

Propuesta para el establecimiento de la certificación de la calidad en la atención médica en el Servicio de Sanidad Militar

Gral. de Bgda. M.C. Víctor Manuel **Rico-Jaime**,* Gral. de Bgda. M.C. Roberto Octavio **Torres-Romero**,†
Tte. Cor. M.C. Gaspar Alberto **Motta-Ramírez**,‡ Tte. Cor. M.C. Mayra Gabriela **García-Araiza**,§ Tte. Cor.
Snd. José Luis **Frutos-Nava**,|| Tte. Cor. Enfra. Norma **León-Martínez**,¶ Cap. 1/o. Enfra. Nora Hilda
Álvarez-Flores,** Mayor M.C. Jaime **Parés-Hipólito**††

Dirección General de Sanidad. Unidad de Especialidades Médicas. Ciudad de México.

RESUMEN

La certificación de los establecimientos de atención médica se estableció como una estrategia para ofrecer servicios de alta calidad, al evaluar que los establecimientos contaran con la estructura y procesos que les permitieran proporcionar una óptima atención a los usuarios. Sin embargo, los autores percibimos un distanciamiento entre lo teórico (procesos, conceptos, normas, etc.) y el otorgamiento real, desde el punto de vista de la humanística, de una atención verdaderamente virtuosa, sensible y con alto grado de bonhomía que satisfaga las expectativas de todo usuario, independientemente de su cultura, personalidad e idiosincrasia.

La misión de la Unidad de Especialidades Médicas basada en los valores clásicos de la ética y la implantación de un enfoque humanístico en el ejercicio diario de las actividades ha permitido tener un porcentaje de quejas registradas anuales menor a 0.5%, porcentaje inferior a lo reportado a nivel nacional e internacional.

Con el resultado de las directivas implementadas en la Unidad de Especialidades Médicas, basadas en la Bioética, consideramos que es posible adaptar estas medidas en los escalones de segundo y tercer nivel del Servicio de Sanidad para, posteriormente, establecer un programa de certificación hospitalaria de la calidad de atención médica desde el punto de vista humanístico.

Palabras clave: Calidad, calidez, certificación, atención médica, relación médico-paciente, queja.

Introducción

Dentro de los objetivos explícitos de la práctica médica, la calidad de la atención de los pacientes es un punto de capital importancia.¹

Proposal for the establishment of the certification of the quality of care in the Servicio de Sanidad Militar

SUMMARY

Certification of medical care facilities was established as a strategy to provide high quality services, to evaluate the establishments had the structure and processes to enable them to provide optimal care to users. However, the authors perceive a gap between the theoretical (processes, concepts, standards, etc.). And the actual award, from the viewpoint of the humanities, of a truly virtuous care, sensitive and high degree of bonhomie that satisfies the expectations of every user, regardless of culture, personality and idiosyncrasies.

The mission of the Unit of Medical Specialties from the classical values of ethics and the introduction of a humanistic approach in the daily exercise activities allowed for a percentage of annual complaints registered less than 0.5%, a figure lower than that reported to nationally and internationally.

With the result of directives implemented in the Unit of Medical Specialties, based on Bioethics, we believe it is possible to adapt these measures on the steps of secondary and tertiary level Health Service to subsequently establish a certification program of the hospital quality of care from the humanistic point of view.

Key words: Quality, warmth, certification, medical care, doctor-patient complaint.

Se ha considerado que la certificación de las instituciones de salud no es un capricho burocrático, sino la forma más eficiente para corregir la falta de información de los pacientes para juzgar la calidad técnica de los servicios. La certificación de los establecimientos de atención médica se

* Director General de Sanidad. † Director de la Unidad de Especialidades Médicas. ‡ Jefe del Área Técnica de la Unidad de Especialidades Médicas. § Jefa del Área Médica de la Unidad de Especialidades Médicas. || Jefe del Laboratorio de la Unidad de Especialidades Médicas. ¶ Jefa del Área de Enfermería de la Unidad de Especialidades Médicas. ** Jefa de la Subsección de Calidad, Normatividad e Innovación de la Unidad de Médicas. †† Jefe del Área de Enseñanza e Investigación de la Unidad de Especialidades Médicas.

