad. Naturalmente, hablar de calidad es ambiguo, lo que puede ser calidad para el paciente es distinto para el médico. Pero, ¿Qué significa la calidad en el fondo? ; Significa una relación humana, cordial, afectuosa, de entendimiento, de honestidad, de respeto, de claridad. Porque si tengo más carga de trabajo, tengo que hacer las cosas con mayor rapidez, y quizá con menos eficacia. Y eso nos lleva a la calidad del médico.¹⁸

Así mismo el Dr. Luis Guillermo Ibarra en su artículo “Una más amplia currícula médica, calidad por ganar”, publicado en 1999 comenta que, el médico está obligado a escuchar al paciente; a dar soluciones, a orientar al paciente y a sus familiares. Refiriéndose al imprescindible cambio en la relación médico–paciente; debe ser más amplia, quizá regresar al origen de una relación médico-paciente más estrecha con el paciente y con la familia; ser de nuevo, casi el consejero; regresar en cierta forma a esa relación hermosísima del médico con su paciente, con la familia del paciente y con la comunidad.¹⁹

En 1999, el Dr. Jorge Gaspar Hernández establece en su artículo “Calidad es seguridad”, que el arte médico es aquella parte del tratamiento que se da en un paciente. No se puede medir en forma objetiva ni en forma cuantitativa; es una práctica desde el punto de vista cualitativo. ¿De que manera se lleva a cabo? Como cualquier otro arte. Según el Dr. Gaspar no es lo mismo el médico que lo hace con interés, aprendiendo todo lo que es el paciente: su edad, sexo, familia, su nivel no solo económico, sino el social, la manera en cómo se ubica el médico con relación al paciente para establecer el tratamiento. Entonces, el médico posee dos papeles: uno es restablecer el estado de salud, lo que se hace en forma satisfactoria: y en cuanto a prevención, lo que estamos haciendo es aún muy pobre. Igualmente, ha llegado el caso de distinguir entre la medicina privada y la pública, sabemos

que la diferencia la hace el médico. La relación médico-paciente no está desgastada, pero pasa por una situación de riesgo debido a la atención impersonal de los servicios institucionales, el paciente pasa a ser un número más que un caso; es alguien a quien no se ve con la frecuencia debida ni con el seguimiento adecuado. El trato que se debe dar al paciente es un trato humano y no un trámite. Los médicos mexicanos, la mayoría ejercen pensando en la responsabilidad que tienen, que aún no estamos como en la sociedad americana, donde el médico ejerce con la angustia, con el temor, con el riesgo potencial de una demanda.²⁰

Luego entonces, Claudia Infante, Luis Felipe Abreu y Cuauhtémoc Solís llevaron a cabo la formulación del artículo, "Percepción de los usuarios sobre los problemas de calidad de la atención médica", en el mismo año de 1999, donde plantean que no sólo se debe evitar las quejas o brindar estrategias para que éstas se expresen y resuelvan. El fin primordial es aprovecharlas para guiar los cambios de mejora de la calidad de la atención médica a partir de renovadas formas de relación médico-paciente, en las cuales los pacientes y los proveedores compartan tanto el poder y el control, como la responsabilidad. A través del estudio de las quejas de los usuarios sobre la calidad de la atención médica interpuestas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se ha podido determinar que los motivos de controversia usualmente están relacionados con un conjunto de problemas percibidos por los pacientes durante el proceso de atención. Por ello, comprender la expresión de las insatisfacciones de los usuarios sobre los problemas de atención médica requiere contemplarse como un proceso complejo no lineal. Existe una serie de elementos que deben ser considerados para poder conformar una visión integral y más certera del proceso de la queja médica. La comprensión de estos factores permite entender y por ende, brindar una mejor atención a las quejas que llegan a interponer los pacientes o sus familiares ante las instancias creadas para ello.

Los problemas, errores, etc., en la atención médica no se dan en forma aislada, son producto de la interacción de una serie de sucesos, en donde es posible identificar cuatro subsistemas:

- El contexto;
- La organización de la atención;
- la práctica médica, y
- La perspectiva de los actores: del paciente y del médico.

El mecanismo de “construcción social del problema de calidad de la atención por parte de los pacientes” está íntimamente relacionado con aspectos de conocimiento, creencias, expectativas, factores perceptuales y cognitivos de los usuarios. Estos elementos psicológicos sólo cobran sentido dentro de los procesos de interacción social “situada” en tiempo y espacio. Por ello, en muchos casos la naturaleza de los hechos no es la que los hace *per se* “problema de calidad dentro de las quejas”. Esto depende, más la categorización y significado que le otorga el usuario como “problema” ubicado dentro de contextos, organizaciones y tipo de práctica médica, lo que les da el carácter de “motivo de queja” y hace que se exprese como “problema de calidad de atención percibida por el usuario”. De conformidad con la percepción e interacción que le da el usuario, muchos de los problemas que éste califica como “negligencia médica” los atribuye a falta de conocimientos del prestador. Sin embargo, es posible que dichos problemas no sean atribuibles a los médicos, sino a la incertidumbre de la medicina. La incertidumbre en el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico puede causar insatisfacción al paciente. Con la finalidad de que ésta se convierta en fuente de insatisfacción de los usuarios, se requiere informar adecuadamente a los pacientes, así como una buena comunicación entre el binomio médico-paciente. No hay que olvidar que, finalmente, es la población quien legitima a todas las profesiones y en particular, a los prestadores de servicios médicos.²¹

Así mismo en 1997, Chang de la Rosa Martha, Alemán Lage María del Carmen, García Roche René y, Miranda Raúl Jorge publican su artículo “Evaluación de la calidad de la atención médica en el subsistema de urgencias del municipio 10 de octubre 1997”; en el que se menciona que son múltiples las transiciones que entorno al tema de calidad de la atención médica se han dado en los últimos 100 años. Sin embargo, como en muchos otros aspectos en la evolución de la sociedad contemporánea, los últimos diez años han sido particularmente dinámicos. En México, desde finales de los años cincuentas, empezaron las primeras experiencias de aseguramiento de la calidad por medio de las primeras auditorias formales de expedientes clínicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y unos años más tarde por medio de las cédulas de evaluación hospitalaria. Casi treinta años después, en 1984, se inició la que fue la primera experiencia en México bajo un enfoque de calidad total-mejora continua como una experiencia conjunta entre el Instituto Nacional de Perinatología y el Centro de Investigaciones en Salud Pública. A partir de la segunda mitad de los ochentas empezaron a proliferar experiencias similares que continúan reproduciéndose y depurándose. Actualmente el tema de la calidad constituye un signo innegable de nuestro tiempo en todos los ámbitos del quehacer humano y que muchos son los factores que actualmente inciden en el hecho de que la calidad de los servicios de salud se hayan convertido, sobre todo en la presente década, en una exigencia por parte de los usuarios y en una prioridad para las instituciones por responder adecuadamente con calidad a los servicios que proporcionan. Así que se considera que la calidad, en lo que se refiere a los servicios de salud, es un concepto medible con objetividad, evaluable continuamente y, sobre todo mejorable permanentemente. Por lo tanto si los servicios tienen alta calidad, eso significa que podrán satisfacer adecuadamente las necesidades de salud.²²

Posteriormente la Dra. Mabel Yolanda Serrato en el año 2000 realiza un artículo llamado "Antecedentes históricos de Auditoría en Salud", donde hace una excelente recopilación, y menciona que, la auditoría en Salud nace con la profesión Médica, bajo vertientes fundamentales de evaluar y educar.

Las practicas para mejorar la calidad de salud tienen varios orígenes:

- a) El Método Científico utilizado por los profesionales de la salud para determinar eficiencia en los medicamentos, evaluación de técnicas de diagnóstico, evaluación del éxito en las intervenciones y decisiones quirúrgicas, dan la capacidad profesional para elaborar hipótesis y probarlas, de allí que el mejoramiento de la calidad es parte de la formación.
- b) Modelos de la Actividad Institucional, tales como La Gestión de la Calidad Total (G.C.T.), o el Mejoramiento Continuo de la Calidad (M.C.C.), son modelos industriales.

Los médicos norteamericanos comenzaron a utilizar estos modelos en los años de 1980 y se continúan desarrollando cada vez más. Algunos de los nombres claves en los modelos industriales de mejoramiento son: Deming: contribuyó en la industria japonesa después de la segunda guerra mundial, él creía en las estadísticas como base para la calidad en la gestión, y que ésta podría mejorarse si se mejoran los procesos; Juran, otro líder en el movimiento para la calidad planteó su filosofía, que se conoce como la trilogía de Juran; Crosby, creó la Filosofía de los estándares, para lograr la excelencia. Los primeros reportes sobre Calidad se reportan a mediados del siglo XIX, cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica en Gran Bretaña. El primer programa de Auditoría Médica, fue instaurado en 1910 por Flexner, cuando da a conocer un informe denominado "Cirugías, Verdaderas Trampas Mortales", donde condena las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos generales, faltos de capacitación adecuada, y sin pericia, sumadas a la deficiencia del sector hospitalario. En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión conjunta de

Acreditación de Hospitales. En 1960 el Seguro Social Mexicano inicia programas de Evaluación de Calidad en Salud. En 1965 en España se inicia la acreditación de hospitales. En 1983 en Canadá se exige por parte del gobierno poner en marcha programas de Garantía de Calidad. En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Finalmente la Calidad en Salud; La Organización Mundial de la Salud la define como: Un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo de riesgos para el paciente, alto grado de satisfacción por parte del paciente. Impacto final en la salud "La Calidad es la satisfacción de las necesidades del cliente a sus expectativas razonables". La calidad es una propiedad de la atención que puede ser obtenida en diversos grados, de acuerdo a la percepción de satisfacción del usuario, es decir, el paciente puede estar satisfecho con la atención recibida aún cuando no siempre podrá juzgar la verdadera efectividad e incluso la ética del tratamiento al cual fue sometido. La calidad no es un concepto absoluto sino relativo en el que los beneficios y los riesgos deberán ser medidos por standard, así la calidad resulta siempre un juicio comparativo.²³

Así mismo en un artículo publicado por la Secretaría de Salud, respaldado por el Gobierno de México sobre "La cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud" en el 2001, menciona que tiene como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud más efectivos. Colocar a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud, en beneficio de la población. Esta cruzada surge como respuesta al compromiso de campaña del Presidente Vicente Fox Quesada y constituye una clara expresión de los valores democráticos e incluyentes del nuevo gobierno que, busca ofrecer a la población servicios de la más alta calidad. La Cruzada permitirá que la atención médica sea más efectiva, eficiente, ética y segura. Será efectiva porque logrará alcanzar los resultados esperados por el usuario de los

servicios de salud; eficiente porque fomentará el uso óptimo de los recursos de los que dispone; ética porque se apegará a los valores universales y segura porque ofrecerá un servicio que involucre los menores riesgos posibles.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001-2006; deberá enfrentar importantes desafíos. Entre los principales retos que habrá de superar se encuentran:

- La baja calidad, en promedio, de los servicios de salud;
- La heterogeneidad del servicio a nivel nacional;
- La percepción generalizada de una mala calidad de servicio; y
- La información deficiente y poco confiable.

En congruencia con los retos que enfrenta el sector, la Cruzada se ha propuesto elevar la calidad de los servicios de salud y homologarla en niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población.

Para alcanzar este objetivo se han planteado diez líneas fundamentales de acción:

1. Elaboración y difusión de códigos de ética.
2. Educación sobre, para y de calidad.
3. Información para y sobre el usuario y el desempeño.
4. Sistemas de mejora continua.
5. Reconocimiento del desempeño.
6. Estandarización de procesos y monitoreo de los resultados.
7. Certificación de individuos y organizaciones.
8. Racionalización regulatoria.
9. Mejoras de alto impacto en los procesos de atención.
10. Impulso a las mejoras en otros ámbitos que influyan en la calidad.

En México, el sector salud vislumbra un cambio histórico. La cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud es uno de los ejes de este proceso de transformación.²⁴

Carta de los Derechos Generales de los Pacientes Diciembre, 2001

El mensaje central del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 destaca el esfuerzo que se hará para progresar en la salud de los mexicanos, lo que supone entre muchos otros, la aplicación de las normas y los procedimientos en las instituciones con un sentido centrado en la tradición social. De igual forma, se considera que para hacer realidad estos proyectos, México debe contar con un sistema que responda con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de los mexicanos, que amplíe sus posibilidades de elección, que cuente con instancias eficaces para la presentación de quejas y con mecanismos de participación en la toma de decisiones.

Para coadyuvar al cabal cumplimiento de estos compromisos, surge la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual propone mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre entidades, instituciones y niveles de atención, lo que implica entre otros aspectos, garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionarles información completa y una atención oportuna.

Por ello, el programa Nacional de Salud destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer sus demandas, lo que entraña respetar su dignidad y autonomía, garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente y brindar una atención que minimice los múltiples puntos de espera. Aspectos de mayor relevancia en los que la CONAMED en sus labores ha contribuido intensamente, favoreciendo la aplicación de medios alternativos para la solución de conflictos, y no sólo ha puesto a disposición de médicos y pacientes la posibilidad de resolver sus diferencias a través de la conciliación y el arbitraje, sino que además, estadísticamente lleva a cabo acciones de gestión, que resuelven problemas inmediatos del



paciente. De igual manera emite recomendaciones para contribuir a elevar la calidad de los servicios médicos y mejorar la relación médico-paciente.

