

## El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores

M. en C. Roberto Coronado-Zarco,\* M. en C. Eva Cruz-Medina,\*\* M. en C. Salvador Israel Macías Hernández,\*\*\* Dra. Aurelia Arellano Hernández,\*\* Dra. Tania Inés Nava Bringas\*\*

### RESUMEN

El análisis de la calidad en salud se realiza de acuerdo a la teoría de sistemas en tres dimensiones: estructura, proceso y resultados. En el contexto actual de valores y objetivos en el sistema de salud y en la sociedad en general, los criterios y dimensiones en una evaluación de calidad son múltiples y están influenciados por los indicadores elegidos para estudiarla. México presenta un cambio demográfico que se traduce en el envejecimiento de su población. Esto ha introducido nuevos retos en la atención que se brinda a la población de adultos mayores, no sólo en materia política, sino también en el ámbito de la salud, ya que las patologías asociadas a esta población tienden a ser de larga evolución, generando mayores costos para su atención. Ante este fenómeno, los indicadores de calidad actuales se encuentran desbalanceados, ya que muchos de ellos fomentan la atención apropiada, pero existen pocos que desalienten la atención inapropiada. Se deben de establecer indicadores de salud que permitan la evaluación y seguimiento de la atención médica de acuerdo a la situación actual. Es necesario otorgar atención médica con oportunidad, competencia profesional y seguridad, respetando los principios éticos de la práctica médica y satisfaciendo las necesidades de salud y expectativas de los pacientes.

**Palabras clave:** Calidad, indicadores de salud.

### ABSTRACT

Health quality assessment is performed according to systems theory in three dimensions: Structure, process and results. In a current context of values and goals in the health system and society in general, criteria and dimensions in quality assessment are many, and are influenced by the indicators chosen to evaluate it. In México there is a demographic shift that results in an aging population. This has caused the introduction of challenges in medical attention not only in politics but also in the field of health. Since the pathologies associated with this population tend to be chronic, generating higher costs of care. Given this phenomenon, the current quality indicators are unbalanced, since many of them encourage appropriate care, but few discourage inappropriate care. Health indicators that evaluate and monitor health care according to the current situation must be established. It is necessary to provide medical care in a timely, professional competence and security, respecting the ethical principles of medical practice that meet the health needs and expectations of patients.

**Key words:** Quality, health indicators.

### ANTECEDENTES

El concepto de calidad no es nuevo, ha sido una preocupación permanente y parece tan antiguo como la humanidad<sup>1</sup>.

Las antiguas civilizaciones del mundo eran ya rigurosas con los problemas de calidad. Así, por ejemplo, los fenicios,

egipcios y mayas contaban con normas y leyes en relación a la calidad de los productos. Los egipcios tenían inspectores que comprobaban la perpendicularidad de los bloques de piedras y los mayas empleaban métodos similares. Los fenicios, comerciantes famosos por la gran calidad de sus productos, cortaban la mano derecha de los operarios que elaboraban mal estos productos y, de esta manera, pretendían evitar la repetición de errores<sup>2</sup>.

En el contexto de la salud, existe evidencia del interés por la calidad en papiros egipcios, en el código de Hammurabi y en el tratado «La Ley» de Hipócrates. En todos estos casos, el buscar lo mejor para el paciente parece ser la esencia de la calidad en el ejercicio de la práctica clínica. De esta forma, se crea el inseparable binomio: ética y calidad<sup>2</sup>.

En un contexto global, la calidad ha evolucionado en la misma medida que han evolucionado las sociedades, las personas, los métodos de producción y distribución, el

\* Jefe de Servicio. Rehabilitación de Columna/Instituto Nacional de Rehabilitación.

\*\* Médico adscrito a Rehabilitación de Columna/Instituto Nacional de Rehabilitación..

\*\*\* Médico adscrito a Rehabilitación Osteoarticular/Instituto Nacional de Rehabilitación.

Recibido para publicación: mayo, 2012.

