

Administración de la calidad de la atención médica

Héctor Aguirre Gas*

Excelencia: logro del objetivo de la atención médica con oportunidad, calidad, eficiencia y satisfacción de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.

HÉCTOR AGUIRRE GAS

Introducción

Con frecuencia escuchamos hablar de maestrías en administración de servicios de salud, diplomados de administración estratégica de hospitales o de arquitectos especializados en salud; sin embargo, es poco menos que inconcebible que un médico por vocación, orgulloso de ella, sobre todo si la practica con éxito profesional, académico y económico, se involucre en administración. Se expone a que le sea asignado el membrete *burócrata* en el sentido peyorativo de la palabra.

No obstante la condición anterior, diariamente los médicos nos vemos involucrados en el proceso administrativo. De tal forma que administramos cuando estamos al pendiente del mantenimiento adecuado de nuestro consultorio, casa o automóvil; cuando asignamos un presupuesto para la contratación de personal secretarial o de aseo, cuando verificamos la correcta utilización de ese presupuesto y expresamos inconformidad porque no fue suficiente para cubrir la semana o la quincena. Administramos cuando expresamos nuestra opinión acerca de la calidad de los alimentos o artículos de aseo que fueron adquiridos, o del consumo excesivo de luz y teléfono. También estamos administrando cuando hacemos alguna observación sobre el aseo de la casa, cuando buscamos que los miembros de la familia se encuentren satisfechos por vivir en ese hogar, que su estado de salud sea bueno y que destaquen en sus actividades como el estudio, el trabajo o actividades sociales. Sin embargo, la mayor parte de las veces lo hacemos en forma intuitiva y sin una metodología preconcebida que nos ayude a hacerlo bien.

Los médicos en particular tenemos una gran ventaja sobre el resto de las profesiones, con excepción por supuesto de las económico-administrativas. Esa ventaja es nuestra formación, que nos proporciona una serie de herramientas que facilitan la labor de administrar un hogar, consultorio, departamento clínico, hospital o sistema de salud.

En la práctica médica con frecuencia nos enfrentamos a problemas que ponen a prueba nuestra capacidad para establecer un diagnóstico, determinar un tratamiento, resolver un problema de salud y prevenir la presentación de nuevas enfermedades.

En el proceso de enfrentar un problema de salud el primer paso es identificar sus características en cuanto a tiempo, magnitud, situaciones que lo acompañan, situaciones que lo agravan o lo alivian. En segundo lugar se investigan los antecedentes, los aparatos y sistemas que pudieran estar afectados y se lleva a cabo una exploración física minuciosa. Al concluir este proceso se tendrá un diagnóstico presuncional o de certeza que permitirá establecer un programa de estudio, conociendo la situación, fortaleza y debilidades del paciente, así como las amenazas para su salud y las oportunidades para recuperarla y mejorarla continuamente.

* Director del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

Ante la necesidad de administrar un proceso, una unidad médica o un sistema de salud, es necesario establecer un diagnóstico basado en la investigación de la situación vigente, los antecedentes, las situaciones colaterales, la exploración *in situ* del problema, identificación de fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades, para estar en condiciones de proponer alternativas de solución que permitan mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica.

Las similitudes entre el acto médico y el administrativo son múltiples, por lo que con los conocimientos básicos, la aplicación de una metodología poco compleja y el sentido común, se puede aspirar a lograr buenos resultados. Sin embargo, cuando administramos los recursos de un hospital, una institución o de derechohabientes del IMSS, no podemos hacerlo en forma intuitiva; la responsabilidad moral y legal es muy grande y para desempeñarla bien es necesario prepararse. No puede negarse que los resultados serán mejores entre mayor sea la preparación, los conocimientos y la experiencia en medicina y en administración.

El propósito de este trabajo es orientar al médico que tiene interés o necesidad de realizar funciones administrativas, para el desempeño de un cargo directivo en el curso de su desarrollo profesional.