Correspondencia:

Dr. Víctor Manuel Rico-Jaime

Dirección General de Sanidad Militar. Campo Militar 1-J. Predio Reforma, D.F. Col. Irrigación Deleg. Miguel Hidalgo. C.P. 11640. México, D.F.

Recibido: Octubre 31, 2009.

Aceptado: Octubre 31, 2009.

estableció como una estrategia total para afrontar el reto de ofrecer servicios de alta calidad, evaluando para ello que los establecimientos cuenten con la estructura y procesos que les permitan proporcionar una óptima atención a los usuarios.²

Se ha definido la certificación como el procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso o servicios se ajustan a las normas y lineamientos de organismo dedicados a la normatización nacional o internacional. Esto es, la certificación de los establecimientos de atención médica sólo garantiza que la organización certificada cuenta con una estructura acorde a normas, así como un diseño y operación de sus procesos de tal manera que eleva al máximo la probabilidad de producir los mejores resultados a la salud del paciente.³

Con esta visión el Consejo de Salubridad General originalmente realizó la evaluación de los establecimientos a través de criterios de evaluación basados en principios básicos de gestión de calidad, fundamentalmente normas de sistemas de gestión de la calidad, los cuales se agruparon en dos capítulos:

1. Estructura.
2. Procesos y resultados.

En el cuadro 1, en lo relativo a la calidad de la atención que se presta a los pacientes, el primer capítulo incluía dos criterios de 332 y dos (atención y quejas); el segundo capítulo (criterios de procesos y resultados) dirigido a evaluar los mecanismos y acciones establecidas para la atención de los pacientes, cuenta con tres subcapítulos, el primero de los cuales está enfocado a funciones y procesos de atención al paciente.²

Actualmente, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General se basa en estándares (declaraciones que definen las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad) internacionales y nacionales para la Certificación de los Hospitales,⁴ éstos son:

1. Estándares centrados en el paciente. Son los que se organizan según lo que se hace directa o indirectamente para los pacientes o a los pacientes (por ejemplo, educación de pacientes, creación de registros de pacientes, evaluación de pacientes).

2. Estándares de gestión del establecimiento de atención médica. Son los que se organizan conforme a lo que se hace directa o indirectamente para asegurar una organización y una instalación segura, efectiva y bien gestionada (por ejemplo, prevención y control de infecciones, gestión de las instalaciones, calificaciones del personal).

Por lo anterior observamos que los criterios antiguos y actuales y la legislación en cuestión están encaminadas a

promover la difusión de información completa y a otorgar trato digno y confidencial al paciente en forma muy general,⁵ todo ello enfocado a lograr la satisfacción de clientes y usuarios finales, así como el aseguramiento de la calidad mediante la adquisición individual y organizacional de la cultura de calidad.⁶

Sin embargo, poca atención se ha puesto a lo que significa para los pacientes, lo qué es la calidad en la atención médica y cómo se manifiesta.

Para la Comisión Certificadora de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General, la calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para pacientes y poblaciones aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son coherentes con el conocimiento profesional actual. Las dimensiones del desempeño incluyen lo siguiente:

- Cuestiones de perspectiva del paciente.
- Seguridad del entorno de atención.
- Accesibilidad, idoneidad, continuidad, efectividad, eficacia, eficiencia y oportunidad de la atención.⁴

Algunos autores han manifestado que la calidad consiste en: “Otorgar al paciente atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.”⁷

Los cambios que han ocurrido en los últimos tiempos en la calidad de la atención médica prestada han sido influidos por el enfoque jurídico que se les ha dado, esto es, la relación médico-paciente o prestadores de salud-pacientes, es vista como un contrato de derecho privado.⁸

Con este enfoque, la relación que se establece entre los prestadores de los servicios de salud y el paciente, puede verse afectada si alguno (o ambos) de los protagonistas responde en forma inadecuada durante el desarrollo de la misma, al haber tenido experiencias negativas importantes y significativas ocurridas en el pasado,⁹ lo cual da origen a las

Cuadro 1. Criterios de evaluación basados en principios básicos de gestión de la calidad.