Aceptado para publicación: agosto, 2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinafisica>

transporte, los medios de comunicación, la tecnología de la información y los mercados. Se ha transitado desde la típica inspección del siglo XIX, seguida de una fuerte vocación por el control estadístico, hasta los conceptos más recientes que tienen que ver con la calidad total y el mejoramiento continuo de la misma<sup>2</sup>.

En lo referente a los servicios de salud, las particularidades de estos recientes conceptos de calidad resultan aún más significativas, pues obligan a modificar y a adaptar sustancialmente los métodos y técnicas originados en la industria y la tecnología<sup>2</sup>.

## CONCEPTO DE CALIDAD

La palabra calidad proviene etimológicamente del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa perfección. El diccionario de la Real Academia Española la define como «propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor». En esta definición se concibe a la calidad como un atributo o característica que distingue a personas, bienes y servicios<sup>1</sup>.

Deming afirma que: «la calidad es el orgullo de la mano de obra» —entendiendo mano de obra en el más amplio sentido— y también afirma que «la calidad se define en términos de quien la valora». Asegura, además, que «la mejora de la calidad se consigue con el control estadístico de todos los procesos»<sup>1,3</sup>.

De acuerdo a Ishikawa, el control de la calidad consiste en desarrollar, manufacturar y mantener un producto de calidad que sea el más económico, el más útil y siempre satisfactorio para el consumidor<sup>4</sup>. Según Crosby «la calidad debe definirse como un ajuste a las especificaciones y no como bondad o excelencia». Por su parte, Juran define calidad como «aquellas

características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias»<sup>1</sup>.

Lift y Hunt en el contexto de salud la definen como el grado mediante el cual los procesos de atención médica incrementan la probabilidad de resultados deseados por los pacientes y reduce la probabilidad de resultados no deseados, de acuerdo al estado de los conocimientos médicos<sup>5</sup>.

En 1966, Donabedian, define la calidad en salud, circunscribiéndola a la perspectiva de la atención médica y recomendó que debería de medirse en tres áreas: estructura (en la que se encuentran las características de las instalaciones y el personal que atiende a los pacientes); proceso (método de entrega) y resultados (de las intervenciones) (*Cuadro 1*). Esta propuesta tiene el objetivo de obtener mayores beneficios con menores riesgos para el usuario en función de los recursos disponibles y de los valores sociales imperantes<sup>1,6</sup>.

Probablemente, una de las definiciones más clásicas sobre lo que representa la calidad en la atención médica fue propuesta por Lee y Jones; quienes la refieren como el conjunto de juicios de valor aplicados a diversos aspectos, propiedades, ingredientes o dimensiones del proceso llamado atención médica<sup>2,7,8</sup>.

La atención médica se define como el tratamiento que proporciona un profesional de la salud a un episodio de enfermedad claramente establecido, en un paciente dado. De esta atención se originan dos aspectos: el primero es la atención técnica, la cual es la aplicación de ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud. El segundo es la relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económica entre el profesional de la salud y el paciente. Este concepto deja de lado la percepción de calidad en la salud desde lo colectivo, ya que por sí mismo

**Cuadro 1.** Indicadores y métodos de evaluación del sistema de calidad\*.

Indicador	Descripción
Estructura	Miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos. Los indicadores de estructura se desarrollan en cuatro categorías: estructura física, ocupacional, financiera y organizacional, de acuerdo a los siguientes recursos: recursos materiales, instalaciones, equipos y presupuesto monetario. Recursos humanos: número y calificación del personal. Aspectos institucionales o gerenciales: organización del personal médico y métodos para su evaluación.
Proceso	Miden de forma directa o indirecta la calidad de la actividad llevada a cabo durante la atención al paciente; mediante el conjunto de acciones realizado principalmente por el médico como generador de documentación; por ejemplo, la historia clínica y otros documentos resultantes de la actividad asistencial.
Resultados	Miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas; el beneficio logrado en los pacientes, o cambios en la salud atribuibles a la atención recibida, incluyen: Indicadores centinela, indicadores de datos agregados (continuos o basados en tasas), indicadores trazadores e indicadores basados en opinión del paciente.

