

# Calidad de la atención médica

Rolando H. Neri Vela  
Héctor G. Aguirre Gas

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Dentro de las preocupaciones del ser humano desde que apareció en la faz de la Tierra, ha sido la atención a su cuerpo para librarse de las enfermedades una de las más importantes, pues padecerlas lo limitó ante las adversidades del exterior.

Ya desde la antigüedad se idearon instancias y leyes que protegieran al enfermo. Una de las primeras es el *Código de Hammurabi*, elaborado hacia el año 1800 A. de C., que contiene trece artículos consagrados a la práctica de la profesión médica. Como ejemplo, respecto al quehacer oftalmológico, los artículos del 215 al 223 tratan de los honorarios y las penalizaciones profesionales del médico<sup>1,2</sup>.

Se sabe que en China, la Medicina era enseñada en centros especiales, y los estudios cobraban validez mediante exámenes ante *T'ai-yi-chu* o "*Gran Servicio Médico*", compuesto por más de 300 funcionarios<sup>3</sup>.

Tanto en Grecia como en Roma, el ejercicio de la Medicina fue una actividad social, enteramente libre, pues no se necesitaba para acceder a ella ningún título ni diploma, sino sólo la bienvenida del público. El *Juramento Hipocrático* señaló en esa época las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo.

Con la llegada de la Edad Media, en la Medicina Árabe la institución educativa por excelencia fue *la madrasa*, instalada dentro de la mezquita o junto a ella, y en relación con los hospitales, o *bimaristan*. En el año 931, el califa Al-Muqtadir estableció la obligación de obtener, previo examen, un título (*ichaza*) para la práctica legal de la profesión, la cual se hallaba regida estatalmente por el "*supervisor de mercados y costumbres*" o *muhtasib*. Además del examen general, los había para varias especialidades, como la oftalmología. En orden descendente, los títulos sociales de los médicos eran el de *hakim*, el de *tabib*, el de simple práctico, *mutabbib* o *mutatabib* y el de mero practicante o *mudawi*. Los charlatanes médicos abundaron en los campos del Islam<sup>4</sup>. La distinción en cuanto a clase social del paciente (ricos y pobres), fue notoria en el Islam. Los ricos y poderosos tenían médicos propios y podían utilizar, por costosos que fueran, todos los recursos de la dietética y la terapéutica entonces vigentes. Los pobres eran atendidos en el hospital público.

El hospital permitía a los pobres beneficiarse del saber de algunos grandes médicos, y solía tener una intensa actividad docente. En él se realizaban también los exámenes para la obtención de títulos profesionales.

Adaptado a la Fe Coránica, el *Juramento Hipocrático* tuvo vigencia entre los médicos árabes.

Hacia el siglo XII de nuestra era apareció la figura de *Moseh ben Maimon*, médico de fama universal, que vivió sus años de formación en Córdoba, España, y falleció en Fustat en 1204. En su texto *El régimen de salud*, refiere que: “[...] son muchas las cosas en que se equivocan los médicos, no actúan como debe ser y cometen grandes errores con el pueblo, pese a todo ¡no muere el enfermo y se salva!”<sup>5</sup>.

En su tratado, Maimonides cita a dos grandes médicos del Islam medieval: Rhazes y Avenzoar. El primero decía que “[...] los necios consideran a la Medicina un arte estudiado, cuyo objetivo se alcanza en su práctica, ¡cuánto más difícil será su materia para el buen médico!” (puesto que el buen médico se esfuerza por descubrir e investigar las bases de la Medicina). Maimonides agrega: “[...] este tema que explica Rhazes en esa obra, aparece frecuentemente en las obras de Galeno, que menciona que mientras los pícaros consideran fácil este arte, Hipócrates pondera su dificultad”. Respecto a Avenzoar, menciona que este último dijo: “No aplicaré nunca una medicina purgativa sin meditarlo durante los días antes y después de hacerlo”<sup>6</sup>.

Lola Ferré, en la introducción a *El libro del asma*, del mencionado Maimonides, nos dice que este autor “[...] criticó la astrología en la carta que dirige a los judíos de Montpellier, cuando la creencia en la influencia de las estrellas sobre los hombres, no era solamente una creencia popular, sino que grandes sabios y astrónomos la daban por cierta”. Agrega que Maimonides criticó también, en *La guía de los perplejos*, la Medicina mágica al decir que: “[...] la lógica y la razón no pueden admitir que esas prácticas ejercidas por los brujos produzcan efecto alguno, como, por ejemplo, cuando se trata de recoger cierta planta en un momento dado o tomar determinada cantidad de tal cosa y cierta dosis de la otra”; y en la misma idea nos encontramos con su “[...] rechazo del médico empirista, que no conoce los principios fundamentales de la Medicina ni los procesos lógicos que llevan a la deducción correcta<sup>7</sup>, agregando que el buen médico es aquel en el que se aúnan los conocimientos, el razonamiento y la experiencia. Quien carece de cualquiera de estos elementos no es apto para la práctica de la Medicina”<sup>8</sup>.