Antecedentes

En nuestro país los trabajos en pro de la calidad de la atención médica se iniciaron en el entonces recién inaugurado Hospital La Raza mediante la revisión de expedientes clínicos.¹ Los esfuerzos se vieron concretados en 1962 en la Subdirección General Médica con la edición del documento *Auditoría médica*,² que sirvió de inspiración a otras instituciones del Sector Salud para establecer sus propios procedimientos de evaluación.³⁻⁴

En 1972 y 1973 la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social editó los documentos *Evaluación médica*⁵ y *El expediente clínico en la atención médica*.⁶

Entre 1972 y 1976 los trabajos de González Montesinos, Lee Ramos y colaboradores⁷⁻¹⁵ consolidaron la evaluación del expediente clínico como instrumento para conocer la calidad con que se otorga la atención médica. En 1976 Enríquez de la Fuente¹⁶ llamó la atención acerca de la relación entre calidad y eficiencia, al tiempo que Pucheu Regis,¹⁷ Tamayo Pérez¹⁸ y Garduño Navarro¹⁹ hacían énfasis en la importancia de la relación médico-paciente. Los trabajos realizados por González Posada y colaboradores durante 1983 y 1984 acerca de la evaluación integral de las unidades médicas y publicados en noviembre de 1984,²⁰ cambiaron el enfoque sobre la calidad de la atención médica y su evaluación, introduciendo conceptos que no se habían aplicado antes como la teoría de sistemas, la satisfacción del usuario, del prestador de servicios con el trabajo realizado y de la institución con la calidad con que se otorga la atención. Al mismo tiempo aparecía la primera edición del libro de Avedis Donabedian sobre la calidad de la atención médica.²¹ El Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación retomó los trabajos de González Posada y colaboradores y con aportaciones de expertos, procedentes de las diferentes instituciones del Sector Salud editó y publicó *Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud*.^{22,23} Bajo los auspicios de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social se editó el libro *Calidad de la atención médica*.^{24,25}

Deben tenerse en cuenta los trabajos de Reyes Zapata y colaboradores sobre los círculos de calidad;^{26,27} los de Bobadilla^{28,29} sobre la calidad de la atención obstétrica; Laguna Calderón y Salinas Oviedo en las unidades médicas del Departamento del Distrito Federal;³⁰ los de Lilia Durán sobre la calidad en consulta externa³¹ y particularmente los de Ruelas Barajas,^{26,32-35} que han permitido precisar los conceptos sobre los diferentes enfoques de la calidad; así como los de Aguirre Gas y colaboradores sobre sus experiencias en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la evaluación integral de hospitales del tercer nivel de atención médica.^{36,37}

1. Calidad de la atención médica

Definición

Otorgar atención oportuna al usuario, conforme los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, con satisfacción de las necesidades de salud y de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución.

Al analizar los conceptos que integran esta definición se hace necesario precisar los términos:

- *Atención oportuna*, es decir, otorgar atención en el momento que el paciente lo requiera.
- *Conforme a los conocimientos médicos vigentes* mediante la disponibilidad de personal de salud capacitado, a partir de un proceso de actualización permanente, en congruencia con las normas que los expertos del área operativa han emitido y mantenido actualizadas.
- *Los principios éticos vigentes* incluyen “primero, no hacer daño”, equidad en el otorgamiento de los servicios ofreciendo a cada paciente la atención que su padecimiento requiere; humanismo, privacidad, trato individualizado, respeto al secreto profesional, ofreciendo el máximo beneficio con mínima exposición al riesgo durante su atención³⁸ y con el consentimiento informado para la realización de estudios y tratamiento, así como para su participación en proyectos de investigación, y respeto a sus principios morales y religiosos.
- La *satisfacción de las necesidades de salud* lleva implícito el logro del objetivo de la atención a partir del establecimiento de un diagnóstico, un programa de estudio y tratamiento y un pronóstico. En este contexto el objetivo de la atención médica puede ser: curación, control, mejoría del paciente, paliación de sus síntomas, apoyo moral al paciente y familiares y una muerte digna conforme a los principios legales, morales y religiosos vigentes, en congruencia con el problema de salud de que se trate.
- A *nivel de salud pública* la satisfacción de las necesidades de salud implica la mejoría en el nivel de salud de la población, disminución de la morbilidad, mortalidad, secuelas, complicaciones y discapacidades e incremento del tiempo y calidad de vida de los individuos.
- La *satisfacción de las expectativas del usuario* incluye la accesibilidad a los servicios, oportunidad para la atención, amabilidad en el trato, proceso de la atención realizado sin obstáculos, suficiente personal de salud debidamente capacitado, disponibilidad de equipo, material y medicamentos que se requieran; solución del problema de salud que motivó la atención en congruencia con el objetivo a lograr, información suficiente y oportuna acerca del programa de estudio y tratamiento, de sus resultados y del pronóstico; comodidad durante el proceso de atención, incluyendo la climatización, control del ruido, iluminación adecuada, ausencia de malos olores y de fauna nociva.
- La *satisfacción de las expectativas del prestador de servicios* se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para la realización del trabajo, reconocimiento por parte de sus superiores por haberlo efectuado con calidad, remuneración congruente con las características del desempeño, seguridad en el trabajo, oportunidades de superación y facilidades para la capacitación.
- Las *expectativas de la institución* corresponden a la calidad en la atención médica en función del cumplimiento de las normas vigentes emitidas por la propia institución, equidad en el acceso a la atención que requieren los usuarios, independientemente del problema de salud del paciente; oportunidad para la atención en cuanto al tiempo de espera y diferimientos, mejoría del nivel de salud de la población, costo-beneficio aceptable en la prestación de los servicios con base en una administración racional de los recursos; productividad adecuada y ausencia de quejas y demandas.