\* Donabedian 2005.

está asociado a tradiciones socialmente aceptadas en un momento determinado<sup>2,5-7</sup>.

Definir la calidad de la atención médica requiere conocer cuántos pacientes se benefician de los servicios de salud. Esto se debe a que la calidad se mide por factores como los resultados de diagnósticos específicos y procedimientos terapéuticos, satisfacción del paciente y sensación de bienestar social. Debido a que es difícil mantener la calidad disminuyendo costos, ambas condiciones —la calidad y el costo— reciben la misma atención en los debates actuales de reformas, particularmente en el contexto de la administración de la salud y en los sistemas de salud integrados. Al progresar las reformas, uno de los mayores retos será controlar costos y, de forma simultánea, mejorar la calidad sin imponer controles externos<sup>8</sup>.

Existen otros enfoques contemporáneos sobre la definición de calidad de la asistencia médica. Para el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, la calidad de la asistencia médica es el grado en que los servicios de salud incrementan la posibilidad de que los individuos y las poblaciones alcancen resultados deseados en salud y que corresponden a su vez (estos servicios) con el nivel actual de los conocimientos profesionales<sup>2</sup>.

El organismo internacional de normalización ISO, en su norma 8402, ha definido a la calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere capacidad para satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La norma precisa que entidad es: una organización, llámese empresa o institución, producto o proceso; mientras que las características de los satisfactores de las necesidades son básicamente seguridad, disponibilidad, mantenibilidad, confiabilidad, facilidad de uso, la economía (precio) y el ambiente<sup>1</sup>.

La calidad es, pues, un derecho que debe ser garantizado. Por lo tanto, la garantía de la calidad es imperativa en los sistemas de salud y, de manera concreta, en las organizaciones que los conforman<sup>9</sup>.

Como puede apreciarse, definir calidad no es fácil. En la práctica, tal como lo refiere R. Schonberger, «la calidad es como el arte; todos la alaban, todos la reconocen cuando la ven, pero cada uno tiene su propia definición de lo que es»<sup>1</sup>.

## EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

Actualmente, en las instituciones —tanto públicas como privadas— de los sistemas de salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención. Para mejorar esta calidad, se han desarrollado diversas acciones como la organización de comités de mortalidad, grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas, comités y círculos de calidad,

sistemas de monitoreo y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros<sup>5,10</sup>.

Al ser, pues, la calidad, un reflejo de los valores y objetivos actuales en el sistema de atención médica y en la sociedad en general, los criterios y dimensiones a tomar en cuenta en su evaluación son múltiples y se verán influidos por los instrumentos o métodos que elijamos para estudiarla. Existen diferentes abordajes para dicho fin. Por ejemplo: el pronóstico en términos de recuperación, restauración de la función —del órgano que se esté tratando— y supervivencia, han sido clásicamente indicadores de la calidad en atención médica<sup>8</sup>.

Las bases conceptuales y metodológicas para la evaluación de la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos diez años, se han estado justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. Este modelo ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y únicamente de la estructura<sup>1,6,10</sup>.

Donabedian también menciona que la atención a la salud tiene tres componentes: la atención técnica, la relación interpersonal y el medio ambiente (comodidades), en los que se lleva a cabo el proceso de la atención. La forma de empezar a traducir las grandes abstracciones de la formulación de conceptos en los atributos más detallados de la atención que van a representar su calidad es a través de la exploración «empírica» de la experiencia de cada día; con el fin de extraer de las opiniones expresadas por pacientes, médicos y administradores, los juicios que comparten sobre la calidad, así como aquellos en los que difieren<sup>9,11</sup> (*Cuadro 1*).

Por otro lado, Aguirre<sup>12</sup> señala que conocer la calidad con que se otorga la atención médica es el primer paso para mejorar su prestación, y es una necesidad inherente al acto médico mismo. También considera necesario tener en cuenta que la calidad de la atención puede enfocarse desde tres ángulos diferentes, conforme a la satisfacción no sólo de las expectativas del derechohabiente, sino también de la institución que otorga el servicio y del trabajador de salud mismo<sup>9</sup>.