Sin embargo, es necesario avanzar en la consolidación de una cultura que fomente la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, por lo cual es necesario destacar las prerrogativas que las propias disposiciones sanitarias de nuestro país regulan en beneficio de los pacientes, las cuales habian de definirse en forma precisa y difundirse entre los propios usuarios de los servicios de salud. Es por ello que se encomendó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico esta tarea, encaminada a coordinar los esfuerzos institucionales para definir un proyecto que fuera puesto a consideración de las organizaciones sociales. En él se plantearon los derechos de los pacientes frente al médico que le brinda atención, que concluyó con el diseño de la presente Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

El decálogo incluye además, en cada uno de sus artículos, el fundamento legal contemplado en los diferentes ordenamientos jurídicos relacionados con la materia.²⁵

1. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.

2. RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

Ley General de Salud Artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.

3. RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; Se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

4. DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1 Anteproyecto del Código — Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3 "Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente" del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

5. OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

Ley General de Salud. Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1

6. SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio

de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.6 Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Artículo 36. Ley General de Salud. Artículos 136, 137 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19 y 35.

7. CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30. NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.9. y 5.5

8. RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.



Ley General de Salud. Artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 71 y 73.

9. CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 32. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

10. SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

Ley General de Salud. Artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13.²⁶

Así mismo en el 2001 el Dr. Luis Hernández Gamboa realiza la publicación de su artículo "Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica". Donde menciona que dentro de las relaciones humanas, la relación médico-paciente es una de las más complejas e intensas, que se basa en la ética y en la deontología. La bioética tiene tres pilares fundamentales que son: la beneficencia y no maleficencia, la justicia y la autonomía, todo esto deriva en la libertad con responsabilidad, es decir, con conciencia moral. La relación médico-paciente entonces está basada en un vínculo de coparticipación emocional, y que solo termina cuando el paciente se alivia o muere. Es necesario reconocer la dignidad del enfermo, tratarlo en su totalidad, respetar su libertad de elección, fomentar su participación y desde luego ponerse en el lugar del otro.

Posteriormente describe a la relación médico-paciente como una de las más complejas e intensas, ya que tanto paciente como médico dependen mutuamente del saber del otro, de su deseo de sanar y de su compromiso en el proceso terapéutico. Este vínculo ha sido conceptualizado desde el punto de vista legal como un contrato, generalmente no escrito, sustentado entre personas autónomas, que son libres de iniciar o romper esta relación en la medida en que el paciente no se abandonado y que hay que entender que esta relación, más que legal se basa en la ética y en la deontología, y que uno de los nexos más antiguos que han existido es entre la filosofía y la medicina. La definición de Ética de la Universidad de Georgetown de Washington, una de las más aceptadas del mundo, dice: "Es el estudio minucioso del acto humano en las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los principios y los valores morales". Mientras que la deontología es la ciencia o tratado de todos los deberes, el deber ser, y la deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico. La primera gran razón por la que no hay posibilidad de medicina sin ética, es la liga indestructible que existe entre el

saber y el poder, este último entendido como un principio de vida o de muerte, es decir, el poder médico puede ser de creación o de destrucción.²⁷

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006, estima el reto de la calidad, y menciona que además de contribuir a mejorar las condiciones de salud de la población, los sistemas de salud deben esforzarse por responder de manera adecuada a las expectativas de los pacientes. Esto implica ofrecer servicios de salud efectivos en un marco que respete la dignidad de las personas, su autonomía y la confidencialidad de la información. Un trato adecuado significa también disponer de servicios básicos dignos en las unidades de atención, esperar tiempos razonables por una consulta o una intervención y tener acceso a redes de apoyo social. El Sistema Mexicano de Salud enfrenta a este respecto problemas tanto en el componente técnico de la atención como en la calidez de los servicios. Estos problemas de calidad, además, son claramente percibidos como prioritarios por la población mexicana. No es de sorprender, por lo tanto, que el usuario de los servicios de salud en México se muestre insatisfecho con la calidad de los servicios. De acuerdo con la segunda Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud, aplicada por la Fundación Mexicana para la Salud en mayo de 2000, los mexicanos piensan que, en este momento, la atención del gobierno debe centrarse en el desempleo, la seguridad pública, los salarios, la educación y los servicios de salud. Se piensa que a los usuarios de los servicios públicos de salud se les trata con poco respeto sobre todo a los indígenas, las mujeres y los pobres y se les impide el acceso a sus redes sociales de apoyo, más que nada cuando están hospitalizados. El hostigamiento y el maltrato son dos de los motivos de queja más frecuentes ante las comisiones de derechos humanos. Cuatro de cada diez mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud.

El Programa Nacional de Salud en su estrategia 4, menciona desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud, por lo que la calidad

debe entenderse como el grado en que los servicios mejoran la salud de manera congruente con las normas profesionales y los valores de los pacientes. La primera busca alcanzar los mayores beneficios con los menores riesgos, al prestar los servicios de salud de acuerdo con las mejores normas de la práctica profesional. La dimensión interpersonal, que se ha dado en llamar “calidez” de la atención, supone el respeto al paciente como ser humano y la búsqueda de su satisfacción plena.²⁸

Posteriormente en el período del 2003 se llevó a cabo la publicación del artículo “La evaluación del desempeño como alternativa a la baja productividad de los servicios públicos de salud de Venezuela” realizado por la Dra. Maribel Lizarzábal donde hace el comentario de “El viejo paradigma de la medición: medir para decidir; si no se puede medir, no se puede mejorar. Y que la efectividad o la eficacia, por su parte, se define como el logro exitoso de objetivos establecidos, por lo que “Eficiencia” es hacer las cosas bien, “Eficacia” es hacer las cosas debidas. Así que una institución pública de salud requiere metas claras e indicadores que guíen y evalúen su desempeño.²⁹

MODELO DE CALIDAD INTRAGOB

Metas de Calidad:

INTRAGOB: Modelo de Innovación y Calidad, Calificación de nivel de madurez, Reconocimiento anual INTRAGOB, Formación de Evaluadores: Implantación de la Cultura de Administración por Calidad Total en el Gobierno Federal (TQM).

ISO 9001:2000: Certificación del Sistema de Gestión de la Calidad en los procesos sustantivos, en base al cumplimiento de los requisitos de la norma internacional ISO 9000, NMX-CC-9001-IMNC 9001: 2000.

ISO 9000/2000:

Principios para la Gestión de la Calidad de las normas NMX-CC-ISO 9000: 2000:

- Enfoque el Cliente,
- Liderazgo,
- Participación del personal,
- Enfoque basado en procesos,
- Enfoque de sistema para la gestión,
- Mejora continua,
- Toma de decisiones basada en hechos, y
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor y partes interesadas.

INTRAGOB:

- La Meta Presidencial para 2006 es lograr un Gobierno Certificado, con una calificación de 550 puntos en promedio, implantando la Cultura de Dirección por Calidad Total (*Modelo INTRAGOB*).
- La Red de Calidad del Gobierno Federal, ha propuesto el Modelo de Dirección por Calidad Total (*Modelo INTRAGOB*). La SAGARPA participa en esta Red y en el grupo de trabajo para definir el Modelo.
- A fin de 2001, la Red solicitó a todas las Dependencias requisitar un Cuestionario para la Autoevaluación del Modelo INTRAGOB.
- El autodiagnóstico INTRAGOB estimado por la DGPECS para la Secretaría., para fines del 2002 fue de 218 puntos
- La SAGARPA comprometió 107 puntos de avance en su calificación, para obtener 325 puntos como meta sobresaliente para el presente año.
- Se debe actualizar la calificación INTRAGOB en todas las Unidades de la Secretaría, para una valoración realista.

PRINCIPIOS DE CALIDAD:

El Modelo INTRAGOB se fundamenta en los principios de Calidad del Gobierno Federal:

- Satisfacción del Cliente y Ciudadano.
- Calidad en el Servicio.
- Calidad de vida en el trabajo.
- Comunicación Organizacional.
- Uso eficiente de los Recursos.
- Respeto al entorno.
- Integridad, transparencia y Honestidad.
- Mediciones.
- Mejora Continua.

VALORES DE CALIDAD:

Adicionalmente, el Modelo INTRAGOB se basa en los Valores de Calidad siguientes:

- Liderazgo participativo,
- Vocación de Servicio,
- Trabajo en Equipo,
- Orden y disciplina, y
- Reconocimiento.

CRITERIOS POR EVALUAR:

- Satisfacción del Cliente y Ciudadano,
- Liderazgo,
- Desarrollo del Personal y del Capital Intelectual,
- Administración de la Información y de la Tecnología,
- Planeación,
- Gestión y Mejora de Procesos,

- Impacto en la Sociedad, y
- Resultados.

MODELO DE CALIDAD INTRAGOB (MODELO DE ADMINISTRACIÓN POR CALIDAD TOTAL (TQM), DE LA RED DE CALIDAD DEL GOBIERNO FEDERAL)

OBJETIVOS INTRAGOB:

- Modelo de Innovación y Calidad,
- Calificación del nivel de madurez de las Dependencias y Entidades de la Administración Pública Federal,
- Formación de Evaluadores INTRAGOB,
- Reconocimiento anual INTRAGOB, e
- Implantación de la Cultura de Administración por Calidad Total (TQM) en el Gobierno Federal.

Antecedentes:

- El Modelo de Calidad INTRAGOB es una adaptación del Modelo del Premio Nacional de la Calidad, a la Administración Pública Federal.
- La Red de la Calidad del Gobierno Federal, liberó esta 2ª versión del Modelo, a fines de marzo del 2003.
- El Modelo INTRAGOB se compone por ocho criterios o *sistemas*, interrelacionados entre sí como un proceso.
Estrategias del Modelo de Calidad Intragob, que contribuyen a la Agenda Presidencial del Buen Gobierno:
 - Gobierno que Cueste Menos
 - Gobierno de Calidad
 - Gobierno Profesional
 - Gobierno Digital
 - Gobierno Desregulado
 - Gobierno Honesto y Transparente

Ciclo Deming:

El Modelo INTRAGOB se fundamenta en la aplicación permanente del Ciclo Deming, como un Ciclo o Modelo de Mejora Continua e Innovación Tecnológica, que debe ser aplicado a cada uno de los 21 Subcriterios (o subsistemas) que detallan a los ocho Criterios (o sistemas).

INCISOS:

- Cada subcriterio debe cumplir cuatro incisos repetidos, que deben ser adaptados para cada subcriterio, relacionados con:
- Indicadores de Desempeño,
- Implantación de Programas de Trabajo,
- Comparación Referencial (Benchmarking), y
- Ciclos de Mejora Continua.

SUBCRITERIOS:

- Se presentan a continuación los Subcriterios (o subsistemas) que detallan a cada uno de los Criterios (o sistemas) que componen al Modelo de Calidad INTRAGOB.
- Se proporciona el puntaje (valor máximo) de cada uno de los Criterios y Subcriterios, con el cual se puede evaluar el nivel de madurez de cada Delegación o UR.

NIVELES DE MADUREZ INTRAGOB:

- De 0 a 200 puntos: INICIAL, en etapa de diseño o de implantación de sistemas;
- De 250 a 400 puntos: DESARROLLO, en aplicación del Ciclo de Adecuación para el control de los sistemas;
- De 450 a 600 puntos: CONFIABLE, en etapa de control e iniciando Ciclos de Mejora;
- De 650 a 800 puntos: COMPETITIVO, en etapa de aplicación de Ciclos de Mejora y de Comparación Referencial (Benchmarking), y



- De 850 a 1000 puntos: CLASE MUNDIAL, después de haber aplicado los Ciclos de Mejora y de Comparación Referencial con los mejores de su clase, a nivel mundial.

Valores de los criterios y subcriterios del Modelo Intragob

- 1 SATISFACCION DEL CLIENTE Y CIUDADANO: 180 puntos
 - 1.1 Conocimiento de necesidades y expectativas del cliente y ciudadano (60 puntos)
 - 1.2 Comunicación con los clientes y ciudadanos, capacidad de una respuesta oportuna a sus quejas y reclamaciones (60 puntos)
 - 1.3 Sistemas para determinar el nivel de satisfacción de los clientes y ciudadanos (60 puntos)
2. LIDERAZGO: 100 PUNTOS
3. DESARROLLO DEL PERSONAL Y DEL CAPITAL INTELECTUAL: 120 puntos
 - 3.1 Trabajo en equipo (30 puntos)
 - 3.2 Profesionalización y desarrollo del personal (30 puntos)
 - 3.3 Capital intelectual (10 puntos)
 - 3.4 Reconocimiento (10 puntos)
 - 3.5 Mejoramiento de la calidad de vida en el trabajo (30 puntos)
 - 3.6 Ambientación permanente para la Calidad (10 puntos)
4. ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y DE LA TECNOLOGÍA: 80 puntos
 - 4.1 Administración de la información (40 puntos)
 - 4.2 Administración de la Tecnología (40 puntos)
5. PLANEACIÓN: 80 puntos
 - 5.1 Planeación Estratégica. (40 puntos)
 - 5.2 Planeación Operativa. (40 puntos)
6. GESTIÓN Y MEJORA DE PROCESOS: 190 puntos
 - 6.1 Desarrollo de Servicios y Procesos (60 puntos)
 - 6.2 Implantación de sistemas de gestión (80 puntos)
 - 6.3 Proveedores (50 puntos)

- 7. IMPACTO EN LA SOCIEDAD: 50 puntos
 - 7.1 Mejoramiento del entorno (50 puntos)
- 8. RESULTADOS: 200 puntos
 - 8.1 Valor creado para la Dependencia o Entidad (80 puntos)
 - 8.2 Valor creado para los Clientes, Ciudadanos y la Sociedad (80 puntos)
 - 8.3 Valor creado por la Cultura de Calidad (40 puntos)³⁰

Con la participación del Gral. Brig. M.C. Ángel Sergio Olivares Morales, Cor. M.C. Manuel Quirarte Medina, Tte. Cor. M.C. Eduardo S. Neri Ruz, Tte. Cor., de Snd. Alejandro Flores Torres, se publicó el artículo: "Certificación de la calidad en la atención médica en la Clínica de Especialidades de la Mujer. Implantación de un sistema de gestión de calidad. ", 2004. Donde se menciona que la Clínica de Especialidades de la Mujer (CEM) obtuvo la certificación por el Consejo General de Salud en septiembre de 2002 y el premio de calidad INTRAGOB en marzo de 2004 en manos del Presidente de los Estados Unidos Mexicanos Vicente Fox Quesada por la implantación del Modelo de Calidad INTRAGOB. La calidad deja de ser sólo un concepto administrativo, cuando se le dan ciertas características o condiciones que, a manera de estándares, se deben cumplir y mantener, necesarios también para poder demostrar que una institución es competitiva en cuanto a los servicios que ésta provee.