En la península ibérica, en 1289 las cortes de Aragón, reunidas en Monzón, tradujeron en un texto legislativo sumamente escueto, la preocupación de los grupos europeos más avanzados por el control profesional de médicos y cirujanos, inaugurada por Rogelio II de Sicilia hacia 1140. Una tradición que se puso en práctica en París desde 1220, y que se ejerció en Montpellier hacia 1239. Ya Jaime I, en 1272, se había preocupado de atajar el *intrusismo*<sup>\*</sup> médico en Montpellier por parte de hombres y mujeres, tanto judíos como cristianos, que ejercían la medicina sin haber obtenido previamente el grado universitario y sin haber sido autorizados mediante examen<sup>9</sup>.

\* Según definición del *Diccionario de la Real Academia*, significa: “Ejercicio de actividades profesionales por persona no autorizada para ello. Puede constituir delito” [n. del e.].

La legislación valenciana de 1329 significó, al menos teóricamente, la sanción social definitiva del título universitario, pues los nuevos *Furs* (censores) exigían como condición necesaria para poder pasar el filtro de los examinadores municipales, la posesión de un título universitario. No se eximía del examen (que era teórico y práctico) a nadie por el hecho de poseer el título universitario o haber sido declarado apto en otro lugar de la Corona de Aragón. El requisito del paso por una escuela de Medicina no se exigió en el resto de la Corona hasta 1359, sin plantearse de modo explícito en Barcelona sino en 1401, cuando Martín I creó un *Studium de la Medicina* en la ciudad condal; imposición real que fue protestada por el municipio y la propia organización colegial médica barcelonesa<sup>10</sup>.

Cuando los *Furs* de 1329 intentaron reglamentar algunos de los aspectos de la relación médico-paciente, centraron su atención en los enfermos graves, y en la obligación que los médicos y los cirujanos tenían de llamar previamente al confesor, o bien, advertir al paciente de la necesidad que tenía de confesarse<sup>11</sup>.

Al finalizar la Edad Media, y con la llegada del Renacimiento, en España se crea el Tribunal del Protomedicato, fundado en 1447 por los Reyes Católicos, con la finalidad de dar calidad en la atención sanitaria; institución que pasó luego a las colonias americanas. Con sus diferentes quehaceres, vigiló la atención dada por médicos, cirujanos, flebotomianos, boticarios, gastapotras, algebristas, albéitares, entre otros.

Durante los siglos XVIII y XIX, en Europa y en los Estados Unidos de América se inició la fundación de sociedades médicas, así como la realización de congresos científicos y publicación de periódicos y revistas, con el fin de mejorar la atención a la salud. México no se quedó a la zaga, teniendo desde fines del siglo XVIII materiales científicos como el *Mercurio Volante* o la *Gaceta de Méjico*, dos pioneros en América.

Hacia 1893, en México se fundó la primera sociedad médica especializada, la Sociedad Mexicana de Oftalmología, y en 1898 apareció su revista.

En el siglo XIX en la Rusia zarista, existió el sistema *zemstvo*. La deplorable situación económica en que tras su liberación quedaron los campesinos pobres, obligó al poder central, en 1867, a suministrar asistencia médica gratuita, a través de una red de médicos funcionarios y centros sanitarios rurales. Con la implantación del sistema socialista, la situación cambió radicalmente, pues todo el personal médico y paramédico trabajaba exclusivamente para el Ministerio de Salud, y aun cuando estaba permitida la práctica privada, era raro que la gente hiciera uso de este tipo de atención, seguramente debido a que los médicos oficiales eran de la más alta calidad. Otro hecho era la extensión de los servicios a todos los niveles, logrado con la utilización de suficiente personal preparado para el desempeño de sus funciones<sup>12</sup>.

En las áreas rurales, la unidad más pequeña de los servicios de salud soviéticos era un pequeño centro atendido por un *feldsher* o bien, dependiendo del tamaño de la población, por un *feldsher* y una partera. Los *feldsher* eran, entre el personal paramédico, los que tenían mayores estudios, con cuatro años de

entrenamiento. El *feldsher* trabajaba bajo la constante supervisión de un médico, que lo visitaba al menos cada semana. En esos centros de salud la partera controlaba a las mujeres durante el embarazo y atendía el parto, además de vacunar a los niños. Por encima de estos centros se encontraba el hospital (que tenía anexa una policlínica) y más arriba, un hospital especializado. Para casos más específicos, había una instancia hospitalaria superior. Con esta base sanitaria, la URSS manejó con eficiencia sus problemas de salud. Sin embargo, no se había hecho aún una calificación de la calidad de la atención médica<sup>12</sup>.

En el mundo capitalista, desde 1918 el *American College of Surgeons* contaba ya con un programa de estándares voluntarios, diseñados por médicos, para evaluar la calidad de la atención.