## INDICADORES DE CALIDAD

Es ya una práctica común, al menos en las sociedades occidentales desarrolladas, evaluar la calidad de los servicios sanitarios públicos y privados mediante la medición del nivel de satisfacción de sus usuarios.

El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, al menos, una triple justificación: primero, desde la óptica de la

participación social, los ciudadanos son parte integral y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria. Segundo, los usuarios pueden monitorizar y juzgar la calidad del servicio, aportando información a gestores públicos sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios. Y, finalmente, el objetivo de medir la satisfacción de los usuarios de los servicios, ya que un paciente satisfecho es más propenso a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas<sup>13</sup>.

Un indicador es una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un valor numérico, por medio del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo. Es decir, un indicador es una operacionalización cuantitativa (números) que permite medir conceptos abstractos como calidad y eficiencia, estableciendo comparaciones en tiempo y espacio<sup>14</sup>.

Jaramillo define a la eficiencia como el máximo resultado posible de productividad que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinados, mientras que la eficacia sería la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo fuera perfeccionar la atención médica. Y la efectividad sería, a su vez, la medida de impacto que dicho procedimiento tiene sobre la salud de la población<sup>14</sup>.

Un indicador debe cumplir al menos con cuatro criterios básicos<sup>15,16</sup> (Cuadro 2).

Otro tipo de indicadores que pueden llegar a utilizarse en la evaluación de la calidad de la atención médica, como propone la ISO 9000<sup>6</sup>, son los indicadores centinela, los cuales se caracterizan por una baja probabilidad de ocurrencia y una alta probabilidad de ser producto de falla en la atención. Los indicadores de datos agregados miden el desempeño con base en eventos que ocurren con cierta frecuencia, e indican la necesidad de una revisión detallada sólo si la proporción de casos sobrepasa un límite considerado aceptable. También existen los indicadores trazadores, con una condición diagnóstica típica de una determinada espe-

cialidad médica o institución, que reflejan la globalidad de la asistencia brindada<sup>5,6</sup>.

## SATISFACCIÓN DE USUARIO COMO INDICADOR DE CALIDAD

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados con la atención recibida, mediante los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos, y a los usuarios mismos, en sus necesidades y expectativas<sup>10</sup>.

Existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y, finalmente, juzgar la calidad de un servicio, y por lo tanto, quienes pueden aportar a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios. Esto se debe a que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas. Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más dispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por lo tanto, a mejorar su salud<sup>13</sup>.

Desde la perspectiva del paciente, la tarea del médico se puede dividir en la técnica (ciencia) y la interacción interpersonal. A estas dos tareas habría que añadir las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención, tales como el confort, aspectos relativos a la información o comunicación y la rapidez o amabilidad<sup>17</sup>.

El análisis de la satisfacción de los usuarios es visto como un indicador de la dimensión de resultado. A partir de este indicador 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). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca aspectos que tienen repercusiones directas en la atención, como los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de esta misma atención, los cuales, en conjunto, se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones<sup>10,13</sup>.

La satisfacción de los usuarios como indicador de calidad es valorada en los distintos modelos de atención a

**Cuadro 2.** Criterios de indicadores.

Indicadores en salud	
1. Validez	Reflejar el aspecto de calidad para el que se creó o estableció.
2. Confiabilidad	Brindar el mismo resultado en iguales circunstancias.
3. Comprensibilidad	Fácil entendimiento del aspecto que pretende reflejar.
4. Sencillez	Facilidad para administrar, aplicar y explicar.

la salud. Se define como la relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente, o de sus familiares, con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida. Mientras que la satisfacción del prestador de los servicios se refiere al logro de sus expectativas y a la satisfacción de sus necesidades personales a través de la realización de su trabajo<sup>13,18</sup>. La opinión de los usuarios tiene alta credibilidad en los estudios sobre satisfacción, debido a que la evaluación que hacen del servicio es producto de sus experiencias y no está mediada por juicios de los servidores del programa<sup>18</sup>.