El 22 de noviembre de 2001, el C. General Secretario de la Defensa Nacional tuvo a bien disponer que la Dirección General de Sanidad presentara un programa de trabajo para que en forma gradual la totalidad de las instalaciones médicas de la SEDENA funciones dentro de los estándares de los sistemas de gestión de calidad, así como su certificación por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General. Por tal motivo, la CEM, en febrero de 2002, recibió la visita del personal de evaluadores del Consejo General de Salud

(como parte de la prueba piloto), con el propósito de realizar una evaluación de la Estructura Organizacional y así medir del grado de implantación de los Procesos establecidos y conocer los Resultados obtenidos.

Contempla entre otras las siguientes actividades:

1. Funciones de atención al paciente: Relación médico paciente, evaluación de atención del paciente, expediente clínico, etc.
2. Funciones de apoyo a la atención: Gerencia enfocada a calidad, personal médico y paramédico, manejo de residuos hospitalarios, seguridad hospitalaria.
3. Proceso para medición y obtención de indicadores de resultado: Sistema de información y estadística, certificados médicos, indicadores del último año.

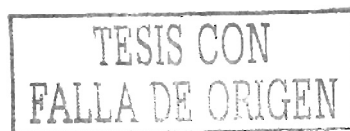
La CEM fue una de las 20 instituciones de salud que participaron en la prueba piloto de dicho programa, obtuvo 83.5 puntos, lo que representó la calificación más alta obtenida en una institución de salud, logrando con esto la Certificación por parte de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica por un período de tres años (21 de septiembre de 2002 al 20 de septiembre de 2005).

El modelo de calidad INTRAGOB está orientado a satisfacer las expectativas y necesidades de los Ciudadanos y clientes de los productos y/o servicios que proporcionan la Administración Pública Federal, la consolidación de una cultura de calidad, la mejora de la productividad y la competitividad, la innovación tecnológica, así como la actuación responsable del personal de todas nuestras instituciones ante la sociedad.³¹

Así mismo colaboran el Gral. Brig. M.C. Carlos Rivera Reséndiz y el Tte. Cor. Snd. José Luis Frutos Nava en el año 2003, para la publicación del artículo: "Avances en la certificación y en la calidad de atención médica en la Unidad de Especialidades Médicas". Donde llevan a cabo una amplia

revisión de los antecedentes históricos sobre la normatividad de los servicios de salud en nuestro país.

En la historia de México existen suficientes datos sobre la relevancia, datos sobre la definición de reglas de conducta, nuestro país cuenta con una vasta riqueza de antecedentes en la normalización o regulación del quehacer médico desde las culturas prehispánicas que habitaron Mesoamérica, donde la primera regla para el ejercicio de la medicina fue que sólo podían ejercerla quienes estaban capacitados para ello. Hacia 1526 se creó la fundación para supervisor la actividad de las parteras, el correcto funcionamiento de las boticas y evitar la charlatanería de los facultativos en contra de los pacientes. Durante la época de la Conquista, el médico debía realizar acciones para la convivencia sana de la comunidad; entre ellas, vigilar el cumplimiento de las normas que ahora podemos considerar de salud pública, la limpieza de las calles, quema de basura, limpieza de los acueductos y disposición de excretas, entre otras; así mismo, con respecto a la asistencia médica, se reconocía la obligación de que el clínico participara en los hospitales donde se atendía a los pobres. El Protomedicato, creado en la época colonial, se constituyó en una institución reguladora de la formación y la práctica médica, así como para vigilar y supervisar la atención proporcionada por el médico. La Academia de Medicina surgió en 1851; de igual manera hacia 1853 se suprimió el Protomedicato y un año después se constituyó el Consejo Superior de Salubridad General, que junto con los ayuntamientos realizaban la vigilancia de las acciones médicas y de salud pública. Hace más de 100 años, a la Dirección de la Beneficencia Pública se le concedieron funciones reguladoras; promovió avances sustantivos de carácter sanitario para la comunidad y emitió un reglamento que permitiera el buen funcionamiento de los hospitales. Al término de la revolución se hizo indispensable crear un organismo del Ejecutivo Federal con amplias atribuciones para normar acciones fundamentalmente contra las epidemias y a favor del saneamiento urbano; así nació el Departamento de Salubridad General. En 1943 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública,



dándose inicio a un largo y fructífero período para la salud de los mexicanos; actualmente corresponde a la Secretaría de Salud el papel de rector y coordinador del Sistema Nacional de Salud. Con la revelación a rango constitucional del Derecho a la Protección de la Salud, en 1984, se inició un proceso de reforma de la legislación sanitaria cuya resultante fue la promulgación de la Ley General de Salud; esta última ha tenido reformas acordes con los avances médicos, tecnológicos, de desregulación y modernización administrativas. Desde el inicio del periodo gubernamental (1994-2000) se instrumentó el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. En éste se señala que es responsabilidad de la Secretaría de Salud desarrollar una política racional de regulación sanitaria, con enfoque de riesgo, y promover, a través del fomento sanitario, el mejoramiento continuo de los servicios de salud. Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), su propósito fundamental es establecer criterios de conducta acerca de lo correcto o incorrecto con respecto a cualquier procedimiento; impone a los individuos deberes y obligaciones, y establece sanción o pena para disuadir a quienes contravengan con su conducta el mandato implícito en ella; es decir, las normas prescriben deberes o confieren derechos a las personas que integran la sociedad, en otras palabras, dan un trato igual a todos los miembros del grupo social. La Secretaría de Salud contribuye en la integración del Programa Nacional de Normalización, proponer y expedir normas oficiales mexicanas con base en políticas institucionales en materia de salud y tiene la responsabilidad de emitir normas que garanticen mínimos de calidad y disminuyan los riesgos que existan para la salud de las personas, o el buen funcionamiento de los establecimientos y servicios de salud.³²

Así mismo durante el 2004 el Dr. Jaime Otero M., y el Dr. Jaime I. Otero I., de Perú realizaron una recopilación de datos en su artículo "Calidad en Odontología. Avedis Donabedian" donde manifestaron su interés por el

estudio de los temas relacionados con la calidad en Odontología y en la atención de la salud, enfocándose en todo aquello como lo que el Dr. Avedis Donabedian, supo conceptuar acertadamente sobre el tema. El Dr. Donabedian es conocido como el fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por diversos conceptos o pilares sobre la calidad. Dijo el Dr. Donabedian en 1996, "Cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa". Y ya desde 1966 introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención de la salud. Las declaraciones que hizo antes de su muerte, nos da a conocer mucho de su pensamiento sobre la atención en salud, frases como: "Mantenga contento al paciente, sea amable con el paciente, llámelo señor o señora; recuerde su nombre"; "La comercialización de la atención es un gran error, la salud es una misión sagrada"; "No estamos vendiendo un producto, no tenemos un cliente que entiende todo y hace elecciones razonables"; "Uno debe amar a su paciente; uno debe amar su profesión".³³

Actualmente Alfredo Salazar de Santiago publica el artículo "Cultura de la evaluación de los servicios de salud en la facultad de odontología de la universidad autónoma de Zacatecas, México, 2005". Donde se menciona que evaluar las diferentes actividades que se realizan, representa la única forma en que se puede analizar el papel que se desempeña para el logro de lo que se propone de antelación. La institución necesita entender claramente lo que implica un proceso donde se evalúen una de sus funciones sustantivas como lo es el de servicio, donde aparte de proporcionar un servicio de salud para la comunidad, necesita la redefinición de sus propios objetivos en la medida en que estos no se ajusten a las propias necesidades del que los solicita. "Evaluar es comparar de forma permanente y en un momento determinado, lo que se ha alcanzado mediante una acción con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a una programación previa". Se puede decir que la evaluación es un enjuiciamiento analítico entre lo

planteado y lo realizado, que precisa el grado de éxito o fracaso de una acción, comparando sus resultados con lo que se esperaba de ella. Por lo tanto, una evaluación revela la efectividad de las acciones emprendidas trayendo de antemano como consecuencia una meta determinada. La evaluación está consagrada al principio de la utilidad. Según esto, no se evalúa por el solo ejercicio intelectual de descubrir una verdad oculta, sino que se hace porque de ahí se derivará un mejoramiento en la marcha de un proyecto o su eliminación, si es que éste aparece como la medida más razonable. La evaluación es parte, en consecuencia, del proceso racional de toma de decisiones. La evaluación de los sistemas de salud ha sido un aspecto que ha estado latente en las últimas décadas; aún a pesar de esto, no ha alcanzado un espacio de vital importancia en la propia práctica de la atención. En la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud que llevó a cabo la Fundación Mexicana para la Salud en 1994 y que refleja que, para la población mexicana, el principal problema de los servicios de salud privados y públicos, es la "mala calidad".³⁴

El Cor. M.C. Manuel Quirarte Medina, Cor. M.C. José Roberto Sierra Páramo, Tte. Cor. Enfra. Rosa María Volantín Hernández y, el Mayor M.C. Santos Regino Uscanga Sánchez, colaboran en el 2004 para la publicación del artículo, "Aseguramiento de la calidad en instalaciones de atención médica de las Fuerzas Armadas de México", donde manifiestan que el gobierno federal pretende lograr la satisfacción del cliente y la percepción ciudadana de calidad en los servicios, mediante la implantación de sistemas de calidad. El aseguramiento de la calidad tiene como propósito incorporar la cultura de la calidad a los integrantes de organizaciones prestadoras de servicios, de manera tal que se originen espontáneamente actividades en forma compartida, actitudes, costumbres, hábitos y valores. La meta es lograr un gobierno de clase mundial mediante el desarrollo de las Seis Estrategias de la Agenda Presidencial de Buen Gobierno. El cumplimiento de la misión incluye entonces desarrollar las acciones de mando necesarias

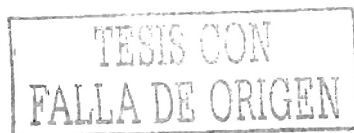
para implantar el sistema de calidad, y un sistema de aseguramiento de la calidad con el propósito de lograr la integración de la cultura de la calidad en cada individuo y en la organización. Para implantar un sistema de calidad en una organización, la dirección debe nombrar a un grupo responsable, quien deberá realizar un diagnóstico situacional, escribir los procesos, vigilar que se cumplan, marcar los responsables de cada proceso y de cada actividad, analizar los resultados para proponer las acciones de mejora continua.³⁵

Así mismo el Académico Dr. Héctor G. Aguirre Gas publica en el 2004 su artículo que lleva por título: "Principios éticos de la práctica médica". En el que hace una recopilación muy completa de los principios éticos. En la época actual la población en general y los usuarios de los servicios de salud en particular, están más informados, conocen mejor sus derechos y están más dispuestos a hacerlos valer. Los pacientes han desarrollado su cultura médica en forma sorprendente y con frecuencia conocen más de su padecimiento que la población en general, y cuestionan las aseveraciones y las indicaciones de sus médicos. Inicialmente discutían la prescripción como resultado de haber consultado un diccionario de especialidades farmacéuticas; en la actualidad hacen referencia al último artículo sobre el tema aparecido en Internet. Los errores, omisiones o incluso negligencias, son puestos en evidencia por el paciente y sus familiares, a través de quejas y demandas en diferentes instancias públicas.

Si nos remontamos al Juramento de Hipócrates, en él podremos advertir la presencia de conceptos que en la actualidad tienen vigencia: el principio de beneficencia, a través de la conocida frase "primero no hacer daño", no practicar intervenciones para las que no se esté capacitado, respetar la intimidad humana y el secreto profesional.

Con el propósito de manejar conceptos uniformes, se proponen las siguientes definiciones:

- *Moral*: del latín mores, significa costumbre o conjunto de costumbres y se refiere a la "ciencia que trata del bien en general y de las acciones (humanas en orden a su bondad o malicia", considerándose como "condición de las acciones humanas, que las hace buenas"). En un enfoque diferente se ubica a la moral como "conjunto de costumbres que ha sido llevado a nivel de normas y que se propone como marco regulatorio para una buena sociedad".
- *Ética*: del griego ethos, significa costumbre o hábito, y de eethos, guarida y, posteriormente, carácter. Carácter moral que orienta hacia el bien. La ética se concibe como el pensamiento filosófico crítico sobre lo moral, con base a la libertad de elección de los seres humanos, dentro de la justicia; lo ético puede prevalecer sobre lo moral, por un bien superior. Para fines de este trabajo ubicaremos a la ética como "parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre".
- *Bioética*: "rama de la filosofía que determina la práctica adecuada de los actos relacionados con la vida de la persona en particular y de los seres vivos en general, orientados hacia la preservación de la vida, a la luz de los principios morales".
- *Deontología médica*: tratado de los deberes de los médicos.
Con base en los conceptos previos se propone:
- *Ética médica*: "disciplina que fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida".



