

Calidad de los Servicios de Salud en México

Eduardo A Revilla-Rodríguez,* Claudia Pimentel-Roque**

El concepto de *calidad* proviene de la industria manufacturera y es de difícil definición por varias razones; por un lado, además de ser un juicio de valor, es un término primario desde el punto de vista lógico; esto quiere decir que es un término que se utiliza para definir otros términos. En este sentido, comparte la misma problemática que otros términos como «belleza», «bondad» o «justicia». ^{1,2}

Los gurús de la calidad en el mundo a lo largo del tiempo también han vertido el concepto y la visión que tienen de la palabra calidad:

Para **Phil Crosby** (Crosby, 1979), la calidad es: Ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos. Crosby introdujo el programa de mejora tratando de concienciar a las empresas para que centraran sus esfuerzos en la necesidad de obtener calidad. El objetivo consistía en suprimir gran parte de las inspecciones haciendo las cosas bien a la primera. Promueve sus 14 pasos para administrar la calidad en otro libro titulado *Calidad sin lágrimas*. Autor del libro *La calidad es gratis*, se le conoce por su lema: «cero defectos». Y considera que «la calidad total es el cumplimiento de los requerimientos, donde el sistema es la prevención, el estándar es cero defectos y la medida es el precio del incumplimiento». De acuerdo con **W.E. Deming** (Deming, 1982) es: El grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente. Se le considera el «padre» de la tercera revolución industrial o la revolución de la calidad, con sus famosos 14 puntos. Entre sus libros se puede citar: *Calidad, productividad y competitividad*, en donde hace ver la necesidad del liderazgo en la calidad. Deming es el representante de la escuela de gerencia de calidad más

conocido. Es estadounidense y logró la aceptación de sus ideas de calidad en Japón, en donde actualmente existe el premio anual Deming, que se concede por progresos obtenidos en el campo de la precisión y confiabilidad del producto. Por su parte, **Feigenbaum**, empresario estadounidense y experto en control de calidad, diseñó el concepto de «Control total de la calidad», posteriormente conocido como «Administración de Calidad Total» (TQM, por sus siglas en inglés); fue director de operaciones de manufacturas en General Electric (Nueva York, 1958-1968) y ahora es Presidente y Director Ejecutivo de General Systems Company of Pittsfield, Massachusetts, una firma de ingenieros que diseña e instala sistemas operacionales. **Joseph Juran** (Juran, 1993) define calidad como: Adecuado para el uso, satisfaciendo las necesidades del cliente. Asimismo, declara que «(...) es estar en forma para el uso, desde los puntos de vista estructurales, sensoriales, orientados en el tiempo, comerciales y éticos con base en parámetros de calidad de diseño, calidad de cumplimiento, de habilidad, seguridad del producto y servicio en el campo». Nació el 24 de diciembre de 1904 en la ciudad de Braila, entonces y ahora parte de Rumania. Observador astuto, oyente, atento, brillante, sintetizador, pronosticador, persistente, Juran ha sido llamado el padre de la calidad o «gurú» de la calidad y el hombre quien «enseñó la calidad a los japoneses». **Kaoru Ishikawa** participó en el movimiento de calidad japonés, una de sus principales contribuciones fue el diagrama de causa y efecto, también conocido como diagrama de pescado o diagrama de Ishikawa. Integró lo que hoy conocemos como las siete herramientas estadísticas básicas del control total de calidad, de donde se le consi-

* Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

** Postgrado de Salud Pública. Universidad Regional del Sureste.

dera muy inclinado hacia las técnicas estadísticas. Calidad total es cuando se logra que un producto sea económico, útil y satisfactorio para el consumidor.^{3,4}

La calidad de la atención médica es aún más difícil de definir; según la definición de la OMS, a nivel general, es «el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso».⁵

Sin embargo, la calidad de la atención médica es fácil de entender, pero difícil de definir debido a la percepción que de ésta tienen el paciente, el médico y la parte administrativa (gerencial) de una institución de salud.

Avedis Donabedian (1919-2000) introdujo en 1966 el esquema tripartito de estructura, proceso y resultado en la atención médica y, cuando aborda el tema de la calidad, plantea que su definición es un verdadero misterio. La *calidad de la atención de la salud* se ha convertido en un tema de interés por parte de distintas disciplinas como: la bioética, el derecho, la salud pública y la administración sanitaria, entre otras. Ello responde a múltiples causas, pero, en especial, a la problemática surgida en las últimas décadas en torno a los derechos de los pacientes y al derecho a la salud.¹

Buena parte de los modelos conceptuales propuestos para los programas de garantía de calidad se basan en tres elementos, para los cuales se seleccionan y organizan indicadores de calidad: la estructura, el proceso y los resultados. Este modelo, propuesto por Donabedian, emplea elementos de la teoría de sistemas y cubre todos los sectores de un hospital. Los indicadores de la *estructura* son variables objetivas y cuantificables, que miden componentes necesarios para la buena calidad, pero no suficientes por sí solos para garantizarla; por ejemplo, instalaciones, todo tipo de materiales, recursos humanos y financieros y la estructura de la organización. Los indicadores de *proceso* se vinculan con lo que se hace por los pacientes en relación con el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención, etcétera. Finalmente, se pueden definir los *resultados* (productos, desenlaces e impacto) como la consecuencia de poner la estructura y el proceso a trabajar para atender a los pacientes. Los indicadores clásicos de los resultados son la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad.²