En pleno siglo xx en Chicago, en 1933, Lee y Jones se pronunciaron en torno a lo que consideraron “atención médica correcta”, en los siguientes términos:

Se limita a la práctica racional de la Medicina, sustentada en las ciencias médicas, hace énfasis en la prevención, exige cooperación entre los profesionales de la Medicina y el público; trata al individuo como un todo, enfatizando que se debe tratar a la persona enferma y no a la condición patológica; mantiene una relación cercana y continua entre el médico y el paciente<sup>13</sup>.

Se hace evidente la preocupación de los autores, por la calidad con que se otorgaba la atención médica y la plantearon en términos que siguen vigentes en nuestra época. Se refirieron a la práctica médica como racional, en contrapunto con lo que ahora llamamos “Medicina defensiva”; sustentada en lo que ahora se llaman: conocimientos médicos vigentes, “*lex artis*”, Medicina basada en evidencias o bases científicas de la Medicina; en congruencia con las tendencias actuales de privilegiar la Medicina preventiva sobre la curativa; la coparticipación del paciente y su familia en la atención; tratar al paciente como un ente biopsicosocial indivisible; tratar al enfermo y no a la enfermedad, y con una relación médico-paciente estrecha.

En 1944 se inician las autopsias y con ello, los estudios histopatológicos. Los avances en la bacteriología y la fundación de los institutos especializados, contribuyen a mejorar la calidad de la atención.

En 1951, teniendo como marco un acuerdo con el *American College of Physicians*, la *American Hospital Association* y la *American Medical Association*, se creó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria, con el propósito de autorregularse<sup>14</sup>.

En nuestro país, los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad, se identificaron en el Hospital de la Raza del IMSS en 1956, por un grupo de médicos interesados en conocer la calidad con que estaban atendiendo a sus pacientes, a través de la revisión de los expedientes clínicos. Sus esfuerzos fueron recogidos por las autoridades normativas del IMSS y en 1960 editaron, publicaron y difundieron el documento *Auditoría Médica*<sup>15,16</sup>, que fue retomado por otras instituciones del Sector Salud, con propósitos similares<sup>17,18</sup>.

Pasaron doce años para que se diera un cambio en esta metodología, cuando la Subdirección General Médica del IMSS, bajo la conducción de los doctores González Montesinos, Pérez Álvarez y su equipo de trabajo editaron, publicaron y difundieron las *Instrucciones: Evaluación Médica*<sup>19,20</sup> y un año después, las *Instrucciones: El Expediente Clínico en la Atención Médica*<sup>21</sup>. A través de ellas dieron a la evaluación del expediente clínico, un carácter más médico, efectuado por pares; y menos administrativo, como instrumento para conocer la calidad de la atención.

Con el respaldo de estas normas, los doctores: González Montesinos, Lee Ramos, Pérez Álvarez, Santisteban Prieto, Remolina Barenque, Maqueo Ojeda, De la Riva Cajigal, la enfermera Hernández Brito y otros colaboradores, desarrollaron una intensa labor de investigación y publicación de trabajos sobre calidad de la atención médica<sup>22-28</sup>, que incluyeron: “Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia”<sup>22</sup>; “Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México”<sup>23</sup>; “Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del IMSS”<sup>24</sup> y “Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de la actividad médica”<sup>25</sup>.

A partir de 1980, adquiere gran relevancia la figura del doctor Avedis Donabedian en los Estados Unidos de América, con sus trabajos sobre calidad de la atención médica, con base en la teoría de sistemas<sup>29-33</sup>, destacando su volumen de 1984, *La calidad de la atención médica*<sup>30</sup>.

Desde los trabajos de González Montesinos, pasó otra vez más de una década para que en nuestro país surgiera otro cambio significativo y con repercusión en los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica, con la publicación en 1984 de *Sistema de evaluación médica. Progresos y perspectivas*<sup>34</sup>, orientado a la evaluación y autoevaluación integral de las unidades médicas, lo que incluye: instalaciones, recursos físicos, personal, suministro de insumos, organización, proceso, los resultados de la atención y la satisfacción de los pacientes, con un enfoque hacia la mejora continua y énfasis en su aplicación como herramienta de autoevaluación, integración y actualización del diagnóstico situacional de la unidad médica.

En 1987, el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, como resultado de sus trabajos, publicó y difundió el documento normativo: “Bases para la evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”<sup>35</sup>, a partir del texto *Sistema de evaluación médica*<sup>34</sup>.

El avance siguiente ocurrió hasta 1990, cuando en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, con motivo de la visita del doctor Donabedian a México, se desarrollaron las primeras Jornadas Académicas sobre calidad de la atención médica en México. En ellas se presentaron los trabajos que se habían venido desarrollando en nuestro país, por los diferentes grupos ocupados en el tema.

En las Jornadas, Ruiz de Chávez, Martínez Narváez, Calvo Ríos, Aguirre Gas y colaboradores, en representación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación, expusieron el trabajo: “Bases para la Evaluación de la Calidad de la

Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, mismo que fue publicado en la revista *Salud Pública de México*<sup>36</sup>.