LOS PRINCIPIOS ÉTICOS:

Principio de beneficencia: "Dirigir las acciones de la práctica médica a buscar el beneficio del paciente y de la sociedad, mediante la prestación de la atención médica". Incluye los siguientes conceptos:

- ◆ Todos los procedimientos médicos deben estar dirigidos a beneficiar al paciente.
- ◆ Evitar cualquier acción que pueda dañar al paciente (Principio de no maleficencia): "Primero no hacer daño".
- ◆ Procurar que todos los actos médicos permitan lograr el máximo beneficio para el paciente, exponiéndolo al mínimo riesgo.
- ◆ La atención médica debe otorgarse conforme a los estándares más altos de calidad.
- ◆ El médico que otorga la atención debe hacerlo con apego a los conocimientos médicos vigentes. Para mantener la vigencia de sus conocimientos, el médico debe estar involucrado en un proceso de educación médica continua y actualizar su certificación con la periodicidad establecida.
- ◆ El médico no debe atender a pacientes correspondientes a una especialidad diferente a aquella para la cual esté certificado, excepto en casos de urgencia cuando no se encuentre el especialista requerido, debiendo referirlo a dicho especialista en su oportunidad.
- ◆ El médico debe promover y mantener una relación médico-paciente, amable, de confianza mutua y con comunicación permanente en ambos sentidos.
- ◆ En la atención médica el trato al paciente debe ser en forma individualizada y amable, dirigiéndose al paciente como un individuo de la especie humana, con la debida consideración, por su nombre y ofreciendo el trato adecuado que deba darse, conforme a su edad, género, posición jerárquica, profesión, etc., cuidando no incurrir en exceso de confianza.

- ◆ El médico tiene el compromiso de proporcionar información al paciente y a sus familiares, con oportunidad, en forma completa, comprensible para ellos, con veracidad; que incluya los diagnósticos de probabilidad o certeza, el programa de estudios y tratamientos; sus objetivos, los riesgos, efectos adversos, secuelas y complicaciones que se podrían presentar; los beneficios esperados, el pronóstico, sus variaciones y las expectativas de curación, control, mejoría o paliación de la enfermedad.
- ◆ Cuando la información no hubiera sido suficiente o clara, el paciente tiene derecho a hacer las preguntas que considere necesarias y a que se le respondan. Al final de la atención o cuando se requiera transferir al paciente a otro hospital, el médico debe entregar un informe completo y por escrito, de la atención otorgada.
- ◆ El paciente tiene derecho a contar con un expediente clínico que contenga la información relacionada con su padecimiento, los resultados de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, el programa de estudio y tratamiento y el pronóstico. El expediente clínico es sujeto de manejo estrictamente confidencial.
- ◆ Son éticamente aceptables los procedimientos para la reproducción asistida.
- ◆ El médico debe abstenerse de administrar pena de muerte.

Principio de equidad: "Otorgar atención médica a los pacientes, conforme a sus necesidades de salud, sin distinciones, privilegios, ni preferencias". Incluye los siguientes conceptos:

- ❖ La atención debe otorgarse a los pacientes con congruencia con sus necesidades de salud y con la especialidad del médico (excepto casos de urgencia, independientemente del problema de salud de que se trate: médico o quirúrgico, preventivo o curativo, infectocontagioso o no, dentro del servicio público o privado; de que le genere honorarios o "únicamente" sea con cargo a su salario institucional, y del beneficio económico que represente para

quien la otorgue, siempre y cuando se cuente con los conocimientos, habilidades profesionales y recursos necesarios para otorgarla.

- ❖ La atención médica debe otorgarse sin privilegios ni preferencias relacionados con la raza, género, condición social, condición económica, principios morales o religiosos, convicciones políticas, preferencias sexuales, edad, discapacidad física o mental, condición legal, privación de la libertad, padecimiento, remuneración que se perciba o recomendaciones de autoridades. Es inaceptable otorgar una atención diferencial a los pacientes del sector privado, en relación a los del sector público.

Principio de autonomía: "Derecho de los enfermos adultos, en uso de facultades mentales, para decidir lo que ha de hacerse con su persona, en lo referente a atención médica". Incluye los siguientes conceptos:

- El paciente tiene derecho a conocer a su médico.
- El paciente tiene derecho a elegir a su médico y a solicitar su cambio y a que se le conceda, cuando así lo desee.
- No es admisible hospitalizar a un paciente en contra de su voluntad, a menos que exista un ordenamiento judicial.
- El paciente tiene derecho a obtener una segunda opinión.
- Con base en una información, válidamente otorgada, el paciente está facultado para otorgar su consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, o rehusarse a otorgarlo.
- El paciente en uso pleno de sus facultades mentales, tiene derecho a otorgar su consentimiento o a negarlo.
- En el ejercicio de su autonomía, el paciente tiene derecho a manifestar su inconformidad por la atención recibida.
- Con base a una información específica, válidamente otorgada, el paciente está facultado para otorgar su consentimiento para participar como sujeto en proyectos de investigación, o rehusarse a otorgarlo.

- El paciente en uso pleno de sus facultades mentales, tiene derecho a expresar su voluntad para donar sus órganos para trasplante.
- En caso de que el paciente esté imposibilitado para tomar las decisiones que le conciernen, la responsabilidad recae en el o los familiares legalmente responsables o un apoderado legal.
- En caso de urgencia, cuando el paciente esté imposibilitado para tomar decisiones que le conciernen y no existan familiar legalmente responsable o un apoderado legal, el médico está facultado para tomar las decisiones que se requieran, debiendo registrar en forma explícita y escrupulosa, la justificación correspondiente en el expediente clínico.

Principio de confidencialidad: "Derecho del paciente de que se respete el secreto en la información proporcionada al médico, durante la relación profesional médico-paciente". Incluye varios conceptos:

- La relación médico-paciente debe realizarse en privado. En las unidades médicas en que se lleva a cabo docencia, puede permitirse la presencia de médicos residentes, sin embargo, si el paciente exige privacidad, se le debe otorgar.
- Cuando el médico requiera apoyo para explorar al paciente o éste sea de un género diferente al del médico y no existan familiares, es indispensable la presencia de una enfermera. En caso de no contarse con enfermera, en estas condiciones, el médico puede negarse a practicar la exploración.
- El secreto profesional está consagrado desde Hipócrates hasta las leyes vigentes, el incumplimiento de esta disposición puede dar lugar a demandas legales. Esta obligación incluye la proscripción de realizar comentarios en conversaciones informales.
- El médico solo puede ser liberado de la responsabilidad de guardar el secreto profesional por el propio paciente o por mandato judicial.

- La información contenida en el expediente clínico está sujeta al principio de confidencialidad, por lo cual todas las personas que lo manejen están legalmente obligadas al secreto.

Principio de dignidad: "Otorgar atención al paciente en forma congruente con su condición humana, en cuanto a su organismo, su conciencia, su voluntad y su libertad": Incluye varios conceptos:

- En el proceso de atención debe tenerse en cuenta que el sujeto de nuestro trabajo es un individuo de la especie humana que se encuentra en desventaja como consecuencia de su enfermedad, y debe ser tratado con consideración, con apego a los preceptos y decoro que esta condición le confiere.
- Debe evitarse en el proceso de atención, el empleo de medidas terapéuticas exageradas o de soporte vital que ocasionen sufrimiento al paciente o prolonguen su agonía, como consecuencia de una obstinación terapéutica no justificada, particularmente cuando no está en condiciones de expresar sus decisiones
- El médico debe procurar para el paciente terminal, las mejores condiciones posibles de calidad de vida.
- Se debe evitar durante la atención, cualquier acto que pueda representar una humillación para el paciente, ante otros pacientes, ante el personal de salud, médicos en proceso de formación o su familia.
- Debe procurarse condiciones dignas para el paciente.

Principio de respeto: "Compromiso del médico de otorgar atención a sus pacientes, con la consideración y cortesía que su condición de humano enfermo requiere". Incluye los siguientes conceptos:

- ✓ El médico está éticamente comprometido a cuidar que el pudor de sus pacientes no se vea afectado durante los procedimientos clínicos, diagnósticos o terapéuticos.

- ✓ El médico debe abstenerse de intervenir en aspectos que afecten a la privacidad y a la vida íntima de los pacientes.
- ✓ Como parte de una relación médico-paciente armónica, el médico debe tener en cuenta las preferencias del paciente en sus indicaciones diagnósticas y terapéuticas.
- ✓ El médico debe consideración a sus pacientes, a sus maestros, a sus alumnos, a sus compañeros, a sus subordinados, a sus superiores y a la institución donde labora.
- ✓ El médico tiene el compromiso de respetar los principios morales y religiosos de sus pacientes. Cuando de acuerdo a su criterio médico esto no fuera aceptable, debe intentar convencer al paciente con otro médico.
- ✓ El médico debe respeto a la autoridad formal y a la autoridad moral de las personas que ostenten cargos superiores en su institución, maestros, otros médicos, compañeros de trabajo y pacientes, con base a su jerarquía, edad, género, conocimientos, experiencia, personalidad o su condición de enfermo.

Principio de solidaridad: " Compromiso del médico de compartir sus bienes y conocimientos, con las personas que requieren de sus servicios o apoyo, y de promover la donación de órganos para trasplantes". Incluye los siguientes aspectos:

- Otorgar atención libre de honorarios para aquellas personas que requieran de sus servicios y que no estén en posibilidad de pagarlos, por sus condiciones de pobreza y de carecer de acceso a servicios públicos.
- Otorgar atención médica libre de honorarios a sus maestros, a otros médicos y a sus familiares directos, dependientes económicamente de ellos.
- Compartir sus conocimientos, habilidades y experiencia con sus compañeros y otorgarles su apoyo cuando lo requieran.
- Compartir sus conocimientos, habilidades y experiencia en la formación de nuevos profesionales de la medicina, ejerciendo la docencia y difundiendo sus experiencias.

- Participar en proyectos de investigación que permitan el desarrollo y avance de la medicina.
- Es compromiso del médico defender a sus compañeros que sean víctimas de amenazas, demandas o acusaciones injustas.
- El médico debe promover y participar en la donación de órganos con los pacientes, sus familiares y la población en general, en beneficio de quienes los requieran. En su momento el médico debe participar donando sus órganos a través de su “testamento de vida”.

Principio de honestidad: “Valor del ser humano que lo conduce a expresarse y obrar con apego a la ley, a las normas vigentes y a los principios éticos y religiosos”. Incluye los siguientes conceptos:

- ◆ Conducirse en la práctica de su profesión y particularmente durante la relación médico-paciente, la docencia y la investigación con apego estricto a la verdad.
- ◆ Evitar el desarrollo de relaciones íntimas con los pacientes a su cargo o con sus familiares.
- ◆ Evitar el acoso sexual a pacientes, sus familiares o compañeros de trabajo.
- ◆ El médico es éticamente responsable de cumplir compromisos establecidos con sus pacientes, en relación con el proceso de atención, en la medida que dependan de su intervención.
- ◆ Evitar aceptar participaciones económicas de otros compañeros, de laboratorio o de gabinetes de diagnóstico y tratamiento, que gravitan sobre el patrimonio de los pacientes y encarecen los servicios.
- ◆ Desde el enfoque de la ética no es aceptable la práctica de la medicina defensiva, a través de la indicación de estudios que no tienen como propósito el beneficio del paciente y lo exponen a riesgos innecesarios, con el propósito de cubrir posibles quejas o demandas por mala práctica médica.
- ◆ El médico está éticamente comprometido a percibir honorarios justos por su trabajo, en congruencia con su capacidad profesional, la magnitud,

complejidad y tiempo invertido en la atención del paciente, en congruencia con las posibilidades económicas del paciente y con los horarios promedio.

- ◆ Es compromiso del médico evitar la práctica de especialidades o procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que no esté capacitado y certificado, excepto en casos de urgencia en que no se cuente con el profesional requerido.
- ◆ El médico deberá evitar hacerse publicidad con fines comerciales, para la realización de procedimientos no aceptados científicamente o en especialidades diferentes para aquélla en la que esté certificado.
- ◆ Es compromiso de los médicos no intervenir en la atención de un paciente sin autorización de su médico tratante, salvo en casos de urgencia.
- ◆ El médico está comprometido a no expresar críticas acerca del desempeño profesional de sus compañeros en su ausencia, ni atraerse a sus pacientes.
- ◆ No es ético que el médico participe como autor o coautor en trabajos en los trabajos en los que no hubiera participado, así como la exageración, falsificación o plagio de información.
- ◆ No es admisible la publicación de un trabajo con el mismo o diferente título en diferentes revistas o medios de difusión, sin las aclaraciones, créditos y autorizaciones correspondientes.
- ◆ El médico está obligado a no hacer uso indebido de los recursos de la institución en donde labora, en beneficio propio de terceros, o en perjuicio de la propia institución donde labora, incluyendo el desperdicio de su tiempo laborable.

Principio de lealtad: "Compromiso del médico de corresponder a la confianza depositada en él".

- ❖ El médico está comprometido a corresponder a la confianza que el paciente ha depositado en él al confiarle su salud y su vida, a través de una atención médica de alta calidad.
- ❖ El médico está comprometido con sus alumnos a otorgarles una educación, capacitación y formación médicas, conforme a los conocimientos médicos

vigentes, con apego a las buenas prácticas establecidas y dando ejemplo de buen comportamiento personal y profesional.

- ❖ El médico está comprometido a corresponder a la institución donde presta sus servicios, mediante un desempeño con calidad y eficiencia, en beneficio de los pacientes que se les encomienden y a realizar una administración racional de los recursos que hubieran sido puestos a su disposición, así como en casos de controversia o conflictos con otras empresas o instituciones.

