



BIBLIOTECA MEXICANA  
DEL CONOCIMIENTO

# La calidad de la atención a la Salud en México a través de sus instituciones

Segunda edición

LA CALIDAD DE LA  
ATENCIÓN A LA SALUD  
EN MÉXICO A TRAVÉS DE  
SUS INSTITUCIONES

SEGUNDA EDICIÓN

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



• GOBIERNO Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA •



BIBLIOTECA MEXICANA  
DEL CONOCIMIENTO

LA CALIDAD DE LA  
ATENCIÓN A LA SALUD  
EN MÉXICO A TRAVÉS DE  
SUS INSTITUCIONES

---

SEGUNDA EDICIÓN

**Enrique Peña Nieto**  
PRESIDENTE DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

**Mercedes Juan López**  
SECRETARIA DE SALUD

La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones

D.R. © Secretaría de Salud  
Lieja 7, colonia Juárez, C.P. 06600  
Delegación Cuauhtémoc, México, D.F.

**COEDICIÓN**  
**Sebastián García Saisó**  
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

**Francisco Hernández Torres**  
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE HOSPITALES, A. C.

**COORDINACIÓN**  
**Paulina Pacheco Estrello**  
DIRECTORA DE ÁREA, DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

**Martha Alicia Alcántara Balderas**  
DIRECTORA EJECUTIVA, ASOCIACIÓN MEXICANA DE HOSPITALES, A. C.

REVISIÓN Y EDICIÓN DE TEXTOS:  
**Ingrid De Keijser Torres**

DISEÑO DE FORROS:  
**Berenice Juárez Rodríguez**

Los créditos autorales de los textos e imágenes utilizados en esta obra se consignan en la página respectiva, en los pies de foto, en el índice, o en su caso, son obras anónimas por disposición de su autor.

Programa Editorial del Gobierno de la República: BMC-SSA-005-GAP/DD-196

ISBN: 978-607-460-4887

Segunda edición, octubre 2015. (Primera edición diciembre de 2012)

**SE AGRADECE EL APOYO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra, por cualquier forma, medio o procedimiento, sin la autorización por escrito del titular de los derechos.

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
<i>Dr. Sebastián García Saisó</i> <i>Dr. Francisco Hernández Torres</i>	
NIVELES DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	11
<i>Francisco Hernández Torres y Martha Alicia Alcántara Balderas</i>	
CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	29
<i>Rolando H. Neri Vela y Héctor G. Aguirre Gas</i>	
REFLEXIONES EN TORNO AL HEXÁGONO DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD	47
<i>Héctor Gabriel Robledo Galván, Germán Fajardo Dolci y Sebastián García Saisó</i>	
LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA ESTRATEGIA DE GRAN ESCALA	87
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	

---

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ESTOMATOLOGÍA	113
<i>Enrique Padilla, L. Javier Espinosa y Fernando Calderón</i>	
CALIDAD DE LA FORMACIÓN DEL CAPITAL HUMANO EN ENFERMERÍA	129
<i>Juana Jiménez Sánchez y María Alejandra Arredondo Pérez</i>	
PROGRAMA DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD	147
<i>Josefina Arellano G. y Jorge Enríquez Hernández</i>	
EL DESGASTE LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SUS EFECTOS EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN	173
<i>Luis Alberto Villanueva Egan, Miguel Ángel Lezana Fernández y José Meljem Moctezuma</i>	
TENDENCIAS ACTUALES EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	189
<i>Pedro J. Saturno</i>	
LA CALIDAD COMO EJE TRANSVERSAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD	209
<i>Sebastián García Saisó, Fernando Álvarez del Río, Paulina Terrazas Valdés e Ibelcar Molina Mandujano</i>	
CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD PARA EL ACCESO Y LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD	223
<i>Oswaldo Artaza Barrios</i>	