Se ha determinado que las prioridades para el paciente son: recibir atención oportuna; ver satisfechas sus necesidades de salud; recibir un trato digno, amable y respetuoso; que la institución prestadora del servicio cuente con personal suficiente y preparado para otorgar la atención requerida; que esta institución disponga de los recursos suficientes para otorgarla, y que la atención brindada se dé en un ambiente adecuado. En la satisfacción del usuario intervienen fundamentalmente dos factores: la expectativa y la experiencia; la diferencia entre ambas nos da como resultado el grado de satisfacción o de insatisfacción del usuario; sin embargo, en ambos factores influyen las valoraciones que el paciente tenga. En este sentido, es diferente el grado de satisfacción de un paciente que acude al hospital por primera vez que el de un paciente que acude al hospital en forma continua<sup>1</sup>.

La falta de mejoría en el estado de salud manifestada por los informantes parecería estar relacionada, en general, con dos aspectos: a) la supervisión y la capacitación del personal en el manejo clínico, y b) las variables intrínsecas a la población usuaria. Respecto al primer aspecto, se puede señalar que, a pesar de la existencia de manuales y normas para el manejo clínico, la estandarización en el diagnóstico y en la atención sigue siendo deficiente en muchos sentidos. Aunado a ello, la falta de sistematización de mecanismos de supervisión en estos procesos se hace evidente, de alguna manera, en la insatisfacción de los usuarios<sup>10</sup>.

Seclen-Palacin y Darras refieren que existen varios factores que influyen en la satisfacción de los usuarios de servicios de salud, entre los que encontramos:

- a) factores individuales: la edad y el género; sociales: estado marital, grupo social, nivel educativo, dinámica organizacional de la comunidad, redes de participación social; factores económicos, expectativas, concepciones culturales sobre el proceso salud-riesgo-enfermedad y, por último, en este rubro, experiencia en el contacto previo entre usuario y servicio.
- b) factores familiares/sociales: experiencias con el servicio de parte de amigos, familiares, y de la red social circundante en general, y conducta y concepción del entorno familiar sobre el proceso salud-enfermedad.

- c) factores del servicio de salud: accesibilidad geográfica, comunicación interpersonal, resolución del servicio, tiempo de espera para la atención, eficacia de las acciones, trato y cordialidad del personal, disponibilidad de medicamentos, confort local y privacidad, entre otros<sup>19</sup>.

En este sentido, es importante la capacitación del personal adscrito permanentemente, así como la de los estudiantes. Esto debido a que en los servicios de salud es muy frecuente que la atención sea otorgada por los segundos y que, en ambos casos, se dé poca importancia al entrenamiento y a la estandarización, tanto en los aspectos de diagnóstico como en el de la atención misma. En el segundo aspecto, estarían jugando un papel importante el nivel de instrucción y la cultura del usuario acerca de los beneficios que le brinda la institución y de las obligaciones que se le confieren (cuidado de su salud, seguimiento de las prescripciones, cumplimiento con horarios). El concepto que el usuario tiene acerca de los servicios de salud y del proceso salud-enfermedad son elementos que también modulan la percepción de la población respecto a la calidad de la atención recibida. La reforma del sistema de salud en México, que parece impostergable en el corto o en el mediano plazo, requiere considerar el desarrollo de mecanismos que permitan incrementar la calidad en los servicios de salud<sup>10</sup>.

No obstante, hay que considerar las diferencias organizacionales y la disponibilidad de recursos de cada institución. Por ello, en la medida de lo posible, cada institución de salud tendrá que cubrir las necesidades básicas de salud de su población; atender y cumplir con las expectativas que esta última tiene respecto a sus servicios; ya que sin la opinión de esta población, cualquier esfuerzo por mejorar la calidad quedaría truncado<sup>10</sup>.