Principio de justicia: "Compromiso de otorgar a cada quien lo que le corresponda, según el derecho o la razón". Incluye:

- En atención al derecho constitucional a la salud, conferido al paciente por la ley, es compromiso del médico participar en su conservación y recuperación.
- El médico debe abstenerse de participar en actos médicos que puedan ser considerados como delitos: la eutanasia, el aborto o la expedición de certificados falsos.
- El médico es responsable de informar a las autoridades y al Comité de Ética sobre las faltas de honestidad, las faltas a los principios éticos y la mala práctica de sus compañeros, siempre y cuando cuente con los elementos objetivos de ello y que previamente lo haya comunicado a la persona involucrada. No hacerlo lo convierte en corresponsable.
- No es justificable por ningún motivo, el abandono del paciente por el médico, en ningún momento del proceso de la atención, pero particularmente en las etapas finales de su vida y en el momento de su muerte o hasta que quede a cargo de otro médico.
- Otorgar a cada paciente la atención que requiera para la satisfacción de sus necesidades de salud y sus expectativas, conforme lo establecen los preceptos de una buena práctica médica, con apego a sus derechos y respeto a las leyes y normas vigentes, sin restricciones ni limitaciones, en su nivel de competencia.

- La atención médica debe ser otorgada conforme a los conocimientos médicos vigentes y con las habilidades requeridas para ello, debidamente certificadas por la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública y el Consejo de Especialidad correspondiente.
- Es obligación del médico en el desempeño de sus funciones, evitar cualquier acción que afecte negativamente el medio ambiente.
- El médico tiene la obligación de otorgar el certificado de defunción de los pacientes que hubieran fallecido estando bajo su cuidado, directamente o a través de un colaborador, un compañero o un médico residente.
- Es deber del médico notificar al Ministerio Público, cuando durante la atención de un paciente se perciban lesiones o daños a la salud, que pudieran haber sido ocasionados intencional o accidentalmente.³⁶

Más recientemente en el artículo, "Tutorial de Responsabilidad Médica", publicado actualmente en el 2005. Hace mención que la Calidad es: esta cualidad de hoy entendida como la más alta calificación en confiabilidad y consistencia: la mejor manera de hacer las cosas no sólo ha invadido las esferas política y económica de nuestro país, sino actualmente se inserta en el vasto mundo de lo social. Como propósito esencial de la atención médica, adquirió mayor relevancia con el movimiento mundial en pro de la mejoría de la calidad de vida, iniciado con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, y se ha convertido en una preocupación constante, tanto del gremio de médicos como de las instituciones vinculadas con la atención de los servicios de salud en México.

Diversas circunstancias inciden en la calidad del servicio prestado por los profesionales de la medicina, una de ellas es la socialización, la cual ha transformado la práctica médica, de un ejercicio realizado tradicionalmente de forma independiente en el consultorio o en el hogar de los pacientes, a un trabajo institucional, a sueldo fijo, y no pocas veces realizado de manera simultánea en varias instituciones públicas o privadas; otra, es la habitual

prestación de servicios de atención médica al borde de la masificación, dado el alto número de usuarios por unidad hospitalaria. Desde el siglo pasado, la calidad de los servicios de salud está determinada por el avance de la ciencia y la tecnología. Esta última, en ocasiones, modifica prácticas cotidianas que propician el alejamiento entre el personal médico y el paciente debido a la interposición de instrumentos, al dejar de ser el enfermo la principal fuente de información y, en su lugar, obtener cada vez mayores datos y antecedentes a través de los recursos tecnológicos. La calidad adquiere un significado distinto acorde a la perspectiva de cada uno de los involucrados en el proceso de atención. Para el paciente, el servicio proporcionado será de calidad si recibe buen trato y su padecimiento es atendido oportuna y satisfactoriamente, mientras que para el personal prestador de los servicios de salud lo será si la intervención quirúrgica o el tratamiento se realizó bajo la mejor técnica posible, con adecuada recuperación del paciente, sin complicaciones y con economía. Sin embargo, lo ideal es conciliar ambos puntos de vista. Uno de los factores que mayormente repercute en la calidad de los servicios brindados en las instituciones de salud es el no apego de las conductas a la *lex artis* de la práctica médica por parte de los profesionales y técnicos, y sus auxiliares involucrados en su prestación, quienes, en ocasiones, incumplen los deberes de cuidado necesarios para alcanzar los resultados deseados, provocando consecuencias perjudiciales para el paciente. Deber de cuidado en la práctica de la medicina tiene un doble fundamento. Por un lado, comprende los conocimientos y destrezas del personal y la adecuada utilización de los recursos tecnológicos a su alcance. Por el otro, compromete la observancia de los principios éticos y normas legales aplicables en el desarrollo de su actividad (Ley General de Salud, Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional Relativo al Ejercicio de las Profesiones en el Distrito Federal, leyes locales sobre responsabilidad, reglamentos en la materia, normas oficiales mexicanas, entre otras disposiciones), debido a que en nuestro sistema

jurídico el desempeño de los profesionales de la medicina pone en acción un concepto denominado responsabilidad, el cual se asume tanto por las consecuencias de la propia conducta como por conductas ajenas. Así, se considera que existe responsabilidad cuando la conducta del personal médico es indebida y ocasiona una consecuencia perjudicial en la salud del usuario. Es decir, cuando entre una conducta activa u omisiva y el daño causado existe cierta relación denominada: nexo causal. Esta responsabilidad puede asumir diversos caracteres, dependiendo de los resultados de la conducta. Como ejemplo, la legislación penal establece que los profesionales, técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos cometidos en el ejercicio de su profesión, pudiendo sancionarse con penas privativas de libertad, económicas e inhabilitación para el ejercicio profesional. En materia civil, por su parte, procede la reparación del daño por actos propios y de sus auxiliares cuando estos obren bajo sus instrucciones, además de preverse la suspensión temporal o definitiva en el ejercicio profesional. En tanto, la responsabilidad administrativa sólo se presenta en el caso de servidores públicos que incurren en prácticas contrarias a las disposiciones reguladoras de la actividad estatal. Cuando se aborda el tema del ejercicio profesional del médico el concepto de responsabilidad adquiere relevancia al ser considerada la salud del individuo uno de los bienes jurídicos de mayor trascendencia para lograr vida plena.

En este contexto surge la Comisión Nacional De Arbitraje Médico en nuestro país, con la finalidad de contribuir a tutelar este derecho.

La CONAMED, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades o negativas en la prestación de servicios médicos y emitir opiniones técnicas, convenios, acuerdos, laudos y dictámenes, tiene como objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos, así como elevar la calidad de los servicios de salud.

En éste, la CONAMED se erige como el órgano alternativo de solución de controversias relativas al acto médico por excelencia y adopta un rol de importancia vital para el cumplimiento de los objetivos que la presente administración se ha planteado:

- Elevar el nivel de salud de la población y reducir desigualdades.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud.
- Ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público.
- Fortalecer el sistema de salud.

Como las acciones desarrolladas necesariamente involucran al personal médico, pretendemos proporcionar información suficiente a los profesionales y técnicos prestadores de los servicios y sus auxiliares, con el ánimo de que éstos conozcan sus derechos y obligaciones en la materia, previstos y garantizados por nuestro sistema jurídico, sabedores de que la eficacia de las normas legales inicia a partir de su conocimiento por aquéllos a los cuales se dirigen y concluye con el logro de los objetivos públicos generadores de su emisión.³⁷

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es bien sabido que las Instituciones formadoras de Profesionales de la Salud tienen programas previos con base a las necesidades de enseñanza sobre términos de calidad, pero aún así es poca la información, por no decir que en ocasiones es nula. Hecho que se muestra evidente y que se traduce en críticas por parte de los pacientes, dando como resultado insatisfacciones, apatía y en algunos casos inasistencia por la mala atención recibida como consecuencia de la falta de calidad y calidez.

En este sentido, el tiempo de espera, el trato personalizado, la infraestructura con que cuenta la Institución y la calidad de la atención odontológica son puntos importantes a tener en cuenta en cualquier evaluación, ya que de no hacerlo existe la posibilidad de seguir desarrollando una atención deficiente, y de no implementar estos mecanismos de evaluación no podremos reorientar nuestros servicios.

¿La opinión de los usuarios será favorable en cuanto al servicio odontológico se refiere de las clínicas de operatoria dental, relacionando aspectos de tiempos de espera, infraestructura, cubrir expectativas del paciente y calidez de la atención?

4. JUSTIFICACIÓN

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario nos permite conocer y obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida.

Esta información beneficia tanto a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas por lo que adelantar un estudio que permita sondear la opinión de los usuarios en términos de calidad de la atención que en Operatoria Dental se ofrece, permitirá en primer lugar, generar información de primera mano de los puntos a favor y, en segundo lugar de las áreas que se tienen que reforzar, para hacer del conocimiento del Coordinador del área la opinión de los usuarios para que se den las modificaciones a que den lugar.

Así que conocer la opinión del usuario nos permite saber si se están cubriendo necesidades y expectativas y bajo que concepto, tomando en cuenta su opinión sobre los momentos no satisfactorios del usuario durante su consulta, es decir, determinar si se cumplieron sus expectativas, si esta satisfecho con el trato recibido, si regresaría a atenderse y si su condición bucal mejoró.

5. HIPÓTESIS

- La calidad de la atención prestada en la Clínica de Operatoria Dental influye en la satisfacción del paciente.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

- Se determinó la calidad de atención de los alumnos que prestan su servicio en la Clínica de Operatoria Dental.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el trato interpersonal paciente-alumno
- Se determinó el impacto de la atención
- Se determinó las debilidades encontradas o áreas por reforzar en el servicio que prestan los alumnos
- Se determinó el grado de éxito o fracaso de los tratamientos, desde el punto de vista del usuario
- Se evaluó la formación de los estudiantes en cuanto al otorgamiento del servicio
- Se determinó la satisfacción del paciente en cuanto al servicio

7. METODOLOGÍA

7.1 MATERIAL Y MÉTODOS

Se estableció contacto con el Coordinador del Área de Operatoria Dental para poder contar con su autorización y realizar el cuestionario a los pacientes que se encontraban en la sala de espera de cada una de las Clínicas.

La forma como se llevó a cabo la recolección de la información fue mediante dos pasos, primero, se recopiló la información bibliográfica al respecto de lo que se buscaba y los referentes teóricos; en segundo lugar se realizó una entrevista semiestructurada con 15 informantes clave, en el entendido que se consideraban claves por haber tenido como base un listado precodificado utilizando la escala de medición tipo Likert (Muy de acuerdo, De acuerdo, Ni acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo), una vez codificada dicha entrevista se agregaron dos opciones para libre opinión, donde el paciente podía exponer más explícitamente su opinión, posteriormente se procedió a recabar las opiniones de los usuarios con respecto a su interpretación, en las Clínicas de Operatoria Dental de cuarto año de la Facultad de Odontología.

7.2 TIPO DE ESTUDIO

- ✓ Transversal observacional

7.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

- ✓ La población seleccionada para este tipo de estudio es la que solicita atención odontológica en la Facultad de Odontología.



Fuente directa



Fuente directa

7.4 MUESTRA

- ✓ Se constituyó por los pacientes que contaban con carnet vigente, registrados en la Facultad de Odontología y estuvieron en la sala de espera de las Clínicas de Operatoria Dental, en ambos turnos de los 15 grupos de 4to. Año, siendo un total de 75 pacientes.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Ambos sexos
- ✓ Mayores de 18 años
- ✓ Pacientes de la Clínica de Operatoria Dental que estén en tratamiento odontológico

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

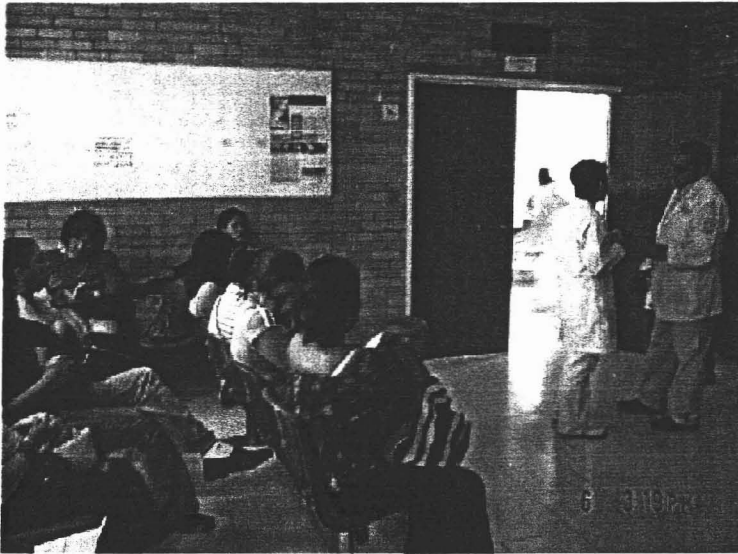
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes sin carnet
- Pacientes que asistan a otro servicio dental

7.7 VARIABLES DE ESTUDIO

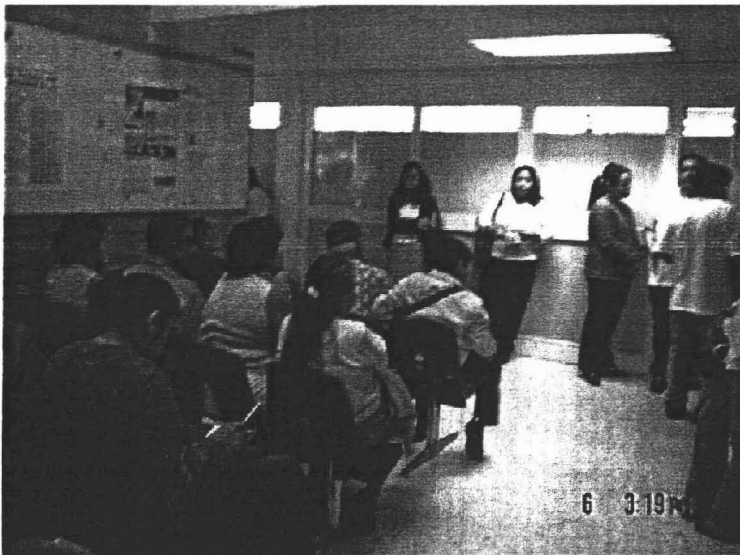
- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Motivo de la Consulta
- Opinión de los usuarios