2. Evaluación de la calidad de la atención médica

Definición

Es el análisis metodológico de las condiciones en que se otorga la atención médica, mediante la integración de un diagnóstico situacional que permita conocer las condiciones estructurales para su prestación, las características del

proceso y la consecución de los resultados esperados. Implica la identificación de los procesos que requieren ser mejorados, de los logros alcanzados y los de problemas que es necesario resolver.

El análisis de esta definición hace necesario comentar algunos conceptos:

- *Análisis metodológico*: el proceso de evaluación debe estar sustentado en un procedimiento formal, objetivo, sistemático y procesal, previamente establecido con conocimiento del mismo por parte de los evaluadores y de los evaluados.
- El punto de partida para mejorar la calidad de la atención médica es *conocer las condiciones en que se otorga*, a través del diagnóstico situacional ya mencionado.
- La *determinación de las condiciones estructurales* incluye las instalaciones, el equipo, el instrumental y el mobiliario. En cuanto a su suficiencia y estado funcional implica el suministro de insumos con oportunidad, suficiencia y control de calidad, y la dotación de personal conforme a plantillas autorizadas, cobertura y capacitación.
- Las *características del proceso* incluyen la oportunidad en su otorgamiento, su congruencia con las normas, conocimientos médicos y principios éticos vigentes y el uso adecuado de tecnología apropiada.
- Los *resultados esperados* se refieren al logro del objetivo de la atención en materia de salud, con eficiencia y efectividad, que permitan satisfacer las expectativas de usuarios, prestadores de servicios e institución.
- Los *resultados esperados* en materia de salud pueden ser considerados en varios niveles. Se proponen los siguientes seis: curación cuando sea factible; control de la enfermedad en los casos que no sea curable; mejoría del paciente cuando sus condiciones no permitan curar ni controlar la enfermedad; paliación cuando la enfermedad haya rebasado las opciones de ofrecer una mejoría, procurando ofrecer una calidad de vida más satisfactoria. En los casos en que ninguna de estas opciones sea accesible, el médico está comprometido a ofrecer apoyo moral. Por último se debe ofrecer una muerte digna, concepto que aún es motivo de controversia y en el que únicamente cabría reflexionar entre la disyuntiva de prolongar una vida o prolongar una agonía.
- Desde el punto de vista de la salud pública los resultados esperados incluyen una mejoría continua en el nivel de la salud de la población, con disminución de la morbilidad y mortalidad en general y en algunos padecimientos en particular, control de las enfermedades prevenibles por vacunación, menor número y mejor rehabilitación de los discapacitados y en general un mayor nivel en la calidad de vida.
- En lo referente a la eficiencia, los resultados esperados se analizan comparándolos con estándares explícitos, con ellos mismos a través del tiempo y con procesos similares.
- Dentro de los resultados esperados debe incluirse también la satisfacción de las expectativas de los usuarios por los servicios que les fueron otorgados, de los prestadores de servicios con el trabajo realizado y de la institución por la calidad y eficiencia con la que se otorgó la atención.
- Los criterios para determinar cuándo un proceso genera logros, problemas o requiere ser mejorado, se pueden establecer mediante los siguientes conceptos:
 - *Logro*: como resultado de la atención médica se alcanza el objetivo con oportunidad, calidad en los procedimientos y satisfacción de las expectativas del usuario, del prestador de servicios y de la institución (calificación: *excelente*).
 - En los casos en que se logre el objetivo de la atención con oportunidad, pero sin satisfacer las expectativas de usuarios, prestadores de servicios e institución, se considera como un resultado aceptable (calificación: *suficiente*).
 - *Problema*: en los casos en que no se alcance el objetivo de la atención médica por falta de oportunidad en la atención, deficiencias en el proceso, omisión del acto médico requerido o acto médico realizado en forma incorrecta, con daño para el paciente, para el prestador de servicios o para la institución (calificación: *insuficiente, no realizado o inadecuado*).
 - Tanto los procesos que alcancen la calificación *suficiente*, como aquellos calificados con los rubros *insuficiente, no realizado o inadecuado*, son susceptibles de ser mejorados.