---

CALIDAD EFECTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	245
<i>Francisco Hernández Torres, Javier Santacruz Varela, Enrique Gómez Bernal, Germán E. Fajardo Dolci, Héctor Aguirre Gas, Martha Alicia Alcántara Balderas y Sebastián García Saisó</i>	
LOS RETOS DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO BARRERA PARA EL ACCESO EFECTIVO	265
<i>Sebastián García Saisó, Juan Pablo Gutiérrez Reyes, Paulina Pacheco Estrello y Angélica García Otamendi</i>	
POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO	283
<i>Odet Sarabia González, Sebastián García Saisó, Eduardo Cabrero Castro, Pablo Moreno Sánchez, Francisco Javier Mayer Rivera y Magdalena Delgado Bernal</i>	
LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES Y EL MODELO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD CON CALIDAD Y SEGURIDAD	305
<i>Leobardo C. Ruiz Pérez, Rafael A. L. Santana Mondragón, Sara Fonseca Castañol, Eduardo José Flores González y Metztlí Xochizuatl Benitez López</i>	

---





# INTRODUCCIÓN

La calidad es un atributo fundamental de cualquier bien o servicio y se debe fomentar en todas las áreas prioritarias para el desarrollo de los individuos; la salud no debe ser la excepción. Sin embargo, a pesar de los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por actores clave en la materia, la ausencia de calidad o de garantías mínimas de ésta en la atención a la salud representa un reto social a nivel mundial, sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos para su progreso sanitario y social.

La deficiencia de la calidad en la atención de la salud se puede manifestar de múltiples maneras: acceso limitado a servicios de salud, servicios inefectivos e ineficientes, quejas médicas, costos elevados, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de las instituciones prestadoras y del sector salud en su conjunto. Peor aún, la deficiencia de la calidad en la prestación de servicios de salud llega a significar la pérdida de vidas humanas.

La política integral para la universalidad en la atención a la salud aspira a un acceso efectivo a ésta. Es decir, a eliminar las barreras que limitan el acceso y la efectividad de la atención a la salud. Para lograrlo, combatir las diferencias en calidad, en sus diferentes dimensiones, representa un elemento central.

En este contexto, el Sistema Nacional de Salud de México ha mostrado importantes avances durante los últimos años en la mejora de la calidad en la

prestación de servicios de salud. No obstante, el cumplimiento de estándares de calidad aún es heterogéneo entre los distintos prestadores y su eficiencia y resolutivez en algunos casos es reducida, lo que genera insatisfacción de los usuarios.

Es así que, la actual administración del Gobierno Federal, a través de la Secretaría de Salud, reconoce la trascendencia del tema, por lo que ha puesto especial énfasis en continuar desarrollando e implementando estrategias y acciones encaminadas a la mejora de la calidad de la atención a la salud, la cual ha sido identificada como un eje central de las acciones del Sistema Nacional de Salud, tal como se advierte en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Sectorial de Salud, ambos 2013-2018.

La presente publicación titulada “La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones” compila una serie de artículos cuya autoría estuvo a cargo de académicos y funcionarios con amplia experiencia en el sector salud y vasto conocimiento de los temas que inciden en la calidad de la atención médica y sus repercusiones. En esta segunda edición del libro (la primera fue publicada en 2012), se presentan actualizaciones a varios de los capítulos contenidos en la primera edición y se incluyen temas nuevos por considerarlos trascendentes para la reflexión sobre la calidad de la atención en la salud tales como el impacto del desgaste laboral en la prestación de servicios de salud con calidad, la vinculación de la calidad con el acceso efectivo a los servicios de salud, la política de calidad en salud en México, así como la certificación de hospitales, a cargo del Consejo de Salubridad General.

Esta obra se pone a disposición del lector con el objetivo de fomentar el análisis y la reflexión en la construcción constante de un Sistema Nacional de Salud enfocado a resolver las necesidades de la población mexicana y a garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad.

### **Dr. Sebastián García Saisó**

DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

### **Dr. Francisco Hernández Torres**

PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE HOSPITALES A.C.

# NIVELES DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD<sup>1</sup>

*Francisco Hernández Torres\**

*Martha Alicia Alcántara Balderas\*\**

La planeación consiste en tratar de diseñar un futuro deseado e identificar las formas para lograrlo, así como en el ejercicio de establecer uno o varios cursos concretos de acción -con indicación precisa de las políticas que deberán orientarlo, la secuencia en las acciones y la determinación de los tiempos y costos para realizar un determinado proyecto-.