7.8 VARIABLE INDEPENDIENTE

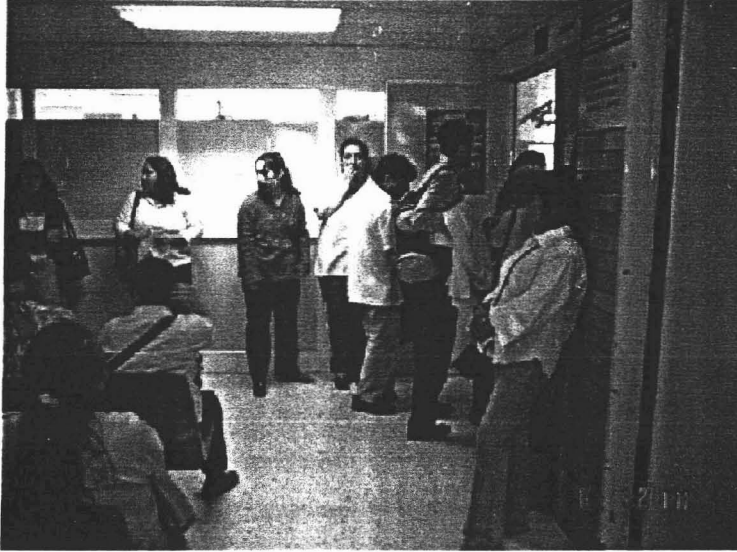
- Opinión de los usuarios



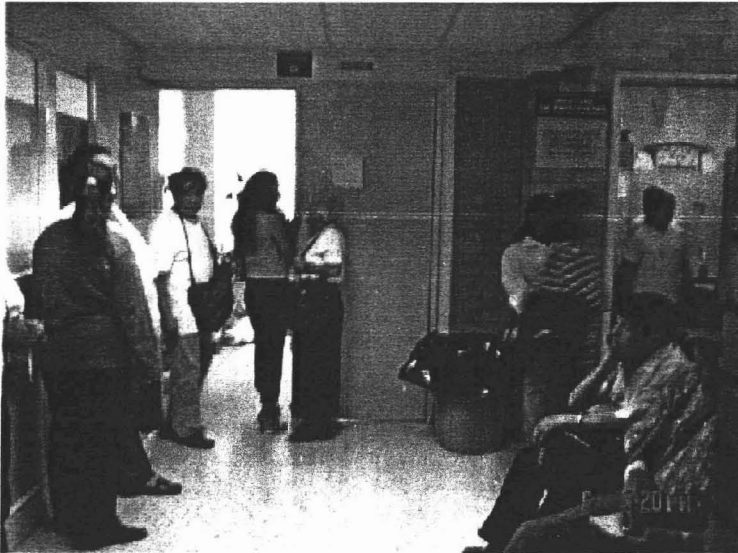
Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa



Fuente directa

7.9 VARIABLE DEPENDIENTE

- Calidad de la atención

7.10 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

- **Calidad:** La totalidad de las características de un servicio que determinan su habilidad para satisfacer los requerimientos determinados de un usuario.
- **Calidez:** Actitudes que influyen para ganar la confianza y se fomente una situación de comodidad.
- **Efectividad:** Medida en la que un proyecto o programa efectúa los cambios deseados, o logra sus objetivos inmediatos a través de la prestación de servicios u operación de los productos del proyecto o programa.
- **Eficacia:** Medida en que las actividades de un proyecto obtienen los productos deseados, en la cantidad, calidad y tiempo deseados.
- **Eficiencia:** Medida en la que un programa utiliza apropiadamente los recursos y cumple las actividades en forma oportuna.
- **Evaluación:** Es comparar de forma permanente y en un momento determinado, lo que se ha alcanzado mediante una acción con lo que se debería haber alcanzado de acuerdo a un objetivo previo.

7.11 ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

Para el análisis de la información, se capturó la información en el paquete de Excel en donde se calcularon frecuencias, proporciones para las variables sociodemográficas, promedio y desviación estándar para las variables de edad.

Para la evaluación de la escala de Likert, que consistió en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presentaron afirmaciones y de le pidió al usuario que exteriorizara su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala. A cada punto se le asignó un valor numérico. Así el sujeto obtiene una puntuación total sumando las puntuaciones que se obtuvieron con relación a todas las preguntas.

Las puntuaciones de las escalas Likert se obtienen sumando los valores obtenidos respecto a cada frase, así mediante una gráfica lineal se estableció el mayor puntaje de 65 puntos donde se ubico la Zona Favorable, y un puntaje mínimo de 13 puntos donde se estableció la Zona Desfavorable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. RESULTADOS

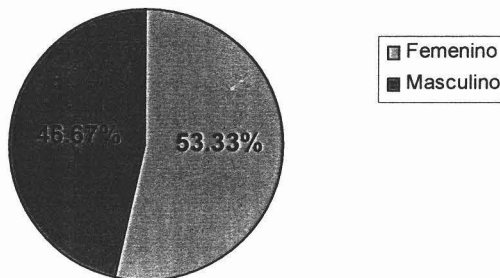
En este estudio la Población se dividió de la siguiente manera: Se observó que la mayor proporción de los pacientes son Femeninos (53.33%, n=40) siendo menor los Masculinos (46.67%, n=35). (tabla 1, gráfica 1)

Tabla 1. Distribución porcentual por sexo de 75 pacientes que demandaron atención odontológica en las Clínicas de Operatoría Dental F.O. 2005

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	35	46.67%
Femenino	40	53.33%
Total	75	100%

Fuente directa

Gráfica 1
Distribución porcentual por sexo de
75 pacientes que demandaron
atención odontológica en las Clínicas
de Operatoría Detal F.O. 2005



Fuente directa

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

✓ **Con respecto a la edad, el promedio de edad, de 75 pacientes, fue de 35.52 años, con una Desviación Estándar (de+-) de 11.80 años, con una edad mínima de 19 años y una máxima de 73 años.**

Fuente directa

En cuanto a la ocupación se observó que la mayor proporción de los pacientes se dedica al hogar (25.33%, n=19) y son estudiantes (18.66%, n=14), solo uno de ellos manifestó ser desempleado. (tabla 2)

Tabla 2. Distribución porcentual de la ocupación de 75 pacientes que demandaron atención odontológica en las Clínicas de Operatoria Dental F.O. 2005

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Desempleado	1	1.33%
Jubilado	4	5.33%
Profesional	4	5.33%
Comerciante	6	8%
Técnico	6	8%
Obrero	9	12%
Estudiante	14	18.66%
Hogar	19	25.33%
Total	75	100%

Fuente directa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

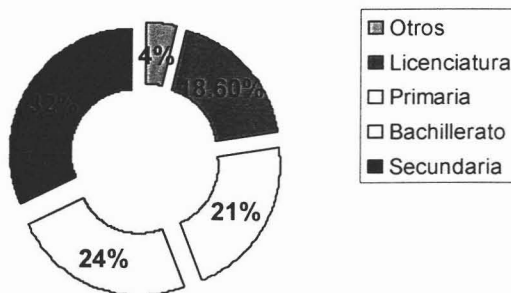
Así mismo se reportó en la variable grado de estudios, que el 32% tiene la secundaria terminada, el 24% el bachillerato, el 21.3% la primaria, y solo el 18.6% la Licenciatura. (tabla3 y gráfica 2)

Tabla 3. Distribución porcentual de grado de estudios terminados, en 75 pacientes que demandaron atención odontológica en las Clínicas de Operatoria Dental F.O. 2005

Estudios Terminados	Frecuencia	Porcentaje
Otros	3	4%
Licenciatura	14	18.6%
Primaria	16	21.3%
Bachillerato	18	24%
Secundaria	24	32%
Total	75	100%

Fuente directa

Gráfica 2
Distribución porcentual del grado de estudios terminados de 75 pacientes que demandaron atención odontológica en las Clínicas de Operatoria Dental F.O. 2005



Fuente directa

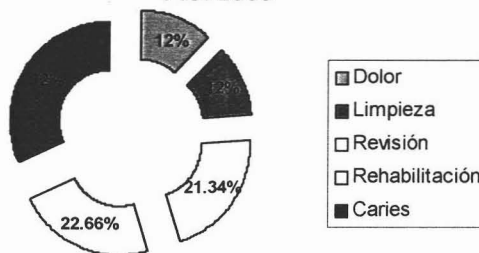
Al cuestionarse por el motivo de la consulta, el paciente refirió que el 32% asistió por caries, el 22.6% por rehabilitación, el 21.3% por revisión, y con 12% por una limpieza y por dolor. (tabla 4, gráfica 3)

Tabla 4. Distribución porcentual del motivo de la consulta, en 75 pacientes que demandaron atención odontológica en las Clínicas de Operatoria Dental F.O. 2005

Motivo de la consulta	Frecuencia	Porcentaje
Dolor	9	12%
Limpieza	9	12%
Revisión	16	21.3%
Rehabilitación	17	22.6%
Caries	24	32%
Total	75	100%

Fuente directa

Gráfica 3
 Distribución porcentual del motivo de la consulta de 75 pacientes que demandaron atención odontológica en las Clínicas de Operatoria Dental F.O. 2005

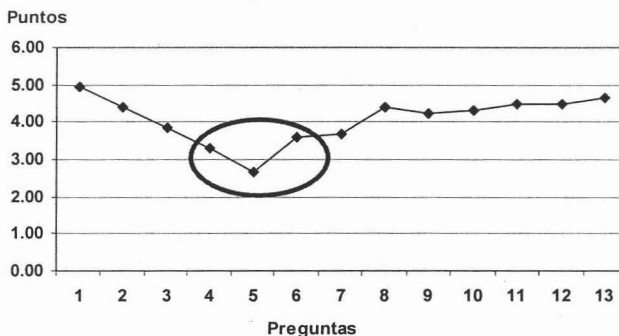


Fuente directa

En cuanto a la calidad de la atención, la percepción general de los usuarios, fue que la atención recibida fue buena. Al concentrar los juicios de los usuarios, asociados a los aspectos positivos y negativos de la atención, cobran importancia los aspectos relativos a la dimensión que caracteriza el proceso de atención, ya que el paciente refiere que la atención es buena, pero a su parecer considera innecesaria la realización de dos expedientes clínicos, uno en la Clínica de Admisión y Diagnóstico y otro en el servicio de Operatoria.

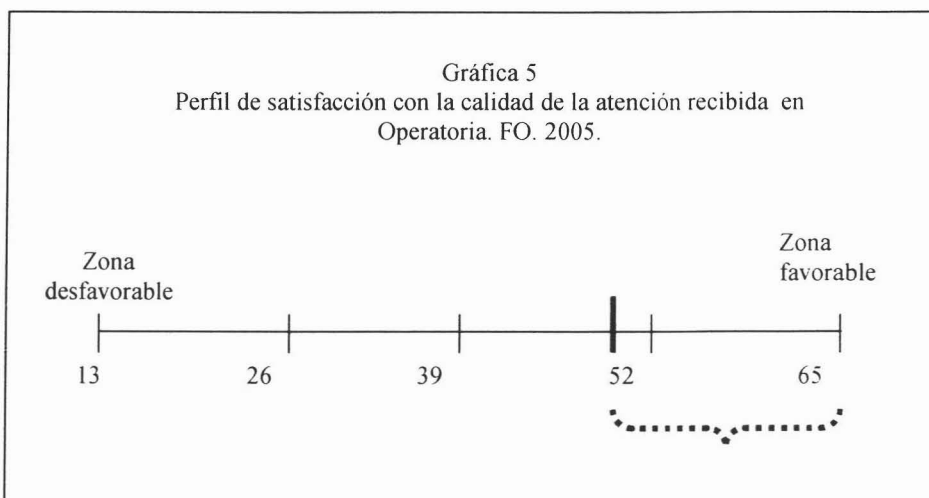
En el punto que se refiere a las respuestas sobre el trato personal, se menciona que hay mucha amabilidad y atención, y en cuanto a las acciones de información recibida durante la consulta, el paciente considera que los alumnos están preparados y que tienen los conocimientos en cuanto al manejo de ellos, solo percibe que el alumno tiene prisa durante todo el procedimiento de la consulta, por lo que se aprecia que no hay congruencia cuando el paciente considera que su consulta debe ser corta o larga. (Gráfica 4)

Gráfica 4
Perfil de respuestas sobre la calidad de la atención en Operatoria. FO.2005.



Fuente directa

Como ha podido observarse, las opiniones con respecto al nivel de calidad que ofrece la Facultad de Odontología dista de 4 puntos para incluirse dentro de la Zona Favorable, en general los principales motivos que definen la buena calidad de la atención están asociados al trato personal, a la mejoría en la salud y ala preparación del Profesional.(Gráfica 5)



Fuente directa

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

9. DISCUSIÓN

Trabajos realizados como el de la Lic. en Enf. Teresita de Jesús sobre “La percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México, percepción de los usuarios” 1998 fue más enfocado a las diferencias encontradas entre los factores sociodemográficos asociados a los perfiles de mala calidad donde se demostró que puede variar la respuesta por el incremento de los niveles de escolaridad de la población y que a pesar de la existencia de manuales y normas para el manejo clínico, la estandarización en el diagnóstico y en la atención sigue siendo deficiente en muchos sentidos.

Por otro lado el estudio realizado en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Zacatecas sobre “Cultura de la evaluación de los servicios de salud” 2004, en el que se muestra que va dirigido principalmente a evaluar la atención mediante los tratamientos realizados y el costo de ellos, es decir, la eficacia y la eficiencia de los tratamientos, el impacto, relevancia, la equidad, funcionalidad para el proceso de atención, sin hacer mucho hincapié sobre la satisfacción de las necesidades del usuario.