3. Mejoramiento continuo de la calidad de la atención médica

Definición

Conjunto de estrategias realizadas en forma constante, sistemática y procesal, con el propósito de incrementar la calidad y la eficiencia en la presentación de la atención médica.

Las estrategias para el mejoramiento continuo de la calidad de atención médica se realizan con base en el diagnóstico situacional integrado a través del proceso de evaluación. Es conveniente precisar algunos conceptos:

- Para que las *estrategias* dirigidas a incrementar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica sean efectivas, es necesario que se apliquen en forma constante, en congruencia con una metodología preestablecida y conforme al desarrollo sistemático de los procesos que las componen.
Si la elaboración de un diagnóstico situacional a través de la evaluación no permite contribuir a la superación de la calidad y eficiencia en la prestación de la atención, el proceso de evaluación es inútil y oneroso.

Las acciones dirigidas a mejorar la calidad y la eficiencia en la prestación de la atención médica son:

- *Planeación estratégica* para el mejoramiento continuo de los procesos cuyos resultados puedan superarse en cuanto a calidad y eficiencia hasta alcanzar el nivel de excelencia.
- *Reconocimiento de los logros* previa identificación del responsable del proceso, mediante un sistema predeterminado de estímulos, aplicado en forma continua que incluya acciones en forma verbal, por escrito, en especie (becas, licencias, etcétera) o estímulos económicos.
- Solución de los problemas que afectan la calidad con que se otorga la atención médica mediante los siguientes pasos:
 - Registro de los problemas.
 - Establecimiento de prioridades para el abordaje de los problemas en función de su magnitud, trascendencia, factibilidad y vulnerabilidad.
 - Identificación del responsable del proceso donde se ubica el problema.
 - Verificación en forma participativa con el responsable del proceso de las condiciones de la estructura y características del proceso que dieron lugar a resultados inaceptables, para determinar la mejor opción para resolverlo.
 - Otorgamiento de asesoría al responsable del proceso, con base en el conocimiento y comparación con procesos similares que generan resultados con mayor calidad y eficiencia (*benchmarking*).
 - Establecimiento de compromisos en forma participativa con el responsable del proceso, para la solución del problema en tiempo y magnitud.
 - Seguimiento de esos compromisos y de los avances en la solución del problema.
 - Los obstáculos que impidan la solución de los problemas se constituyen en un nuevo problema y estarán sujetos al mismo procedimiento de solución (*espiral del mejoramiento continuo*).
 - Verificación de la solución del problema y su descargo de la relación de problemas vigentes.

Cuando se habla de calidad de la atención médica no puede dejarse de lado el concepto de *calidad total*. Este término lleva implícita la calidad en la estructura, proceso, resultados y en cada uno de sus componentes, así como el compromiso y la participación de todos los involucrados en la atención médica: directivos, personal operativo, proveedores, personal de apoyo, etcétera. Es un paradigma indudablemente apasionante pero difícil de alcanzar, que lleva implícito un cambio cultural de quienes se comprometan a alcanzarlo, situación a largo plazo con riesgo de desánimo para quienes esperen y no logren avances a corto plazo, aun cuando estos fueran parciales. Por otra parte puede considerarse que la calidad total no existe, ya que la calidad siempre podrá ser mejorada. Por estas razones hemos decidido comprometernos con el mejoramiento continuo.

4. Planeación estratégica

Definición

Determinación de las líneas generales de acción dirigidas al mejoramiento continuo de los procesos mediante su análisis, identificación de fortalezas, debilidades intrínsecas, oportunidades, amenazas del entorno y reingeniería de aquellos procesos que requieran ser modificados.