Estructura	
I.1	Recursos humanos
I.2	Instalaciones físicas
I.3	Equipamiento
I.4	Insumos
I.5	Expediente clínico
I.6	Atención y quejas
I.7	Comités
I.8	Organización y métodos
I.9	Gobierno
Procesos y resultados	
II	Funciones de atención al paciente.
III	Funciones de apoyo a la atención.
IV	Sistemas de información.

quejas que se presentan durante la prestación de la atención médica.

De acuerdo con las acepciones admitidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), el mayor porcentaje de las quejas están relacionadas con la pobre comunicación entre el paciente y el personal de salud, por lo cual se ha sugerido que la única forma de establecer un vínculo entre el personal de salud y los pacientes sea la capacidad para descubrir su confianza y responder a ella con una atención sensitiva, competente y compasiva.⁹

Para lograr esta comunicación efectiva y afectiva, debe prevalecer en nuestros actos el pensamiento bioético, que no es exclusivo del médico o la enfermera, sino que involucra a todo el personal que labora en el campo de la salud.¹⁰

Uno de los requisitos que señala la bioética como necesario para proporcionar una atención de salud de óptima calidad, es que debe ser brindada por personal bien preparado, actualizado, motivado por su trabajo y con sensibilidad y preocupación por el bienestar del paciente. Para ello, es necesario tomar en consideración los derechos de cuarta generación (de la mujer, del niño, del adulto mayor, indígenas y de los profesionistas) y recordar los derechos y obligaciones del personal de salud y los conceptos bioéticos sobre la administración en instituciones de salud.¹¹

En nuestro medio contamos con pocos datos que nos orienten en cuanto a la percepción que tienen los pacientes de los servicios proporcionados, así como de las quejas y sugerencias hechas por los mismos.

En el año 2002 la Clínica de Especialidades de la Mujer reportó que el índice de satisfacción al cliente fue de 90%; sin embargo, desconocemos el número y/o porcentaje de quejas que se presentaron, de igual manera carecemos de estas cifras en los diferentes escalones del Servicio de Sanidad.¹²

En forma asertiva y resumiendo lo anteriormente descrito, en nuestra opinión nos queda mucho camino por recorrer para integrar cierto tipo de indicadores que nos permitan visualizar integralmente un estado real de satisfacción de los usuarios, ya que en términos de calidad, siempre intervendrá la parte subjetiva de cada uno de los pacientes, dependiendo de su educación, cultura, rasgos caracterológicos y su idiosincrasia. Imaginemos dos personas con diferentes orígenes: un campesino, sin educación básica completa, nacido en una rancharía en donde se carece de los elementos y servicios municipales fundamentales (agua potable, electricidad, drenaje, etc.), padre de un soldado que por primera vez se atiende en, por ejemplo, el Hospital Central Militar. El otro individuo, hijo de una familia clasificada económicamente como de “clase alta”, con la experiencia de haber sido atendido en hospitales extranjeros de tercer nivel en los que se respira un ambiente de lujo extremo y que por razones circunstanciales es trasladado al mismo hospital.

El lector podrá concluir inmediatamente la diferente percepción que cada uno de ellos tendrá derivada de su experiencias previas. El campesino muy probablemente enmudecerá ante la extraordinaria tecnología y arquitectura

hospitalaria en la que se encuentra, marcando para siempre su mente respecto de su concepto de la calidad con la que fuere atendido solamente por encontrarse en un lugar nunca antes visto. En cambio, el otro paciente, al comparar a nuestro hospital militar con los que él ha visitado en el extranjero y ante los costos que ha modelado su “*status quo*” económico, podrá emitir sus reservas sobre la calidad con la que podría ser atendido en nuestro nosocomio, máxime ante la siempre presente burocracia que es necesaria en todo hospital público.