La planeación estratégica (en adelante “PE”) consiste en el desarrollo de un proceso flexible, holístico y permanente, mediante el cual es posible visualizar el porvenir de las decisiones actuales. Ello se logra a través del análisis de las causas y efectos de las funciones y actividades que se emprenden en una organización con apego a las leyes, y que están encaminadas al logro de las metas, objetivos y planes trazados.

El proceso de planeación fomenta una filosofía organizacional y permite a la alta dirección contar con una herramienta administrativa cuyo conocimiento y aplicación por parte de los colaboradores es prioritaria.

---

<sup>1</sup> Este capítulo originalmente se publicó en la primera edición de este libro. En esa versión también participó Horacio Contreras Colín.

\* Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales, A. C

\*\* Directora Ejecutiva de la Asociación Mexicana de Hospitales, A. C.

La PE, en combinación con las políticas públicas y los marcos normativos y legales, aporta a las instituciones de salud un marco de referencia a partir del cual es posible medir el cumplimiento de sus obligaciones al momento de brindar la atención médica que requieren los ciudadanos. Con esta herramienta se puede identificar el grado de congruencia entre la asignación programática del gasto y el quehacer organizacional, y a partir de ello definir nuevas estrategias y prioridades para tutelar el derecho a la salud.

Uno de los soportes sólidos de la PE es su marco normativo, que en México se ha construido y consolidado en las últimas cinco décadas. En el caso del sector público federal, se requiere la revisión precisa de cuando menos los siguientes documentos:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- Ley Orgánica de la Administración Pública;
- Ley de Planeación;
- Plan Nacional de Desarrollo;
- Programas Sectoriales;
- Reglamento Interno y/o Estatuto Orgánico;
- Leyes específicas o relacionadas y sus Reglamentos, Acuerdos, Circulares y Decretos.

Para apoyar la aceptación de la planeación estratégica en todos los niveles de la organización, es de vital importancia la adhesión de la alta dirección, ya que sin ese empuje y convencimiento, no existirán los elementos de fuerza y convicción para que el personal operativo contribuya al logro de la misión, visión, objetivos y metas trazadas.

En el caso del Gobierno Federal, el desarrollo del país está diseñado por sexenios bajo el Sistema Nacional de Planeación Democrática, según se plasma en el artículo 1º, fracción II, del capítulo segundo de la Ley de Planeación; conducida por el titular del Ejecutivo Federal con la participación democrática de los grupos sociales, con base en el artículo 4º de la referida ley, entendiendo para los efectos de esa norma:

[...] la planeación nacional de desarrollo como la ordenación racional y sistemática de acciones que, con base en el ejercicio de las atribuciones del Ejecutivo Federal en materia de regulación y promoción de la actividad económica, social, política, cultural, de protección al ambiente y aprovechamiento racional de los recursos naturales, tiene como propósito la transformación de la realidad del país, de conformidad con las normas, principios y objetivos que la propia Constitución y la ley establecen<sup>2</sup>.

La PE en los niveles de evaluación de la calidad de la atención a la salud obliga a la generación e implantación de sistemas de evaluación de la calidad del servicio, a fin de identificar el grado de satisfacción de los usuarios y el tipo de incumplimiento de la normativa que existe alrededor de tal atención.

Hoy la sociedad tiene a su alcance mucha más (y mejor) información, lo que con frecuencia se traduce en una mayor demanda de servicios, posibles malas percepciones, o una manifestación de sentimientos alrededor de la calidad, oportunidad y dignidad de los servicios brindados.

Por lo anterior, es indispensable mencionar que un gobierno que funda su proceder en la PE, cuenta con herramientas para llevar a cabo en el marco de sus atribuciones, la evaluación de sus sistemas de salud y medir la calidad de los servicios que brinda a la población, lo que le permite considerar cambios organizacionales para identificar las posibles desviaciones respecto al objetivo trazado.

## ELEMENTOS CLAVE

Para el establecimiento de la PE es necesario reconocer varios elementos, agrupados de la siguiente manera:

---

<sup>2</sup> Poder Legislativo, “Ley de Planeación”, DOF, México, 5 de enero de 1983; reformada el 20 de junio de 2011.