Ruelas Barajas y colaboradores participaron en esas jornadas con la presentación y publicación de sus experiencias, mediante trabajos de vanguardia, con referencia a la garantía y aseguramiento de la calidad de la atención<sup>37-40</sup>, como: “Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía”<sup>37</sup>, “Calidad, productividad y costos”<sup>38</sup>; con Vidal Pineda: “Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica”<sup>39</sup>; y con Reyes Zapata, Zurita Garza y Vidal Pineda, sus experiencias en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) sobre los “Círculos de Calidad como estrategia de un Programa de Garantía de Calidad en la Atención Médica”<sup>40</sup>.

En ese número de *Salud Pública de México* en que intervino Ruelas Barajas como Editor invitado, aparecieron también los primeros trabajos de Aguirre Gas: “Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los Pacientes y de los Trabajadores de las Unidades Médicas”<sup>41</sup>, y en el número de 1993, también sobre calidad de la atención médica, con: “Evaluación y Garantía de la Calidad de la Atención Médica”<sup>42</sup>.

En los años siguientes, como resultado de la aplicación del Sistema de Evaluación Integral de la Unidades Médicas, Aguirre Gas publicó tres trabajos con los resultados de la aplicación de la evaluación de Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención: “Problemas que Afectan la Calidad de la Atención en Hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución”<sup>43</sup>, “Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel”<sup>44</sup> y “Proyecto UMAE\*. Desarrollo y avances 2004-2006”<sup>45</sup>; haciendo evidente la utilidad de esta herramienta para la integración y actualización del diagnóstico situacional de las unidades de atención médica, así como para la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica.

En 1993, como consecuencia de la proximidad de la firma del Tratado Trilateral de Libre Comercio de América del Norte, surgió la necesidad de homologar la calidad en la prestación de los servicios médicos entre las unidades médicas de los Estados Unidos de América, Canadá y México, para lo cual era indispensable establecer un sistema homologado de certificación de las unidades médicas. Esa necesidad fue la piedra angular que detonó la integración de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA). A través de SOMECASA se diseñó y se aplicó un Sistema de Certificación de Hospitales, como “prueba piloto” en varias unidades médicas del Sector Salud.

A finales de 1994, no había sido factible aún formalizar legalmente la entidad certificadora, y como consecuencia del cambio de las autoridades del Gobierno Federal —incluida la del Sector Salud—, el proyecto de certificación quedó suspendido. En marzo de 1995 se llevó a cabo una reunión en la Academia Nacional de Medicina, donde se presentaron los resultados de la prueba

\* Unidad Médica de Alta Especialidad.

Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, mismo que fue publicado en la revista *Salud Pública de México*<sup>36</sup>.

Ruelas Barajas y colaboradores participaron en esas jornadas con la presentación y publicación de sus experiencias, mediante trabajos de vanguardia, con referencia a la garantía y aseguramiento de la calidad de la atención<sup>37-40</sup>, como: “Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía”<sup>37</sup>, “Calidad, productividad y costos”<sup>38</sup>; con Vidal Pineda: “Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica”<sup>39</sup>; y con Reyes Zapata, Zurita Garza y Vidal Pineda, sus experiencias en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) sobre los “Círculos de Calidad como estrategia de un Programa de Garantía de Calidad en la Atención Médica”<sup>40</sup>.

En ese número de *Salud Pública de México* en que intervino Ruelas Barajas como Editor invitado, aparecieron también los primeros trabajos de Aguirre Gas: “Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los Pacientes y de los Trabajadores de las Unidades Médicas”<sup>41</sup>, y en el número de 1993, también sobre calidad de la atención médica, con: “Evaluación y Garantía de la Calidad de la Atención Médica”<sup>42</sup>.

En los años siguientes, como resultado de la aplicación del Sistema de Evaluación Integral de la Unidades Médicas, Aguirre Gas publicó tres trabajos con los resultados de la aplicación de la evaluación de Unidades Médicas de Tercer Nivel de Atención: “Problemas que Afectan la Calidad de la Atención en Hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución”<sup>43</sup>, “Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel”<sup>44</sup> y “Proyecto UMAE\*. Desarrollo y avances 2004-2006”<sup>45</sup>; haciendo evidente la utilidad de esta herramienta para la integración y actualización del diagnóstico situacional de las unidades de atención médica, así como para la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica.

En 1993, como consecuencia de la proximidad de la firma del Tratado Trilateral de Libre Comercio de América del Norte, surgió la necesidad de homologar la calidad en la prestación de los servicios médicos entre las unidades médicas de los Estados Unidos de América, Canadá y México, para lo cual era indispensable establecer un sistema homologado de certificación de las unidades médicas. Esa necesidad fue la piedra angular que detonó la integración de la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA). A través de SOMECASA se diseñó y se aplicó un Sistema de Certificación de Hospitales, como “prueba piloto” en varias unidades médicas del Sector Salud.