No obstante lo anterior, los autores podemos asegurar que, al final de una experiencia hospitalaria, pública o privada, ya sea en calidad de paciente ambulatorio u hospitalizado, el trato humano con que se atiendan las necesidades médicas, mentales y espirituales del mismo, hará la diferencia en la percepción de la calidad con que fue atendido y no los conceptos que con frecuencia se lucen “colgados” en la pared o se encuentran impecablemente acentuados en los planes estratégicos u operaciones. En otras palabras, es el ser humano, como Platón lo describe, quien hará la diferencia en el nivel de la calidad de la atención de otro ser humano.

Directivas implementadas

Durante la gestión del primer autor, como Director de la Unidad de Especialidades Médicas (UEM), se modificó la visión de esta dependencia, estableciéndose que la misión sería proporcionar atención médica integral ambulatoria con calidad y calidez, así como realizar investigación biomédica, para mantener, restablecer, mejorar la salud, y prevenir sus alteraciones, empleando capital humano altamente competente y tecnología especializada de vanguardia; en un ambiente bioético y de seguridad para beneficio de los usuarios, favoreciendo la formación y desarrollo profesional del capital intelectual.

La misión de la UEM basada en los valores clásicos de la ética y la implantación de un enfoque humanístico en el ejercicio diario de las actividades, aunado a una serie de medidas que incluyen la atención personalizada y el registro de las insatisfacciones de los pacientes, permitió analizar y tratar de resolver las causas de los problemas que se presentan durante la relación personal de salud-pacientes y con ello mejorar la atención que se brinda a los pacientes-usuarios de esta instalación.

Las medidas implementadas se establecieron en un ambiente de cooperación y participación de las diferentes áreas de la UEM: dirección, área médica, técnica, enseñanza e investigación, enfermería, administrativa, ayudantía, ingenieros e informática.

Las medidas de mejora continua establecidas fueron:

- Diseño e implementación de pláticas a todo el personal de la unidad, sobre sensibilización y concientización y cambio, orientadas a proporcionara atención médica de calidad y con calidez.
- Implementación de pláticas sobre trato amable, digno, humano, expedito, oportuno, personalizado y re-

solutivo (Programa de desarrollo humano y primer contacto, resaltando la filosofía de la unidad).

- Establecimiento de una oficina de calidad para atender dudas, inquietudes y quejas de los pacientes, para el análisis y prevención de las mismas, formular recomendaciones y mejorar la atención médica.¹³
- Bienvenida y explicación del proceso de atención médica a los pacientes por el personal de enfermería.
- Establecimiento de un módulo de orientación e información dotado con tecnología digital y aplicación de encuestas sobre satisfacción de los servicios prestados.
- Establecimientos de buzones para quejas, sugerencias y felicitaciones en todas las áreas de consulta.
- Adecuación de las áreas críticas (farmacia, salas de espera, toma de signos vitales) especialmente para pacientes con capacidades diferentes y adultos mayores, reduciendo con ello los tiempos de espera y estas zonas.
- Establecimiento del segundo turno de atención en medicina general y determinadas especialidades.
- Asignación de tiempo fijo para consultas de primera vez y subsecuentes.
- Establecimiento de citas programadas, por carnet y vía telefónica.
- Actualización del procedimiento de repetición de recetas.
- Atención personalizada en las diferentes áreas para personal de Generales y sus derechohabientes, pacientes con capacidades diferentes y adultos mayores.
- Elaboración de carteles de ubicación, banderas y letreros para proporcionar asesoría visual al paciente durante su estancia en la Unidad.
- Asesoría personalizada en el área de la farmacia sobre existencia de medicamentos y trámites a realizar por los pacientes.