Una vez identificados los procesos susceptibles de ser mejorados mediante la revisión de las condiciones de la estructura, las características del proceso y la consecución de los resultados esperados, se debe proceder a:

- Identificar fortalezas y debilidades inherentes al proceso, tanto en los recursos físicos como en los procedimientos; la eficiencia y la satisfacción de usuarios, prestadores de servicios e institución, para impulsar el desarrollo de las fortalezas, determinar las causas de las debilidades y promover su corrección.
- Identificar las oportunidades y amenazas en el entorno del proceso para aprovechar las primeras y nulificar las segundas, permitiendo su desarrollo con calidad y eficiencia.
- Someter a reingeniería los procesos cuyos resultados sean inferiores a los esperados, tanto los que representan un problema como aquellos que aun habiendo producido un resultado *aceptable* puedan superarse en búsqueda de la excelencia.

5. Reingeniería de procesos

Definición

Reprogramación de los procesos susceptibles de ser mejorados en su estructura y en los procedimientos que los integran, con el propósito de alcanzar los resultados esperados, a fin de incorporarlos al mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia.

Con este fin, una vez que se disponga del diagnóstico situacional de un proceso, se deberá proceder a su análisis crítico en forma participativa con el responsable de llevarlo a cabo, tanto en lo relacionado con las condiciones de la estructura como en las características y organización de los procedimientos que lo integran, modificando y aprovechando en forma creativa las herramientas que proveen: la teoría de sistemas, la planeación estratégica, el *benchmarking*, la monitoría, el análisis estadístico, el trabajo en equipo y la investigación en sistemas de salud, con el propósito de alcanzar los resultados esperados.

6. Sistema de información comparativa de referencia (*benchmarking*)

Definición

Mejoramiento continuo de la calidad y eficiencia en el desarrollo de los procesos, mediante la comparación con otros procesos semejantes y la aplicación al proceso que se desea mejorar de aquellos procedimientos que hubieran mostrado mejores resultados en calidad y eficiencia.

El análisis comparativo de procesos semejantes realizados en ámbitos diferentes permite identificar los procedimientos con que se lograron mejores resultados en calidad, eficiencia, satisfacción de las expectativas de usuarios, prestadores de servicios e institución.

Una de las principales herramientas de la evaluación y mejoramiento continuo de la atención médica es transpolar la experiencia obtenida a procesos cuya calidad y eficiencia son inferiores a las esperadas, aun en los casos que no lleguen a constituir un problema.

7. Evaluación y seguimiento

Como parte integrante del proceso de evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención médica, es necesario dar continuidad al procedimiento mediante el seguimiento de los avances logrados y la solución de los problemas identificados y la reingeniería de los procesos, en cuanto a calidad, eficiencia y efectividad. Cuando a través de las evaluaciones periódicas se identifiquen obstáculos para el avance de los procesos o para la solución de los problemas, estos obstáculos pasarán a integrarse al registro de nuevos problemas y por lo tanto a la secuencia de procedimientos dirigidos a su solución.

8. Retroinformación al sistema

En aquellos casos en que las modificaciones incorporadas a los procesos mejoren su calidad, eficiencia y efectividad, debe retroinformarse a nivel normativo proponiendo la modificación y actualización de las normas vigentes, con el propósito de incorporar las mejoras a todo el sistema.

9. Acreditación o certificación

Definición

Aval que se otorga a una institución o servicio de salud que cumple con los estándares mínimos de calidad vigentes, en su estructura, en el proceso y en los resultados, que permite garantizar una atención médica de calidad.

En la medida que se cumplan los estándares mínimos de calidad, tanto en la estructura como en el proceso y los resultados, que permitan garantizar una atención médica con calidad, se podrá otorgar un documento que lo certifique, acreditando así a la institución evaluada como una institución de calidad.

Referencias

1. **Cárdenas de la Peña E.** Servicios médicos del IMSS. Doctrina e historia. Capítulo VI. Sistemas y procedimientos. Auditoría médica. IMSS, 1974:305.
2. **Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica.** Auditoría médica. Instrucciones. México, 1972.
3. **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, Subdirección Médica.** Evaluación del expediente clínico en unidades médicas. México, 1975.
4. **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Dirección de Servicios Médicos.** Auditoría médica, 1982.
5. **Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica.** Evaluación médica. Instrucciones. México, 1972.
6. **Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica.** El expediente clínico en la atención médica. Instrucciones. México, 1973.
7. **González MF.** Evaluación de la asistencia médica. III Congreso Americano de Medicina de la Seguridad Social, Panamá 12-18 de noviembre de 1972.
8. **Pérez Álvarez JJ.** Evaluación médica. Bol Med IMSS 1974;16:281.
9. **González MF, Pérez Álvarez JJ, Lee Ramos AF.** Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia. Bol Med IMSS 1975;17:7.
10. **Lee RAF, Remolina BJ, González MF, Pérez AJJ.** Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México. Bol Med IMSS 1975;17:187.
11. **Hernández BOM, Lee RAF, Pérez AJJ, González Montesinos F.** Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Bol Med IMSS 1975;17:482.
12. **De la Fuente GL, Santiesteban Prieto B, González MF, Pérez Álvarez JJ.** Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de la actividad médica. Bol Med IMSS 1976;18:295.
13. **Maqueo OP, Pérez Álvarez JJ, Lee Ramos AF, González MF.** Observaciones al través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Primera parte. Bol Med IMSS 1976;18:18.