A finales de 1994, no había sido factible aún formalizar legalmente la entidad certificadora, y como consecuencia del cambio de las autoridades del Gobierno Federal —incluida la del Sector Salud—, el proyecto de certificación quedó suspendido. En marzo de 1995 se llevó a cabo una reunión en la Academia Nacional de Medicina, donde se presentaron los resultados de la prueba

\* Unidad Médica de Alta Especialidad.



piloto de “Certificación de Hospitales”<sup>46</sup>, pero sin resultados favorables. No se volvió a hablar del asunto.

En marzo de 1999, el Secretario de Salud federal, Dr. Juan Ramón de la Fuente, retomó el proyecto de certificación de hospitales y asignó la responsabilidad de su instrumentación al Consejo de Salubridad General, a cargo del Dr. Octavio Rivero Serrano. Tras un periodo breve de organización e instrumentación, se inició la Certificación de Hospitales, con la participación de empresas certificadoras contratadas<sup>45</sup>. La implantación y operación del sistema fue un éxito, habiendo certificado un importante número de hospitales a fines de 2000, año en el que concluyó la gestión en curso.

Desde principios de 2001 y hasta fines de 2006, la responsabilidad recaó en la nueva Secretaria del Consejo de Salubridad General, Dra. Mercedes Juan López, quien consolidó el proceso de certificación de establecimientos de atención médica a expensas de personal previamente capacitado, que fuera comisionado por las instituciones del Sector Salud.

Con el relevo sexenal de las autoridades gubernamentales, en 2007 el Dr. Enrique Ruelas Barajas asumió el cargo de Secretario del Consejo de Salubridad General, y con ello, el compromiso de conducir la certificación de hospitales, habiéndose propuesto como objetivo, elevarlo a nivel internacional<sup>48</sup>, conforme a los estándares de la Joint Commission International<sup>49-52</sup>.

Paralelamente, en 1999 el IMSS implantó el “Premio IMSS de Calidad”<sup>53</sup>, mismo que se ha venido desarrollando desde entonces, con base en los preceptos de la calidad total, al tiempo que el nivel gubernamental a través del Instituto para el fomento de la Calidad Total, inauguró el Premio Nacional de Calidad<sup>54</sup>.

Con el propósito de equiparar y controlar la calidad de los productos en el ámbito industrial, desde 1947 se ha venido desarrollando y modernizando el sistema “*International Standards Organization*” (ISO)<sup>55-57</sup>, con el que se pretende que existan las condiciones para garantizar y homologar la calidad a nivel industrial, mismo que se ha tratado de adaptar al entorno médico, todavía con poco éxito<sup>50,58</sup>. Como señala el doctor Saturno: “[...] el sistema ISO permite saber que la calidad es posible, pero no la garantiza; su enfoque está dirigido principalmente a los aspectos formales y estructurales del sistema de gestión de calidad, no a la calidad de los servicios en sí”<sup>52</sup>. En España, su principal representante ha sido la Asociación Española de Normalización (AENOR), con base en el Sistema ISO 9001:2000<sup>59</sup>.

La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) fue integrada por las asociaciones médicas más importantes de los Estados Unidos de América, con propósitos similares a los del Sistema ISO, pero dirigida a la calidad de la atención médica. Evalúa las funciones centradas en el paciente, las funciones de la organización y la estructura con funciones<sup>49-52</sup>. La acreditación de la JCAHO corresponde al modelo médico de la acreditación; es necesario señalar que no es incompatible ni se contradice con el Sistema ISO industrial, sino que se complementan<sup>50</sup>.



Una línea de trabajo importante es la de la autoevaluación del nivel de excelencia empresarial, que surgió gracias a las convocatorias para la obtención de los premios a la excelencia. En Japón surgió el Premio Deming; en los Estados Unidos, el Premio Malcom Baldrige y después en Europa, el Premio Europeo a la Calidad, auspiciado por la European Foundation for Quality Management<sup>50,60,61</sup>. En ellos se pretende que a través de la autoevaluación, se pueda contar con un diagnóstico situacional de las organizaciones, conocer sus problemas y puntos débiles a fin de trabajar para su mejora continua, hasta lograr la excelencia en satisfacción de clientes y empleados, efectos benéficos en la sociedad y resultados óptimos de la empresa<sup>50,60,61</sup>. El Sistema desarrollado por la European Foundation for Quality Management<sup>61-64</sup> tiene muchas similitudes con la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica<sup>35,36</sup>, mismos que ya aplicaba el IMSS en México desde 1983<sup>43,44</sup>.

En Canadá, como consecuencia de una escisión con la Joint Commission, se creó el Canadian Council on Health Facilities Accreditation<sup>50</sup>. En España, la Generalitat de Cataluña estableció un programa de acreditación de hospitales, con participación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas, en tanto que en Barcelona, la Fundación Avedis Donabedian comenzó su aplicación con base en los estándares y el apoyo de la JCAHO, e iniciaron la acreditación de Hospitales<sup>50</sup>. Más tarde, los trabajos en calidad se han orientado al Modelo Europeo de la ya referida EFQM<sup>62-64</sup>.