Es de primordial importancia ahondar en el trabajo preciso y minucioso que deben realizar las secciones de informática, trabajo social, calidad y archivo clínico para la recolección, medición y análisis de datos, incluyendo aspectos clínicos, para analizar las causas de los problemas y dar solución oportuna, calidad y eficaz. Para ello se debe contar con indicadores que evalúen el índice de satisfacción al cliente como, por ejemplo:¹²

1. Proceso de atención.
2. Relación personal de salud-pacientes.
3. Amabilidad.
4. Información.
5. Proceso de trámite.
6. Oportunidad.
7. Confort.

Resultados y propuesta

Se ha reportado que las quejas médicas no sólo ocasionan daño a los pacientes y al personal de salud, sino que

también son un indicador negativo de la calidad de la atención. Los motivos de quejas los ha definido la CONAMED de acuerdo con el momento en que surgen:

- a) Entrevista inicial.
- b) Diagnóstico.
- c) Tratamiento.
- d) Procedimientos auxiliares.
- e) Relación médico-paciente.¹³

En los registros que se conservan en la Unidad de Especialidades Médicas desde el año 2002 al 2007, se tiene un promedio de 0.03% de quejas del total de pacientes atendidos por año.

Con el establecimiento de la oficina de calidad, la colocación de buzones en todas las áreas de consulta y la difusión de información para el reporte de quejas, sugerencias y felicitaciones establecidos en el año 2007, se incrementó el porcentaje de las quejas al 0.16% (400%).

En el presente año se tienen registradas 68 quejas de un total de 110,534 consultas (0.06%), de las cuales 39% son por medicamentos no surtidos, problema que disminuirá con el nuevo programa de farmacias subrogadas.

Los datos aquí mostrados son los primeros con los que contamos en el Servicio de Sanidad y contrastan significativamente con lo reportado por otras instituciones a nivel nacional e internacional.

En nuestro país, en 1994, se llevó a cabo la II Encuesta Nacional de Salud (ENSA II), la cual fue realizada en cinco regiones de la República, encuestando a 3,234 usuarios de algún servicio de salud, lo que representaría a una población de 4,879,104 personas (usuarios) que acudieron a servicios ambulatorios de salud, públicos y privados.

Al analizar los datos de la encuesta se tomó un indicador principal, que fue el de percepción general de la calidad de la atención, a partir de cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida).

La percepción general de la calidad de la atención recibida fue buena en 81.2% de los casos, es de hacer notar que ésta fue calificada como mala en 18% restante, siendo mayor dicha percepción en usuarios del sistema público de salud; sin embargo, a nivel privado la percepción de mala atención llegó a ser de 10%.¹⁴

Los motivos que definieron la mala calidad de la atención fueron los largos tiempos de espera y tiempos cortos en la duración de la consulta (24%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (12%).

Estos datos fueron similares a los encontrados en la Encuesta de Calidad y Calidez del Instituto Mexicano del Seguro Social realizada en 1990, aplicada en 33 hospitales y en una muestra de 735 usuarios de la Consulta Externa; en esta encuesta se reporta que 80% de los usuarios estuvo satisfecho con la relación médico-paciente.¹⁵

En datos publicados por el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, de la encuesta realizada a 171 pacientes de diferentes servicios, éstos reportaron que los motivos para evaluar la atención como de mala calidad fueron al igual a lo reportado en la ENSA II: largos de tiempo de espera, además de indicar insuficiencia de baños y falta de medicamentos en la farmacia.¹⁶

En la encuesta realizada por la Fundación Mexicana para la Salud en 1994 (Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México), de carácter poblacional, se reportó de igual manera que 82% de los usuarios percibieron la calidad general de los servicios de salud como buena, esto es, 18% sigue pensando que la calidad de los servicios fue mala.¹⁷

En otra encuesta realizada por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), en una clínica Médico Familiar del Estado de Tabasco, en el año 2005, y con un enfoque mercadotécnico, se analizó la percepción de los pacientes sobre la calidad de la atención médica.¹⁸

La percepción de los pacientes en cuanto a la calidad humana sobre el trato recibido fue favorable en 70%, y la opinión favorable sobre consideraciones técnicas fue de 85%, lo que indica nuevamente una mala impresión (30%) a cerca de la atención proporcionada.