10. CONCLUSIONES

A pesar de las propias características que tiene la Institución de conjugar una triada de elementos como son la Docencia, la Formación Profesional y el Servicio, se reúnen diferentes definiciones al respecto de la propia calidad y en especial del servicio de salud odontológica que se proporciona, es decir la manera particular e individual de una persona para ver, comprender, percibir y actuar, sobre lo que sucede a su alrededor, constituyendo su propio mapa conceptualizado de lo que es eficiencia y efectividad dentro del área profesional.

Así mismo, para mantener la actualización de lo que el paciente esta percibiendo del servicio, se sugiere la colocación de un buzón de sugerencias, otro para quejas y uno más para felicitaciones, para obtener un reflejo de las áreas donde no se tiene un buen resultado de satisfacción, y posteriormente reforzarlas mediante medidas estratégicas para una mejora constante,

Por otro lado aunque el alumno este en plena formación profesional y ocasionalmente muestre actitudes de presión por finalizar rápido el tratamiento o consultas, es necesario hacer hincapié en que el trato con el paciente siempre deberá estar basado en los principios éticos y morales, principalmente en la calidez, ya que de esto dependerá siempre el éxito o fracaso de la relación odontologo-paciente.

Así que mientras no entendamos globalmente el conjunto de problemas que aquejan a una Institución, la totalidad de sus componentes, las interacciones de su entorno y los mecanismos de interacción entre los diversos problemas, será muy difícil implementar soluciones que contribuyan cabalmente a su modernización.

11. GLOSARIO

Administración: Esfuerzo coordinado de un grupo social para obtener un fin con la mayor eficiencia y el menor esfuerzo posibles.

Administración de la Calidad: Corresponde al control de los productos o servicios para asegurar que los proveedores cumplan con las normas aceptadas para lograr los resultados deseados y, si se observan problemas, adoptar las acciones necesarias para mejorar los productos o servicios.

Ámbito: (De *ambio*, andar alrededor, dar la vuelta, rodear). Espacio moral donde el hombre puede desenvolverse y desplegar libremente sus capacidades, es decir, ser él mismo.

Amor: Tendencia a la plenitud existencial y a la felicidad inscrita en el corazón humano, que se realiza en la práctica mediante la aceptación complacida de la existencia del otro. Vocación común a todo hombre, el amor se percibe como sentido de la vida, que compromete todas sus dimensiones: lo corporal, lo psíquico, lo espiritual y lo social.

Análisis de Datos: El proceso de examinar datos y determinar patrones o tendencias. Este procedimiento da nueva información a los administradores sobre sus programas y servicios y les ayuda a tomar mejores decisiones a nivel administrativo.

Arte: Del latín *ars*, que designa toda destreza o habilidad que se atiene a las leyes de un oficio (arte del orador, del alfarero, del soldado, del jurista, del geómetra, etc.). La tradición aristotélica lo define como "disposición racional para la producción" (*recta ratio factibilium*), es decir, el "saber-cómo" o conocimiento práctico mediante el cual el hombre transforma el mundo a su propia imagen. Este *ars* se aproxima a lo que actualmente entendemos por "técnica", palabra que proviene del griego *tékne* que significa sustancialmente lo mismo que el *ars* latino.

Beneficiarios: Población objetivo de un proyecto o programa.

Calidad de los Servicios: La calidad se refiere a un número de factores interrelacionados que incluyen cómo las personas que prestan los servicios tratan a los clientes, el alcance de los servicios disponibles para los clientes, la calidad de información ofrecida y la calidad de la consejería, la promoción de la selección del método en forma individual, la competencia técnica de quienes ofrecen los servicios y la accesibilidad y continuidad de los servicios.

Características del Cliente: Información sobre las características y necesidades del cliente que se utiliza para analizar la clientela de un programa para darle atención de alta calidad basada en las necesidades de la misma.

Componentes Administrativos: Elementos básicos utilizados para analizar la forma cómo una organización funciona. Los cuatro componentes básicos de la administración son: la misión, la estrategia, la estructura y los sistemas.

Coordinación: La colaboración de los diferentes individuos, departamentos y organizaciones para lograr una meta común.

Costo - Efectividad: Método para medir la eficiencia relativa de un programa mediante la comparación del costo con el impacto, utilizando un indicador. Uno de los propósitos de un estudio costo-efectividad consiste en identificar las estrategias del programa y las modalidades operativas para lograr el mayor impacto con el menor costo posible.

Diálogo: Comunicación específicamente humana, inexistente entre animales, por la cual las personas se tratan como tales: no por lo que tienen, pueden o saben, sino por ser quienes son. Por eso es *comunicación con rostro*, que da la cara, responsable.

Encuesta a Clientes: Encuesta realizada frecuentemente mediante entrevistas para determinar cuáles son las necesidades de los clientes, si se están cubriendo sus necesidades, cuál es su opinión sobre la calidad de la atención, sus posibilidades económicas para pagar por los servicios y otras características de una población determinada de clientes.

Encuesta Basada en la Población: Estudio en el cual la información se obtiene directamente de una muestra representativa de la población o de un grupo poblacional de interés para el programa. La información se obtiene generalmente a través de entrevistas, en vez de recurrir a los registros u otras fuentes indirectas.

Estándar: Es una unidad de medida que sirve como modelo, guía o patrón con base en la cual se efectúa el control.

Estrategia: Enfoque o enfoques que sirven para cumplir la misión y que serán utilizados para lograr las metas de la organización o del programa a largo plazo. Generalmente determina las líneas de acción de la organización que no se han de modificar en varios años.

Evaluación de Impacto: Estudio que se realiza algún tiempo (del orden de 1, 3, 5 o 10 años) después de haberse terminado un programa o proyecto, para verificar que los cambios logrados por el proyecto se mantienen, es decir, si se ha logrado generar un cambio cultural en la población objetivo. Incluye la medición de los indicadores de impacto y la verificación del mantenimiento, o no, de los indicadores medidos durante la evaluación final.

Evaluación Final: Estudio que se realiza al finalizar un programa o proyecto, en el que se comparan las condiciones finales de la población objetivo contra las condiciones iniciales y contra los objetivos del proyecto. Incluye la medición de los indicadores de efectividad.

Fiduciaria: Cuando depende del crédito y confianza que merezca.

Gráfica: Se utiliza para analizar datos. La gráfica ilustra las relaciones o patrones existentes entre los números y los conjuntos de números, que serían difíciles de apreciar si sólo se consideran los datos sin procesar.

Gráfica de Pastel: Esquema que representa los datos resumidos o porcentajes a modo de tajadas de un círculo o pastel, para que pueda verse y analizarse más fácilmente la relación entre los datos. Estas gráficas pueden utilizarse para analizar la mezcla de métodos de cualquier tipo de cliente o de todos los clientes en un programa. Las gráficas de sectores permiten a los administradores comparar las proporciones y representar en forma resumida los datos correspondientes a un período específico, tales como un mes, un trimestre o un año.

Gráfica Lineal: Gráfica que representa los datos o el conjunto de datos que han sido recopilados durante un período. Los datos son registrados en una gráfica que corresponde a los intervalos de tiempo estándar unidos por una línea que conecta los puntos marcados. La línea de la gráfica permite a los administradores apreciar las tendencias de los datos (aumento, disminución o ausencia de cambios) a través de un período. Las gráficas lineales (actualizadas regularmente) ayudan a los administradores a seguir una tendencia a través de un período y adoptar las medidas necesarias para manejar dicha tendencia.

Gratificación: Recompensa en efectivo o en especie, entregada en forma adicional o en lugar del salario de una persona, como un plan de salud, cuotas de afiliación, comida gratuita, o estacionamiento.

Grupo Objetivo: Sectores específicos de la población que se beneficiarán de un programa o proyecto.

«**Hacer las Cosas Correctas**»: Lema de una administración moderna que impulsa la solidez programática, estratégica y ética de un programa. Los administradores que se preocupan por «hacer las cosas correctas» tienen en mente la dirección estratégica de un programa u organización y consultan frecuentemente la misión, las metas y los objetivos que respaldan sus decisiones.

«**Hacer las Cosas en Forma Correcta**»: Lema de una administración moderna que promueve la forma más efectiva y eficiente de llevar a cabo las actividades. Los administradores se preocupan por «hacer las cosas en forma correcta» al realizar las operaciones cotidianas de un programa.

Impacto: Es la medida en la que el proyecto o programa ha cambiado o mejorado las condiciones iniciales y los conocimientos, actitudes, comportamiento o calidad de vida de los beneficiarios y población objetivo de un programa o proyecto, es decir es la medida del cambio cultural logrado.

Indicador: Elemento que mide o muestra cierta condición, capacidad o medida numérica que, al registrarse, recopilarse y analizarse, facilita que los conceptos más complejos sean más comprensibles y evidentes y permite a los administradores y evaluadores comparar los resultados reales del programa con los resultados que se esperan.

Información sobre el Proceso: A diferencia de la información de resultados la cual identifica los productos, resultados o logros (en términos numéricos), la información sobre el proceso es cualitativa y provee información acerca de las formas como se utiliza a los individuos y materiales para producir resultados específicos. Por ejemplo, al utilizar la información sobre el proceso, los administradores pueden determinar la causa de un deterioro del servicio prestado (un resultado negativo) mediante el análisis de cada (proceso) paso del sistema logístico.

Informe de Resultados: Información sobre los productos o logros (en términos numéricos) de las actividades de un individuo o programa a través de un período específico.

Monitoreo: Actividad que analiza y controla la calidad de un producto.

Norma (o Guía): Lista de estándares que debe seguir el personal. Esta contiene una descripción detallada de los procedimientos y los patrones de calidad de los servicios que ofrece la organización.

Núcleo del Programa de Mejoramiento Continuo (o Grupo Interno para el PMC): El núcleo del PMC utilizado en un programa de mejoramiento continuo de la calidad, está conformado por un grupo de personas seleccionadas para dirigir el PMC. El grupo se responsabiliza de la

continuo de la calidad, está conformado por un grupo de personas seleccionadas para dirigir el PMC. El grupo se responsabiliza de la planeación y ejecución del proceso, el arranque del mismo, la elaboración de materiales de capacitación, la organización y capacitación de todo el personal y el apoyo a todos los niveles de la organización.

Objetivos Específicos o inmediatos (también conocidos como Propósitos): Resultados esperados o expectativas de un programa o proyecto; representan cambios en el conocimiento, actitudes o comportamientos de los clientes o beneficiarios del programa; se describen en términos mensurables e indican un período específico dentro del cuál se lograrán. Los objetivos deben ser SMART: Específicos, Mensurables, Acordados, Realistas y para un Tiempo definido.

Objetivo General o amplio (También conocido como Meta): Los beneficios a largo plazo del programa o proyecto para la población seleccionada, definidos en términos generales.

Objetivos y Metas de Desempeño: Resultados finales que una organización o empleado individual esperan lograr al final de un período específico. Las metas de desempeño se relacionan generalmente con un período más corto (varios meses) y se refieren a tareas muy específicas. Los objetivos de desempeño se refieren a períodos más largos (un año) y determinan el tipo y alcance de las actividades que una organización, programa o miembro del personal deberán llevar a cabo para lograr los resultados deseados.

Oportunidad Perdida: Ocasión que ofrecía una oportunidad de realizar una actividad beneficiosa (prestación de servicios, retroalimentación del personal, etc.) pero que fue desaprovechada.

Organización: Grupo de personas reunidas alrededor de una meta común que forman una institución identificable, con nombre, Misión y proyectos o actividades para cumplirla.

Pensamiento Estratégico: Habilidad administrativa crítica que requiere que la persona posea la habilidad para evaluar la Misión de un programa, sus metas futuras y el contexto externo en el que trabaja. El pensamiento estratégico hace necesario que los administradores examinen si sus programas están «haciendo las cosas correctas, en la forma correcta» para cumplir su misión.

Perfil del Cliente: Representación numérica y/o porcentual de las características más importantes de los clientes de un programa. El perfil de un cliente permite que los administradores conozcan mejor los diversos tipos de clientes a los que presta servicios el programa (en algunos casos), las

prestarles mejores servicios y atraer nuevos clientes con necesidades similares.

Perfil Profesional: Conjunto de características, formación, competencias, experiencia y actitud deseadas para que una persona ocupe un puesto laboral y se desempeñe de manera satisfactoria.

Persona proactiva: Sujeto que tiene preferencia por las actividades que le favorecen.

Plan de Acción: Elaborado por un gerente y por el personal a su cargo, un plan de acción detalla las metas y objetivos del programa así como los productos y las actividades que se desarrollarán para lograrlos. El plan de acción cubre generalmente un período de un año, determina cuál es la persona o personas responsables(s) de la ejecución de cada actividad, muestra cuándo debe concluir cada una de éstas e indica cuáles son los recursos financieros necesarios. (Ver también Plan Operativo y Proyecto.)

Proceso: Es el conjunto de pasos o etapas necesarias para llevar a cabo una actividad.

Proceso administrativo: El conjunto de fases o etapas sucesivas a través de las cuales se efectúa la administración, mismas que se interrelacionan y forman un proceso integral.

Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad (PMC): Técnica estructurada de uso cíclico para mejorar los sistemas y procesos de una organización o programa. El PMC incluye la identificación de un área donde existe una oportunidad de mejoramiento, la definición del problema identificado en dicha área, el resumen de la secuencia de actividades (el proceso) que ocurren en dicha área y la determinación de los resultados deseados del proceso y los requisitos necesarios para lograrlos. Asimismo, la selección de los pasos específicos para estudiar, recopilar y analizar los datos del proceso, adoptar medidas correctivas y controlar los resultados de dichas acciones. El PMC se basa en un enfoque de equipo y requiere del desarrollo de equipos compuestos por personal de diferentes áreas y niveles funcionales de la organización. El PMC asume que cualquier sistema puede ser mejorado siempre y por consiguiente, enfatiza un proceso de mejoramiento constante que requiere de un compromiso a largo plazo y un trabajo de grupo efectivo.