## CONTEXTO ACTUAL DE INDICADORES DE CALIDAD

Los indicadores de calidad son herramientas poderosas que pueden modificar la conducta del proveedor de servicios de salud y mejorar la atención del paciente; sin embargo, actualmente, los indicadores no son balanceados y no consideran el tiempo de demora entre la intervención y el beneficio. Situación que puede afectar en mayor medida a grupos particulares, por ejemplo, los adultos mayores, ya que ellos son los mayores consumidores de los servicios de salud<sup>20</sup>.

Los indicadores de calidad en ancianos frecuentemente están basados en guías de práctica clínica, y se encuentran diseñados para fomentar intervenciones efectivas con base en la evidencia. Y aunque estos indicadores de calidad están incrementando su importancia, existe preocupación



porque el seguimiento estrecho con indicadores de calidad de pacientes adultos mayores con condiciones médicas complejas puede exponer a estos pacientes a condiciones potencialmente dañinas en forma no intencional<sup>20</sup>.

Los indicadores de calidad actuales no se encuentran balanceados, en el sentido de que existen muchos indicadores que fomentan la atención apropiada, pero pocos indicadores que desalienten la atención inapropiada<sup>20</sup>. Este desbalance de los indicadores de calidad afecta principalmente al adulto mayor. Los adultos mayores tienen mayor riesgo de padecer enfermedades, lo cual incrementa la magnitud del beneficio con un tratamiento; sin embargo, también se encuentran en mayor riesgo de efectos adversos por el tratamiento y por complicaciones en los procedimientos, por lo que sería importante enfocar las intervenciones a los pacientes que más probablemente se beneficien de las intervenciones<sup>20</sup>.

En 1994, Lee SJ y colaboradores propusieron los siguientes puntos para mejorar los servicios de salud basados en calidad: limitar servicios que son de mínimo beneficio o sin beneficios para los pacientes, fomentar cuidados menos costosos pero más efectivos, asegurar el acceso a la atención y, finalmente, fomentar los sistemas de servicios de salud integrados que pueden proveer servicios beneficiosos más efectivos<sup>20,21</sup>.

En 1999, el Sistema Nacional de Salud de los Estados Unidos (NHS) publicó el llamado «Marco para la evaluación del desempeño» (*Cuadro 3*) en el que se señala la necesidad de acciones evaluativas en seis áreas y se presenta una serie de indicadores para cada una de las áreas mencionadas<sup>5</sup>.

## CALIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE MÉXICO

En las últimas décadas, se está presentando en México el fenómeno demográfico conocido como envejecimiento poblacional, es decir, un incremento en la población mayor de 60 años. Sector que ha adquirido una gran relevancia en cuanto a sus condiciones de salud, ya que, en gran parte, se ven afectados por enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes, osteoartritis degenerativa y otras. Lo anterior genera que ya sean uno de los principales grupos de usuarios de los servicios médicos. Esta situación ha sido reconocida por el sector salud; por ello, en el IMSS se implantó el programa de atención de la salud del adulto mayor, el cual busca otorgar a los derechohabientes de este grupo de edad una atención de calidad que cumpla con sus expectativas de atención<sup>22</sup>.

En México hay más de 10 millones de adultos mayores; el 25 por ciento tendrá más de 60 años en 2040: el incremento del costo de la atención médica es la carga de morbilidad

**Cuadro 3.** Evaluación del desempeño en salud.

### Marco para evaluación del desempeño

1. Mejoría de la salud.
2. Entrega efectiva de atención adecuada.
3. Eficiencia.
4. Experiencia de pacientes y cuidadores.
5. Resultados del sistema.
6. Acceso justo.

crónica acumulada. Las enfermedades reportadas con mayor prevalencia en el país son las cardiovasculares, la diabetes y el cáncer<sup>23,24</sup>.

La prevalencia nacional de demencia y de deterioro cognitivo —padecimientos en los que predomina el Alzheimer— es mayor a seis por ciento en mayores de 60 años. A su vez, son trascendentes la osteoporosis, la depresión, los trastornos nutricionales, la pérdida de audición y la pérdida de visión. De los 10 millones de adultos mayores se estima que, por lo menos, dos millones presentan alguna limitación en las actividades de la vida cotidiana<sup>23,24</sup>.