A nivel internacional, en la provincia de La Rioja, España, se propuso en el año 2001 tener un porcentaje de quejas sobre el total de atenciones anuales menor al 0.5%.¹⁹

En un país pobre como Nicaragua, donde existe un proveedor mayoritario de salud dependiente del gobierno, se realizaron entrevistas a 1,630 usuarios en 95 unidades de salud del primer nivel de atención, para investigar la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención recibida en los servicios ambulatorios de salud.

En estas encuestas se reportó que 2% de los usuarios manifestaban haber recibido maltrato durante todo el proceso de la atención, siendo éstos principalmente por parte del personal de enfermería (26%), seguido del personal médico (15%), farmacia (9%) y 23% restante por otros servicio.²⁰

En la Unidad de Especialidades Médicas aún cuando el porcentaje de quejas es menor a lo esperado por otras instituciones a nivel nacional e internacional, el porcentaje de las mismas que sigue en frecuencia a las quejas por medicamentos no surtidos, fueron debidas a una relación personal de salud-pacientes inadecuada.

Las quejas recibidas en la UEM, de acuerdo con la clasificación de Aguirre Gas²¹ son por:

1. Relación personal de salud-pacientes deficiente (trato inadecuado) 25%.
2. Falta de oportunidad (tiempos de espera prolongados) 16%.
3. Insuficiencia de recursos (falta de personal médico/atención médica no urgente no proporcionada el día solicitado) 11%.

Ninguna de estas quejas ha ameritado ser resuelta en la CONAMED.

Es necesario enfatizar que el Servicio de Sanidad, independientemente de las carencias que padece, tanto en personal como en infraestructura, debe tener como finalidad el proporcionar una atención médica de calidad y con calidez, de acuerdo con lo establecido con anterioridad.

Los problemas que se presentan en la relación personal de salud-pacientes deben y pueden ser manejados al considerar que lo específico de la persona humana adulta estriba en manejar un lenguaje mediante el cual es capaz no sólo de designar cosas, sino también de designarse a sí mismo y de expresar sus deseos.²² El tener esta conciencia reflexiva, permite comprender el sentido de lo que se dice y conferir sentido al entorno; el personal de salud al estar conciente de que el paciente cuenta con una capacidad, podrá establecer un vínculo con el mismo, intentar ganar su confianza y responder a ella con una atención sensitiva, competente y ética.⁹

Al identificar que la certificación de los establecimientos de atención médica sólo garantiza que la organización cuenta con una estructura acorde a normas, así como un diseño y operación de sus procesos que elevan al máximo la probabilidad de producir los mejores resultados a la salud del paciente, reconocemos que esta certificación omite la parte humanística, vivencial y de percepción de los pacientes en cuanto a la calidad humana en la atención médica.

Con esta visión y por los resultados obtenidos en la Unidad de Especialidades Médicas con las disposiciones implementadas, los autores consideramos que es factible adoptar las medidas mencionadas anteriormente, en los escalones de segundo y tercer nivel de atención médica, y una vez establecidas y arraigadas, llevar a cabo un programa para la certificación de la calidad en la atención médica, desde el punto de vista humanístico, en el Servicio de Sanidad en el Ejército y Fuerza Aérea Mexicanos.

Al actuar con responsabilidad social, jurídica y bioética el Servicio de Sanidad, establecerá pautas en la atención de calidad y con calidez, que debe proporcionar a los militares y sus derechohabientes y, normas en la atención médica a nivel nacional e internacional.