En el Reino Unido, la King Edward's Hospital Fund for London (Fundación Rey Eduardo de Hospitales para Londres), con base en el King's Fund Organizational Audit Scheme (Esquema Organizacional de la Fundación del Rey), desarrolló el Health Quality Service Accreditation Programme (Programa de Acreditación de la Calidad de la Salud de los Servicios), a partir de estándares de la JCAHO, del Sistema ISO y de la European Foundation for Quality Management<sup>50</sup>.

En América Latina, la principal iniciativa correspondió a la OPS, con la creación de la Federación Latinoamericana de Hospitales, siendo el factor fundamental para el desarrollo del Manual de Estándares de Acreditación<sup>65</sup>, con base en el de la Joint Commission, mismo que fue presentado en la OPS en Washington en 1991. Bolivia, Cuba, República Dominicana, Perú y Guatemala se sumaron a esta propuesta. Con base en el documento de la OPS, Argentina desarrolló el Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos Sanitarios, mismo que sigue vigente y con producción<sup>66</sup>. Cabe mencionar que desde 1978, Feld *et al.* publicaron<sup>67</sup> una propuesta sobre la evaluación y la auditoría médicas.

La International Quality Association (ISQUA), desarrolló en 1994 el Programa ALPHA (Agenda for Leadership in Programmes for Healthcare Accreditation), que fue el punto de partida para que en 1999 se creara el Accreditation Federed Council (Consejo Federado de Acreditación), con base en el desarrollo de estándares, evaluación externa por pares y mejora continua de la calidad de la atención médica<sup>50,60,68</sup>.

En México durante 1996, el tema de la evaluación y mejora continua de la calidad de la atención médica tuvo un giro radical, con la aparición en el marco del Sector Salud, de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), creada por decreto presidencial del 3 de junio de 1996<sup>69</sup>. La CONAMED enfoca a la calidad de la atención médica, desde el punto de vista de las presuntas faltas de calidad, identificadas a partir de las quejas presentadas por los pacientes, como consecuencia de su insatisfacción con los servicios recibidos.

El enfoque dado por la CONAMED a la calidad de la atención, mediante el análisis de los problemas por mala calidad, fue reforzado ampliamente por la publicación que hiciera el Instituto de Salud de los Estados Unidos de América, del ya clásico *To err is human. Building a safer health system*<sup>73</sup>, donde se señala que en ese país ocurren de 44,000 a 88,000 muertes al año por errores médicos, en su mayoría prevenibles.

Aun cuando la misión original de la CONAMED parecía estar enfocada exclusivamente al desarrollo de medios alternativos para la solución de diferendos entre médicos y pacientes, en su Misión incluye como objetivo fundamental, el de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica, por medio del análisis de las quejas por mala calidad y la elaboración de recomendaciones para optimizar dichos servicios<sup>70-72</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Neri-Vela R, "La oftalmología y el Código de Hammurabi", *Rev Mex Oftalmol*, 1991; 65:8-18.
- <sup>2</sup> *Código de Hammurabi* (edición preparada por Federico Lara Peinado), Madrid, Editora Nacional, 1982.
- <sup>3</sup> Laín-Entralgo P, *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat Editores, 1977, p. 26.
- <sup>4</sup> *Op. cit.*, pp. 174-5.
- <sup>5</sup> Maimonides, *Obras médicas I. El régimen de salud*, Córdoba, España, Ediciones el Almendro, 1991, p. 91.
- <sup>6</sup> *Op. cit.*, pp. 94-5.
- <sup>7</sup> Maimonides, *Obras médicas II. El libro del asma*, Córdoba, España, Ediciones el Almendro, 1991, p. 21.
- <sup>8</sup> *Op. cit.*, p. 24.
- \* Según definición del *Diccionario de la Real Academia*, significa: "Ejercicio de actividades profesionales por persona no autorizada para ello. Puede constituir delito" [n. del e.].
- <sup>9</sup> García-Ballester L, *Artifex factivus sanitatis. Saberes y ejercicio profesional de la medicina en la Europa pluricultural de la Baja Edad Media*, Granada, España, Universidad de Granada, 2004, p. 83.
- <sup>10</sup> *Op. cit.*, pp. 94-95.
- <sup>11</sup> *Op. cit.*, p. 101.
- <sup>12</sup> Álvarez-Gutiérrez R, Neri R, "Atención Médica en la URSS", *Revista Salud Pública de México*, 1968 Jul-Ago; 10(4):459-64.
- <sup>13</sup> Lee RI, Jones LW, "The Fundamentals of good medical care. The University of Chicago Press", 1933, fragmento de la introducción, publicado en *Revista Salud Pública de México*, 1990; 32(2):245-7.
- <sup>14</sup> Aguirre-Gas HG, "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. ¿Una tarea para médicos?", *Cir Ciruj*, 2007; 75:149-50.
- <sup>15</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social/Subdirección General Médica/Departamento de Planeación Técnica de los Servicios Médicos/ Auditoría Médica, *Boletín Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 1960, II-Supl 6.
- <sup>16</sup> *Op. cit.*, núm. 9, serie "Instrucciones Médicas y Médico-Administrativas", México, 1962.