Entre los adultos mayores se ha encontrado que los aspectos de la calidad en la atención médica considerados prioritarios son: el trato amable, la mejora contra el padecimiento y el corto tiempo de espera. Los pacientes de este grupo de edad padecen enfermedades crónicas y necesitan de tratamientos por el resto de su vida, por lo que se incrementan sus requerimientos de apoyo institucional. Al ser usuarios frecuentes de los servicios de salud se enfrentan a una serie de problemas en su atención, es decir, que algunos de estos usuarios no ven cumplidas sus expectativas cuando son atendidos en las unidades de medicina familiar. Por ello, es necesario conocer esta problemática para brindarles una mayor satisfacción en el servicio<sup>22</sup>.

En México, el sistema de salud tiene como objetivo establecer instrumentos que promuevan la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, ampliar la cobertura de la seguridad social, acelerar y profundizar la descentralización, y extender la cobertura de servicios. Evaluación de la Calidad de la Atención en Salud, un primer paso para la Reforma del Sistema en las zonas urbanas y rurales pobres, a través de un paquete básico de servicios<sup>7</sup>.

Aunque las guías de práctica clínica, en general, reconocen la importancia de yuxtaponer la esperanza de vida con el tiempo de demora del beneficio de intervenciones preventivas, los indicadores de calidad promueven intervenciones preventivas para los pacientes en un cierto rango de edad, sin considerar la heterogeneidad del incremento de la expectativa de vida a mayor edad<sup>20</sup>.

En la actualidad, los sistemas de salud afrontan tres grandes desafíos: primero, el envejecimiento poblacional; segundo, la efectividad en la atención a la salud aumenta, pero, a su vez, se vuelve más costosa y tercero, los pacientes se han tornado más demandantes. Por lo anterior, a partir del 2001 la Comisión estableció que, en el futuro, la atención a la salud y los cuidados del adulto mayor deben de garantizar accesibilidad, calidad y viabilidad financiera<sup>25</sup>.

## CONCLUSIONES

Con la finalidad de garantizar la calidad en las prestaciones de salud en los países de América Latina y el Caribe, la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha estado desarrollando, desde los años ochenta, esfuerzos orientados a incrementar la calidad y eficacia de la atención en los servicios de salud, así como la eficiencia en el uso de los recursos disponibles. El eje fundamental en este proceso de cambio es la acreditación de los establecimientos de salud. Acreditación basada en estándares administrativos, recursos humanos, normatividad, resultados, infraestructura y equipamiento<sup>4,26</sup>.

A la fecha, el concepto de calidad ha evolucionado hacia el concepto de calidad total, cuyo indicador fundamental es la satisfacción de las expectativas del paciente, ya se trate de pacientes internos o de pacientes externos.

Las expectativas de los pacientes pueden ser: 1. Implícitas o básicas. 2. Explícitas: aquéllas que exigen algunas especificaciones y requisitos. 3. Latentes: aquellas que involucran un nivel de excelencia por un valor agregado y no siempre esperado.

La escala de valores en este marco de calidad se resume en tres variables: mayor calidad, mayor rapidez y precio más económico, el cual se asocia con la cadena de producción para competir con otras prioridades empresariales como costos y productividad<sup>4</sup>.

Resalta la necesidad de avanzar en lo que se refiere a la codificación de las quejas con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Ello, con un doble propósito: homologar la clasificación con el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) e identificar puntos críticos del proceso de atención, desagregando categorías que indiquen con mayor precisión los problemas de diagnóstico, de tratamiento y los concernientes a la relación médico-paciente. Asimismo, para la identificación de eventos adversos en las unidades médicas deberá tomarse en consideración la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>19</sup>.

Finalmente, es necesario recordar que se debe otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional y seguridad, y con respeto a los principios éticos de la práctica médica, para que tienda cada vez más a satisfacer las necesidades de salud y sus expectativas<sup>20</sup>.