14. **Riva CG, Aizpuru BE, Limón DR, González MF, Lee RAF, Pérez AJJ.** Observaciones al través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Segunda parte. Bol Med IMSS 1976;18:60.
15. **Hernández RF, Mogollan CR, Elizalde GH, Pérez AJJ, Lee RAF, González MF.** Observaciones al través de la evaluación del expediente clínico en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Tercera parte. Bol Med IMSS 1976;18:86.
16. **Enríquez de la Fuente A.** Consideraciones sobre productividad aplicada a médicos. Bol Med IMSS 1976;18:378.
17. **Pucheu RC.** Factores que intervienen en el desarrollo de la relación médico-paciente durante los estudios de pregrado. Bol Med IMSS 1979;18:296.
18. **Tamayo PR.** La enseñanza de la relación médico-paciente durante los estudios de pregrado y posgrado en el IMSS. Bol Med IMSS 1976;18:296.
19. **Garduño M.** Relación médico-paciente en el IMSS. Bol Med IMSS 1976;18:296.
20. **González PJ, Merelo AA, Aguirre Gas HG, Cabrera HJA.** Sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas. Rev Med IMSS 1984;22:407.
21. **Donabedian A.** La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana, S. A., 1984.
22. **Sector Salud, Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación.** Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. México, 1987.
23. **Ruiz ChM, Martínez NG, Calvo RJM, Aguirre Gas HG, Arango RR, Lara Carreño R, Caminos ChMI, Ortiz Solaline G, Ugalde Grajeda E, Herrera LF.** Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud. Salud Publica Mex 1990;32:156-169.
24. **Aguirre Gas HG.** Calidad de la atención médica. México D.F.: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1993.
25. **Aguirre Gas HG.** Calidad de la atención médica. Segunda edición. México D.F.: Conferencia Interamericana de Seguridad Social, 1997.
26. **Ruelas BE, Reyes ZH, Zurita GB, Vidal PLM, Karchmer S.** Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. Salud Publica Mex 1990;32:207-220.
27. **Reyes ZH, Meléndez CVM, Vidal PLM.** Programa de garantía de calidad en el primer nivel de atención. Salud Publica Mex 1990;32:232-242.
28. **Bobadilla JL.** La salud perinatal y la calidad de la atención Médica en la ciudad de México. Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina. CLACSO/DRC Buenos Aires, Argentina, 1989;161:178.
29. **Bobadilla JL.** *Quality of perinatal medical care in Mexico city.* Perspectivas en Salud Pública, No. 3, México, D.F.: Instituto Nacional de Salud Pública, 1988.
30. **Laguna CJ, Salinas OC.** Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal. Salud Publica Mex 1990;32:221-224.
31. **Durán González L, Frenk Mora J, Becerra AJ.** La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Salud Publica Mex, 1990;32:181-191.
32. **Ruelas BE, Vidal PLM.** Unidad de garantía de calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica. Salud Publica Mex 1990;32:225.
33. **Ruelas BE.** Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. Salud Publica Mex 1990;32:108-109.
34. **Ruelas BE.** Confusiones y definiciones. Calidad de atención a la salud, 1995;2:5-7.
35. **Ruelas BE.** La necesidad de la calidad. Calidad de atención a la salud, 1994;1:5-7.
36. **Aguirre Gas HG.** Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución. Cir Ciruj 1995;63:110.
37. **Aguirre Gas HG.** Temas de pediatría. Capítulo: calidad de la atención en los servicios de urgencias. McGraw-Hill Interamericana, 1997:383-396.
38. **Donabedian A.** *The quality of care. How can it be assessed?* JAMA 1988;260:1743. □