<sup>17</sup> Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)/Dirección de Servicios Médicos/Auditoría Médica, 1982.

<sup>18</sup> ISSSTE, *Manual de Evaluación de la Calidad de la Atención Médica, a través del Expediente Clínico en Unidades Médicas de Segundo y Tercer Nivel*, México, ISSSTE, 1986.

<sup>19</sup> IMSS/Subdirección General Médica, *Evaluación Médica, Instrucciones* México, IMSS, 1972.

<sup>20</sup> Pérez-Álvarez JJ, "Evaluación Médica", *Bol Médico IMSS*, 1974; 16:281.

<sup>21</sup> IMSS/Subdirección General Médica, *El Expediente Clínico en la Atención Médica. Instrucciones*, México, IMSS, 1973.

<sup>22</sup> González-Montesinos F, Pérez-Álvarez JJ; Lee-Ramos AF, "Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia", *Bol Médico IMSS*, 1975; 17:7.

<sup>23</sup> Lee-Ramos AF, Remolina Barenque M, González-Montesinos F, Pérez-Álvarez JJ, "Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México", *Bol Médico IMSS*, 1975; 17:187.

<sup>24</sup> Hernández-Brito OM, Lee-Ramos AF, Pérez-Álvarez JJ, González-Montesinos F, "Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del IMSS", *Bol Médico IMSS*, 1975; 17:482.

<sup>25</sup> De la Fuente GL, Santisteban-Prieto B, González-Montesinos F, Pérez-Álvarez JJ, "Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de la actividad médica", *Bol Médico IMSS*, 1976; 18:295.

<sup>26</sup> Maqueo-Ojeda P, Pérez-Álvarez JJ, Lee-Ramos AF, González-Montesinos F, "Observaciones al través de la evaluación del expediente clínico en el IMSS. Primera Parte", *Bol Médico IMSS*, 1976; 18:18.

<sup>27</sup> Riva-Cajigal G, Aizpuru-Barraza E, Limón-Díaz R, González-Montesinos F, Lee-Ramos AF, Pérez-Álvarez JJ, "Observaciones al través de la evaluación del expediente clínico en el IMSS. Segunda Parte", *Bol Médico IMSS*, México, 1976; 18:60.

<sup>28</sup> Hernández-Rodríguez F, Mogollan-Cuevas R, Elizalde-Galicia H, Pérez-Álvarez JJ, Lee-Ramos AF, González-Montesinos F, "Observaciones al través de la evaluación del expediente clínico en el IMSS. Tercera Parte", *Bol Médico IMSS*, México, 1976; 18:86.

<sup>29</sup> Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980.

<sup>30</sup> Donabedian A, *La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.

<sup>31</sup> Donabedian A, "Dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad", *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):113-7.

<sup>32</sup> Donabedian A, *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio*, México, INSP, 1990.

<sup>33</sup> Donabedian A, "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad", *Salud Pública de México*, 1993; 35(3):238-47.

<sup>34</sup> González-Posada J, Merelo-Anaya A, Aguirre-Gas H, Cabrera-Hidalgo JA, "Sistema de evaluación médica, progresos y perspectivas", *Rev Médica IMSS*, México, IMSS, 1984; 22:407.

<sup>35</sup> Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, *Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud*, México, SS, Ago 1987.

<sup>36</sup> Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Rios JM, Aguirre-Gas H *et al.*, "Bases para la evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud", *Salud Pública de México*, 1990; 32:156-69.

<sup>37</sup> Ruelas-Barajas E, "Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía", *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):108-9.

<sup>38</sup> Ruelas-Barajas E, "Calidad, productividad y costos", *Salud Pública de México*, 1993; 35(3):298-304.

<sup>39</sup> Ruelas-Barajas E, Vidal-Pineda LM, "Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica", *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):225-31.

<sup>40</sup> Ruelas-Barajas E, Reyes-Zapata H, Zurita-Garza B, Vidal-Pineda LM, Karchmer-K S, "Círculos de Calidad como estrategia de un Programa de Garantía de Calidad en el atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología", *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):207-20.

<sup>41</sup> Aguirre-Gas H, "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. Expectativas de los Pacientes y de los Trabajadores de las Unidades Médicas", *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):171-80.

<sup>43</sup> Aguirre-Gas H, "Evaluación y Garantía de las Calidad de la Atención Médica", *Salud Pública de México*, 1991; 33:623-9.

<sup>43</sup> Aguirre-Gas H, "Problemas que afectan la calidad de la atención en hospitales. Seguimiento a un año en el avance de su solución", *Cir y Ciruj*, 1995; 63:110.

<sup>44</sup> Aguirre-Gas H, "Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel", *Rev Méd IMSS*, 1999; 37(6):473-80.

\* Unidad Médica de Alta Especialidad.

<sup>45</sup> Aguirre-Gas H, "Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006", *Rev Méd IMSS*, 2008; 46(5):571-80.

<sup>46</sup> Aguirre-Gas H, "Certificación de Hospitales", *Gac Méd Méx*, 1996; 132:191-3.