## REFERENCIAS

- Miyahira J. Calidad en la atención médica: ¿Paciente o cliente? *Rev Med Hered.* 2001; 12(3):75-77.
- Ávalos GMI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud: consideraciones teóricas y metodológicas. *Calidad y Gestión de Servicios de Salud.* 2010; 9(1):9-10.
- Deming WE. A qualidade e o consumidor. En *Qualidade: A revolução da Administração.* Rio de Janeiro. Editora Marques Saraiva S.A. 1990; pp.124-135.
- Cabello M. Calidad de la atención médica ¿Paciente o cliente? *Rev Med Hered.* 2001; 12(3): 96-99.
- Jiménez ER. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana Salud Pública.* 2004; 30(1):17-36.
- Aguirre-Gas HG. Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Cir Cir.* 2008; 76: 187-196.
- Llinas DA. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema Salud Uninorte. *Barranquilla (Col.)* 2010; 26(1): 143-154.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly.* 2005; 3(44): 691-729.
- Martínez A, Van Dick MA, Nápoles F y cols. Hacia una estrategia de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cad Saúde Públ.* 1996; 12(3): 399-403.
- Ramírez STJ. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectivas de los usuarios. *Salud Pública. Mex.* 1998; 40-43.
- Donabedian A. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de la evaluación.* La Prensa Médica Mexicana. México, D. F. 1984.
- Aguirre GH. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública. Mex.* 1990; 32: 170-190.
- Serrano DRR, Oriente AN. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública de México.* 2008; 50(2): 162-172.
- Jaramillo J. *Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales.* Sociedad Editora Nacional de Salud y Seguridad. Editorial de la Universidad de Costa Rica. 1998.
- Silva LC. *Una mirada crítica.* Capítulo 3. Escalas e indicadores. Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud. Madrid. Días de Santos. 1997.
- Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? *Am J Public Health.* 1981;(71): 409-12.
- Castillo L, Dougnac A, Vicente I, Muñoz V, Rojas V. Los predictores de satisfacción de pacientes en un centro hospitalario universitario. *Rev Med Chile.* 2007; 135: 696-701.
- Rascón LC, Abril VE, Román PR et al. Evaluación de la satisfacción de las usuarias y prestadores del servicio de un programa de prevención de cáncer en dos instituciones de salud de Hermosillo, México. *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición.* 2007; 8(3): 1-11.
- Hernández TF, Aguilar RMT, Santacruz VJ et al. Queja médica y calidad de la atención en salud. *Revista CONAMED.* 2009; 14(3): 26-34.
- Lee SJ, Walter LC. Quality indicators for older adults: preventing unintended harms. *JAMA.* 2011; 13(306): 1481-1482. doi:10.1001/jama.2011.1418.
- Lucé JM, Bindman B, Lee PR. A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. *West J Med.* 1994; 160: 263-8.
- Campos NR, Afganís JE, Torres D. Calidad de los servicios de medicina familiar según adultos mayores del sureste de la ciudad de México. *Arch en Medicina Familiar.* 2006; 8(1): 131-136.
- Águila E, Díaz C, Manqín-Fu M, Kapteyn A, Pierson A. *Envejecer en México: condiciones de vida y salud 2011.* RAND corporation. www.rand.org. ISBN: 978-0-8330-5945-1.
- Milenio 2012.* pág. <http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/9143720> (accesado 10/04/2012).

25. European Commission. *The future of health care and care for the elderly: guaranteeing accessibility, quality and financial viability* [Informe]: communication from the commission to the council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. 2001.
26. Salinas JL, González H. Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. *Psicol Am Lat México*. 2006; 8: versión On-line ISSN 1870-350X.

Dirección para correspondencia:  
Dr. Roberto Coronado Zarco  
Servicio Rehabilitación de Columna.  
Instituto Nacional de Rehabilitación.  
Av. México-Xochimilco 289, Col: Arenal de Guadalupe.  
Deleg. Tlalpan, CP 14389, México, D.F.  
Tel. 59 99 10 00.  
E-mail: rcoronado@inr.gob.mx

[www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)