Proyecto: Proceso dirigido de cambio. Plan o intención para lograr algo y los pasos necesarios para ello. Incluye el Marco Lógico, cronograma, presupuesto, responsables, justificación, población objetivo y fuentes de ingresos o financiamiento. (Ver Plan operativo).

Queja: Es una manifestación de sentimiento, molestia, dolor o la pena que siente una persona contra otra.

Requisitos de calidad en el desempeño: Objetivos o criterios establecidos que deben lograrse en un período específico. A menudo estos requisitos se fijan en comparación con formas exitosas y probadas de hacer las cosas por otras organizaciones con funciones similares y como incentivos para que un programa logre los objetivos a corto plazo los cuales, una vez logrados, califican al programa para recibir financiamiento adicional u otras formas de apoyo.

Satisfacción del Cliente: Los beneficios o la apreciación del servicio (según la percepción del cliente) de un programa o proyecto, determinados frecuentemente en base a la calidad de la interacción interpersonal del usuario con el personal, la gama de servicios y la eficiencia y grado de respuesta a las necesidades individuales de los clientes.

Sistema de Administración de la Calidad: En planificación estratégica es un sistema que reúne en forma armónica las diversas actividades que ayudan a asegurar y mejorar continuamente la calidad de los servicios de la organización, mediante una red de prestación de servicios. En un sistema efectivo de administración de la calidad, los supervisores de todos los niveles deben contar con conocimientos y habilidades actualizados tanto en el área de prestación de servicios como en temas administrativos.

12. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“Calidad de la atención en las Clínicas de Operatoria Dental en función de la
opinión de los usuarios F.O. 2005”

Yo _____ autorizó para que se me realice una encuesta para determinar mi grado de satisfacción con el servicio.

Mi participación incluye contestar a todas las preguntas de una encuesta para la cual me comprometo a aportar datos reales y que no alteren el resultado del estudio.

Se me han explicado detalladamente las condiciones, de la misma forma que se me ha asegurado que la información que yo proporcione es estrictamente confidencial, y que no se afectara de ningún modo a terceras personas.

Acepto participar

Nombre y firma del paciente

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
JEFATURA DE ODONTOLÓGIA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

"EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA CLÍNICA DE OPERATORIA DENTAL, EN FUNCIÓN DE LA OPINIÓN DE LOS USUARIOS, FACULTAD DE ODONTOLÓGIA UNAM 2005."

MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA CORRECTA.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

EDAD SEXO M F

OCUPACIÓN DEL PACIENTE

1) OBRERO 2) EMPLEADO 3) COMERCIANTE 4) TÉCNICO 5) PROFESIONAL
6) HOGAR 7) DESEMPLEADO 8) JUBILADO 9) ESTUDIANTE

GRADO DE ESTUDIOS (TERMINADOS):

1) PRIMARIA 2) SECUNDARIA 3) BACHILLERATO 4) LICENCIATURA 5) OTROS

MOTIVO DE LA CONSULTA (INTENCIÓN DE LA CONSULTA A LA FACULTAD)

1) DOLOR 2) REVISIÓN 3) REHABILITACIÓN 4) CARIES 5) LIMPIEZA

1. SE UTILIZÓ UN TIEMPO DE SU CONSULTA EN EXPLICARLE DETALLADAMENTE EL PORQUE LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO QUE LE ESTÁN REALIZANDO

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

2. SE UTILIZÓ UN TIEMPO DE SU CONSULTA EN EXPLICARLE DETALLADAMENTE EN QUE CONSISTIA EL TRATAMIENTO Y SU DURACIÓN

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

3. EL TIEMPO QUE ESPERA PARA ENTRAR A SU CONSULTA ES EL ADECUADO

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

4. SUS CONSULTAS SON MUY LARGAS

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

5. SUS CONSULTAS SON CORTAS

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

6. SE LE HA SUSPENDIDO SU CONSULTA POR FALTA DE MATERIAL

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

7. SE LE HA SUSPENDIDO SU CONSULTA POR INASISTENCIA DEL ALUMNO

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

8. EL TRATO QUE HA RECIBIDO ES SATISFACTORIO

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

9. EXPLIQUE

--

10. LAS EXPECTATIVAS QUE TENIA EN SU TRATAMIENTO SE HAN IDO CUMPLIENDO

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

11. PERCIBE UD. QUE SU CONDICIÓN BUCAL HA MEJORADO

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

12. LOS SERVICIOS QUE OFRECE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA SON ACCESIBLES ECONÓMICAMENTE HABLANDO

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

13. UNA VEZ CONCLUIDO SU TRATAMIENTO REGRESARÍA A SOLICITAR DE NUEVA CUENTA EL SERVICIO?

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

14. UD. RECOMENDARÍA LOS SERVICIOS DE LA FACULTAD?

MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	NI ACUERDO NI EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
----------------	------------	-----------------------------	---------------	-------------------

15. POR QUÉ?

--



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA
JEFATURA DE ODONTOLÓGIA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Oficio 12/03/05

Asunto: Solicitud de encuesta

Dr. Gastón Romero Grande
Coordinador de la Asignatura de Operatoria Dental
Facultad de Odontología
Presente

Por este conducto me dirijo a Ud. para solicitar su apoyo a fin de recabar información referente a la percepción en términos de calidad de atención que tienen los usuarios de la Clínica de Operatoria Dental de esta Facultad.

Lo anterior permitirá que la alumna Esmeralda Rodríguez Reséndiz, inscrita en el Seminario de Titulación en Epidemiología y Salud Pública realice la tesina Evaluación de la Calidad de la Atención en la Clínica de Operatoria Dental, investigación que será el contexto de su examen profesional.

Asimismo, le extiendo la invitación a que participe como asesor en el citado estudio, lo cual estamos seguros de que se traducirá en un trabajo de calidad.

Agradezco la atención que se sirva prestar a la presente y hago propia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"

Ciudad Universitaria, DF a 14 de marzo de 2005

Mtra. Arcelia F. Meléndez Ocampo
Jefatura



Recibí original
Romero
14-III-05

13. FUENTES DE INFORMACIÓN

1. **Barquín C., Manuel**, Dirección de Hospitales. 5ta. Edición, Editorial Interamericana, México D.F., 1986.
2. **Fajardo Ortíz, Guillermo**, Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativas., 1ª. Reimpresión 1989, Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V.
3. **Donabedian Avedis**, Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica., 1ª. Reimpresión 1992, Perspectivas en Salud Pública de México, enero-febrero de 1993, Vol. 35 No. 1.; 35:94-97.
4. **Tello Vega, Aurora**, Satisfacción con la Atención Dental., Vol. 1 No. 5; noviembre 1992.
5. **Donabedian Avedis**, Prioridades para el Progreso de la Evaluación y Monitoreo de la Calidad de la Atención., Salud Pública de México, enero-febrero de 1993, Vol. 35 No. 1; 35:94-97.
6. **Donahue K., Tina**, La Calidad de la Atención a la Salud en los Estados Unidos: Nuevas Tendencias., Salud Pública de México., mayo-junio de 1993, Vol.35 No. 3.
7. **De Moraes Novaes, Humberto**. Programas de Garantía de Calidad a través de la acreditación de Hospitales en Latinoamérica y el Caribe., Salud Pública de México, mayo-junio de 1993, Vol.35 No. 3.
8. **Donabedian Avedis**, Continuidad y Cambio en la Búsqueda de la Calidad., Salud Pública de México, mayo-junio de 1993, Vol.35 No. 3.
9. **Cabrera Hidalgo, Raúl**, Evaluación y Garantía de Calidad en la Atención Odontológica. Octubre 1993, Vol. 2 No. 16.
10. **Cabrera Hidalgo, Raúl**, Calidad de la Atención Odontológica. Revista Dentista y Paciente, Vol. 4 No. 38, agosto 1995.
11. **Aguirre Gas, Héctor**, Problemas que afectan a la Calidad de la Atención Médica en Hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución. Cir Ciruj 1995; 63:11-4.
12. **Fernández Várela Mejía, Héctor**, Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la Calidad de la Atención Médica., Simposio "La Responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica", junio de 1997, Ciudad de México, CONAMED.
13. **Rodríguez V.S., Rojas H.R., Maldonado V.M.E.**, Estimadores de Calidad de los Servicios de Salud en el Estado de Guanajuato (1995-1998). Cali Med 1998; 4(1): 03-07.
14. **Ramírez Sánchez Teresita de Jesús**, Percepción de la Calidad de la Atención en los Servicios de Salud en México: Perspectivas de los usuarios., Salud Pública, México 1998; 40:3-12.
15. **Brito Pedro et al:** OPS, Educación Permanente del Personal de Salud Washington D.C., Serie Desarrollo Recursos Humanos, No. 100.

16. **Fuentes** Edgar, **Aguirre** Gas Héctor, Acerca de la Calidad de la Atención., Revista CONAMED, abril-junio 1999, Año 3 No. 11.
17. **Maza** Vallejos Jorge, Interconsulta y Calidad en el trato con el Paciente., Revista CONAMED, abril-junio 1999, Año 3 No. 11.
18. **Fajardo** Ortíz Guillermo, Dos enfoques de Calidad: El Paciente y el Médico., Revista CONAMED, abril-junio 1999, Año 3 No. 11.
19. **Ibarra** Luis Guillermo, Una más amplia currícula médica, calidad por ganar., Revista CONAMED, abril-junio 1999, Año 3 No. 11.
20. **Gaspar** Hernández Jorge, Calidad es Seguridad., Revista CONAMED, abril-junio 1999, Año 3 No. 11.
21. **Infante** C. Claudia, **Abreu** H. Luis Felipe, **Solís** T. Cuauhtémoc, Percepción de los usuarios sobre los problemas de calidad de la atención médica., Revista CONAMED, abril-junio 1999, Año. 3 No. 11.
22. **Chang** de la Rosa Martha, **Alemán** Lage María del Carmen, **García** Roche René, **Miranda** Raúl Jorge, Evaluación de la Calidad de la Atención Médica en el Subsistema de Urgencias del Municipio 10 de octubre, 1997., Rev. Cubana Salud Pública 2000, Vol. 24 No. 2: 110-16.
23. **Serrato** Mabel Yolanda, Antecedentes Históricos de Auditoría en Salud., http://orion2000.org/documentos/3_2%
24. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm
25. Carta de los derechos de los Pacientes. http://www.hgm.salud.gob.mx/servmed/derechos_de_pacientes.doc
26. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Revista CONAMED, julio-septiembre 2001, Año 5, Vol. 9, No. 20.
27. **Hernández** Gamboa Luis, Relación Médico-Paciente y la Calidad de la Atención Médica., Revista CONAMED, julio-septiembre 2001, Año 5, Vol. 9, No. 20.
28. Programa Nacional de Salud 2001-2006. El Reto de la Calidad (Pp 52-55), Estrategia 4, Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios (Pp 109-117).
29. **Lizarzábal** Maribel, La evaluación del desempeño como alternativa a la baja productividad de los servicios públicos de salud en Venezuela. <http://www.gerenciasalud.com>
30. SAGARPA, 2003. <http://www.sagarpa.gob.mx/dgpecs/dfpc/intragob.html>
31. Gral. Brig. M.C. **Olivares** Morales Sergio Angel y colaboradores. Certificación de la Calidad de la Atención Médica en la Clínica de Especialidades de La Mujer. Implantación de un Sistema de Gestión de Calidad., Revista Sanidad Militar, México 2003; 57(3) mayo-junio: 108-112.
32. Gral. Brig. M. C. **Rivera** Reséndiz Carlos y colaboradores. , Avances en la Certificación y en la Calidad de Atención Médica en la Unidad de Especialidades Médicas., Revista Sanidad Militar, México 2003; 57(3) mayo-junio: 108-112.
33. **Otero** M. Jaime, **Otero** I. Jaime, Calidad en Odontología. Avedis Donabedian., [http://www.odontomarketing.com/\(10.08.2004\)](http://www.odontomarketing.com/(10.08.2004)), Perú.

34. **Salazar** de Santiago Alfredo, Cultura de la Evaluación de los Servicios de Salud en la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Zacatecas, México., <http://www.odontomarketing.com>
35. Gral. Brig. C.D. **Amparán** Chavarría Jesús y colaboradores. , Aseguramiento de la calidad en instalaciones de atención médica de las Fuerzas Armadas de México., Revista Sanidad Militar, México 2004; 58(3) mayo-junio: 146-153.
36. **Aguirre** Gas Héctor, Principios éticos de la práctica médica. , Cir Ciruj 2004; 72:503-510.
37. Tutorial de responsabilidad médica, Dirección General de Calidad e Información, <http://www.webmaster@conamed.gob.mx>
38. **Herández** Sampieri y Col. Metodología de la investigación. 2ª. Edición. Editorial McGraw Hill.
39. http://www.coplan.azc.uam.mx/indice_archivos/documentos_archivos/glosario.htm
40. <http://www.filisofia.net/materiales/rec/glosario.html>
41. <http://www.uas.mx/cursoswebct/presupuestos/lec1.html>
42. <http://www.itlp.edu.mx/publica/tutoriales/procesoadmvo/html>
43. http://www.geocities.com/unamosapuntes_2000/apuntes/admon/procesoadmvo.html
44. <http://www.itap.edu.mx/posgrados/ma/sioc/material/html>
45. <http://comunidad.derecho.org/pantin/dmedica.html>