Referencias

1. Rodríguez-Suárez J. De la calidad de la atención médica y seguridad del paciente. *An Radiol Mex* 2008; 1: 1-2.
2. Juan-López M. Programa Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. *Rev Sanid Milit Mex* 2003; 57: 103-7.
3. Celaya-Barrera R, Huerta-Hernández D, Magaña-Sánchez I, Sierra-Páramo R, Cázares-Cárdenas JJ, Román-Rendon SN, Volantín-Hernández RM. Avances en la certificación y en la calidad de atención médica en el Hospital Central Militar. *Rev Sanid Milit Mex* 2003; 57: 116-18.
4. Consejo de Salubridad General. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Estándares para la Certificación de Hospitales; 2009.
5. Consejo de Salubridad General. Criterios para la Certificación de hospitales; 1999.
6. Amparán-Chavarría J, Quirarte-Medina M, Sierrea-Páramo R, Volantín Hernández RM, Uscanga-Sánchez SR. Aseguramiento de la cali-

dad en instalaciones de atención médica de las Fuerzas Armadas de México. *Rev Sanid Milit Mex* 2004; 58: 146-53.

7. Fajardo DG. Calidad de la atención médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente. *Rev Conamed* 2008; 13: 3-5.

8. Quirarte-Rivas G. Obligaciones y derechos de los médicos en su ejercicio profesional. *Rev Sanid Milit Mex* 2004; 58: 336-4.

9. Díaz-Bahena J, Barrera-Tecolapa VH, García-Mosqueda C, Almanza-Muñoz J. Frecuencia de quejas durante los cuidados de enfermería en el Hospital Central Militar: un estudio comparativo. *Rev Sanid Milit Mex* 2005; 59: 19-3.

10. Santana-Mondragón R, Limón-Limón L. Editorial de apertura a la sección de Bioética. *Rev Sanid Milit Mex* 2005; 58: 239.

11. García-Rineri G, Limón-Limón L. Derechos y obligaciones del personal de salud. Cap. 4. Bioética General. México: Ed. Trillas; 2009.

12. Olivares-Morales AS, Quirarte-Medina M, Neri-Ruz ES, Flores-Torres A. Certificación de la calidad en la atención médica en la Clínica de Especialidades de la Mujer. Implantación de un sistema de gestión de calidad. *Rev Sanid Milit mex* 2003; 57: 108-12.

13. Fajardo-Dolce GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Hernández-Ávila M, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Salud Pública Mex* 2009; 51: 119-25.

14. Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Mex* 1998; 40: 1-10.

15. Aguirre-Gas HG. Evaluación de la atención médica. Expectativas de pacientes y trabajadores. *Salud Pública Mex* 1990; 32: 170-80.

16. Ruiz-González C, Vargas-Vorackova F, Castillo-Rentería C, Pérez-Pimentel L, Martínez-Mata R. ¿Qué piensan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de la Nutrición? *Rev Invest Clin* 1990; 42: 298-311.

17. Zurita B, Nigenda G, Ramírez T. Encuesta de satisfacción con los servicios de salud, 1994. En: Frenk J (ed.). *Observatorio de la salud. Necesidades, servicio, política*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud; 1997.

18. Priego-Álvarez H, Meneses-Hernández JL, López-Naranjo JI. Calidad percibida y nivel de confianza con los servicios médicos de la CMF Casa Blanca del ISSSTE. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 2006; 12: 17-22.

19. Carta de compromisos de la Fundación Rioja Salud. Gobierno de la Rioja. <http://www.larioja.org>.

20. Wong-Blandon YC, García-Vega LC, Rodríguez-Martínez EG. Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud: Perspectivas de los usuarios. Tesis para Obtener el Título de Master en Salud Pública. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Centro de Investigaciones y Estudios para la Salud; 2003.

21. Aguirre-Gas HG. La informática al servicio de la calidad y efectividad en la atención médica. *Rev Med IMSS* 2002; 40: 349-58.

22. Amor-Villalpando A, Sánchez-Granados P. Concepto de persona. *Rev Sanid Milit Mex* 2004; 58: 88-91.