<sup>47</sup> Consejo de Salubridad General/Comisión Nacional para la Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud, *Certificación de Establecimientos de Atención a la Salud*, México, Consejo de Salubridad General, 1999.

<sup>48</sup> Ruelas-Barajas E, "El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México", *Revista CONAMED*, 2009; 14(3):5-10.

<sup>49</sup> 2000 Accreditation Standards. *Standards Intents*, JCAHO, Oakbrook Terrace 2000. Citado por Saturno PJ, ref. 37.

<sup>50</sup> Saturno PJ, *Acreditación de Instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud* (Módulo 7. Programas externos. Unidad Temática 38), Murcia, España, Universidad de Murcia, 2001. ISBN: 84-930932-6-2.

<sup>51</sup> Definición de "Joint Commission" en *Wikipedia the free encyclopedia*, 2012.

<sup>52</sup> "Joint Commission". Página Web FAQ. [Acceso: 3-09-2012.] Disponible en el sitio: <http://www.jcaho.org>.

<sup>53</sup> IMSS, *Premio IMSS de Calidad*, México, IMSS, 1998.

<sup>54</sup> Instituto para el Fomento a la Calidad Total, Premio Nacional de Calidad 2011. [Acceso: 5-09-2012.] Disponible en: <http://competitividad.org.mx/>.

<sup>55</sup> "ISO 9001: 2000. Sistema de Gestión de Calidad", cit. por Saturno PJ (ref. 37).

<sup>56</sup> Ministerio de Fomento de España *Sistema de Gestión de Calidad según ISO 9001:2000*, Madrid, mayo de 2005.

<sup>57</sup> International Organization for Standardization (ISO), *Norma ISO 1013:1995. Lineamientos para el desarrollo de manuales de calidad*, Ginebra, Suiza, ISO, 1995.

<sup>58</sup> Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, *Sistemas de Gestión de Calidad-Directrices para la mejora del proceso en organizaciones de servicios de salud. PROY-NMX-CC-024-INMC-2008*, México, 2008.

<sup>59</sup> Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). [Acceso: 30-08-2012.] Disponible en: <http://www.aenor.es/aenor/inicio/home/home.asp>.

<sup>60</sup> Saturno PJ, "Diagnóstico organizacional. Importancia en la implantación y funcionamiento de los programas de gestión de la calidad" (Manual del Máster en Gestión de la Calidad en los servicios de salud. Módulo 2. Diseño e implantación de programas de gestión de la calidad. Unidad Temática 8), Murcia, Esp., Universidad de Murcia, 1999. ISBN: 84-930932-0-3. Depósito legal: MU-1221-1999.

<sup>61</sup> Saturno PJ, "Análisis de las organizaciones sanitarias con el modelo de la Fundación Europea para la Calidad" (Manual del Máster en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud. Módulo 8: Diagnóstico Organizacional. Unidad Temática 43), Murcia, Esp., Universidad de Murcia, 2001. ISBN: 84-930932-5-4. Depósito legal: MU-156-2003.

<sup>62</sup> Peña-Gascóns M, "El modelo europeo", *Nursing*, 2004; 22(10):62-5.

<sup>63</sup> Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. "La aplicación del Modelo Europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones", *Rev Calidad Asistencial*, 1998; 13:92-7.

<sup>64</sup> Simón R, Guix J, Nualart L, Surroca RM, Carbonell JM, "Utilización de modelos como herramienta de diagnóstico y mejora de la calidad: EFQM y Joint Commission", *Rev Calidad Asistencial*, 2001; 16:308-12.

<sup>65</sup> De Moraes-Novaes H, Paganini JM, *Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud*, Washington, D. C., OPS, 1994.

<sup>66</sup> Arce HE, "Accreditation: the Argentine experience in the Latin American Region", *Int J for Quality in Healthcare*, 1999; 2(5):425-8.

<sup>67</sup> Feld S, Rizzi CH, Goberna A, *El control de la atención médica*, Buenos Aires, López Libreros Editores, 1978.

<sup>68</sup> Heidemann E, "The ALPHA program", *Int J for Quality in Healthcare*, 1999; 2(4):275-7.

<sup>69</sup> Presidencia de la República, "Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico", *DOF*, 3 de junio de 1993.

<sup>70</sup> Aguirre-Gas H, Campos-Castolo M, Carrillo-Jaimes A, "Análisis crítico de las quejas presentadas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1996-2007", *Revista CONAMED*, 2008; 13(2):5-16.

<sup>71</sup> Hernández-Torres F, Aguilar-Romero MT, Santacruz-Varela J, Rodríguez-Martínez AI, Fajardo-Dolci GE, "Queja médica y calidad de la atención a la salud", *Revista CONAMED*, 2009; 14:26-43.

<sup>72</sup> Fajardo-Dolci 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 de México*, 2009; 51(2):119-25.

<sup>73</sup> Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, *To err is human: Building a safer health system*, Washington, D. C., National Academy Press, 2000.