En el IMSS, en México, 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; los esfuerzos se vieron concretados en 1962 en la Subdirección General Médica con la edición del documento *Auditoría médica* que sirvió de inspiración

a otras instituciones del sector salud para establecer sus propios instrumentos de autoevaluación.⁶

Debemos tener presente los trabajos de Reyes Zapata y colaboradores sobre los círculos de calidad en 1990, los de Bobadilla sobre calidad de atención obstétrica en 1988, los trabajos de Laguna Calderón y Salinas Oviedo en los hospitales del Departamento del Distrito Federal a inicios de los 90, así como los de Aguirre Gas y colaboradores sobre evaluación de la atención médica en hospitales de tercer nivel en el IMSS en 1995 y 1997 como predecesores en los trabajos de calidad de atención médica en México.⁶ También Ruelas-Barajas y Reyes-Zapata,⁷ con el objeto de operacionalizar una definición, proponen que la «Garantía de la calidad es un conjunto de acciones sistematizadas y continuas tendientes a prevenir y/o resolver oportunamente problemas o situaciones que impidan el mayor beneficio o que incrementen los riesgos a los pacientes, a través de cinco elementos fundamentales: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacional».⁷

Se han realizado más recientemente algunos trabajos encaminados a calificar la calidad de la atención médica percibidos directamente en usuarios del país como el llevado a cabo por Ramírez-Sánchez y colaboradores, quienes encontraron que el porcentaje más alto de percepción de buena calidad se presentó entre los usuarios que acudieron a las instalaciones privadas (90%), seguido de las personas que acudieron a la Secretaría de Salud (82%), a otras instituciones públicas (81%), y por último los usuarios que recibieron atención en servicios de seguridad social (73.5%) obtuvieron la percepción más baja de calidad de la atención.⁸

En México, pues, desde hace 12 años se ha iniciado una preocupación real por establecer un programa de calidad en los servicios de salud federal, desde el primer nivel de atención y hasta los hospitales de alta complejidad. En el sexenio que está por terminar, este programa se denominó SICALIDAD y tiene por objetivo contribuir a la mejora de los servicios de salud para impactar directamente sobre las condiciones en las que los usuarios del Sistema Nacional de Salud reciben atención. En este sentido, el programa busca la participación de todas las instituciones de salud del país: ISSSTE, IMSS, Servicios de Salud de PEMEX, SEDENA y MARINA.

Dentro de los indicadores más importantes que califica este programa están la evaluación de la calidad técnica de los profesionales de la salud bajo estándares convenidos; el monitoreo de la satisfacción de los usuarios a través de los Avales Ciudadanos; la revisión periódica de los expedientes clínicos; la vinculación con hospitales públicos de mediana y alta complejidad para la seguri-

dad del paciente; la implementación de un programa de uso racional de medicamentos y la Acreditación de Unidades Médicas, entre otros.

Al final de este sexenio veremos los resultados de este programa y esperamos la continuidad y la mejora en las estrategias encaminadas a resolver problemas pendientes que tenemos con la población mexicana como la muerte materna, enfermedades emergentes (influenza, gripe aviar) y el control de enfermedades transmitidas por vector, como el dengue, que siguen siendo problemas reales de Salud Pública; así mismo, mejora en los procesos de atención en hospitales de tercer nivel, optimizando recursos y mejorando los indicadores de morbilidad y mortalidad con la visión de mejorar la esperanza de vida de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Outomuro D. Calidad de atención médica y riesgo sanitario [s.p.], [s.f]. Consultado el 2 de septiembre del 2012. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/Qatencionmedicariesgosanitario.pdf>
2. Burmester H. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de calidad. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 1997; 1(2): 19-25.
3. O'Reilly CG. Definiciones de calidad. Evolución histórica y actualidad [s.p.]. Texto subido a la red el 16 de marzo del 2010. Consultado el 2 de septiembre del 2012. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-historica.htm>
4. [s.a.] Gurús de la calidad. [s.p.], [s.f]. Consultado el 9 de septiembre del 2012. Disponible en: <http://viviaangrup.galeon.com/enlaces998832.html>
5. [s.a.] Garantía de calidad en atención primaria. En: El médico interactivo. Diario electrónico de la sanidad. Madrid, España [s.f]. Consultado el 2 de septiembre del 2012. Disponible en: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/aula2003/tema1/ap2.htm>
6. Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. Rev Med IMSS, 1997; 35(4): 257-264.
7. Ramírez A, García J, Frausto S. Definición del problema de la calidad de la atención médica y su abordaje científico: Un modelo para la realidad mexicana. Cad. Saude Públ., Rio de Janeiro, 1995; 11 (3): 456-462.
8. Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los Servicios de Salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública Mex 1998; 40: 3-12.

Correspondencia:

Dr. Eduardo A. Revilla Rodríguez

Hospital Regional de Alta especialidad de Oaxaca
Aldama S/N, Paraje El Tule,

71256 San Bartolo Coyopetec, Oaxaca.

Tel: (951) 5018080, ext. 1150

E-mail: eduardorevilla@hotmail.com