**CUADRO 1.**  
**ELEMENTOS A CONSIDERAR PARA LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

Pregunta	Elemento	Concepto
¿Qué queremos ser?	Misión	Establece el objetivo general de la organización.
	Visión	Describe un escenario futuro altamente deseado.
¿Qué nos proponemos lograr?	Objetivos estratégicos	Determinan los aspectos esenciales para cumplir la misión
¿Cómo lo lograremos?	Estrategias clave	Articulan la forma en que se logrará el propósito expresado en los objetivos
¿Qué haremos?	Programas y Proyectos	Describen las acciones específicas para implementar las estrategias
¿Cómo lo mediremos?	Indicadores	Establecen parámetros para evaluar el logro de las estrategias
	Metas	Especifican en números lo que se desea lograr

## ANÁLISIS ESTRATÉGICO

El análisis puede llevarse a cabo mediante múltiples herramientas disponibles en la literatura administrativa. En este contexto, citaremos el análisis FODA (Gutiérrez, 2005). Se debe subrayar que las interacciones en los planos de convergencia de la matriz utilizada y adaptada a la experiencia de las instituciones del sector salud en México, se pueden resumir en las siguientes coordenadas:

1. Fortaleza-Oportunidad (FO). Si bien resulta la posición más recomendada en la matriz mencionada, y sitúa a la organización en un estado sólido y bien definido, algunos de los servicios de salud federal, estatal

- o municipal, que se encuentran en este cuadrante, deberán ejercer acciones de continuidad basadas en las mejores prácticas y evitar poner en riesgo su fortaleza en un futuro.
2. Cuadrado dividido en cuatro partes o cuadrantes internos: en la parte superior derecha se ubica la intersección FO; a su izquierda, la FA; por debajo, la DA; y en la parte inferior derecha, la DO. Cada una de las posiciones identifica elementos estratégicos para la toma de decisiones en la organización.
  3. Fortaleza-Amenaza (FA). La mayoría de las instituciones que brindan atención médica institucional podrían ubicarse en este cuadrante, ya que cuentan con experiencia e infraestructura para la prestación de servicios médicos, siendo su amenaza la falta de asignación de presupuesto o desviaciones en su uso.
  4. Debilidad-Amenaza (DA). Las instituciones que se encuentran en esta ventana presentan un riesgo importante, tanto para ellas como para los servidores públicos que participan en la atención médica que otorgan, pues al carecer de la infraestructura mínima y escasos recursos, sus acciones de carácter defensivo únicamente son suficientes para la subsistencia diaria.
  5. Debilidad-Oportunidad (DO). Las unidades prestadoras de servicios médicos que se encuentren en este cuadrante tendrán como objetivo mejorar las debilidades internas, pero con el aprovechamiento de las oportunidades externas que pudieran identificar.

## NIVELES DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN EL CAMPO DE LA SALUD

La calidad de la atención médica es producto de la interacción que guardan los requisitos legales, administrativos, deontológicos y éticos de la práctica clínica, y las obligaciones institucionales para la prestación de los servicios de salud, comparados con los resultados de las evaluaciones realizadas por los usuarios de dichos servicios.

El *primer nivel* de evaluación considera la calidad desde un enfoque integral, donde se incluyen la medición y el logro de las políticas, planes o proyectos institucionales.

En el *segundo nivel*, el enfoque reconocido para su implantación es de eva-



luación de la estructura, proceso y resultado, que permite identificar fortalezas y debilidades en la prestación de la atención médica con que cuenta la población.

En el *tercer nivel* se mide la calidad de un servicio de salud para un problema específico, es decir, ante la posible falla, error u omisión en la prestación del servicio médico hacia un usuario en particular.

El campo de conocimiento que provee la evaluación de la calidad de la atención gira en torno a la seguridad de los pacientes, definida como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Su aseguramiento involucra el establecimiento de sistemas y procesos que buscan minimizar la probabilidad de cometer errores en ese proceso (ver cuadro 1).

Es indudable que si existe una planeación de los servicios de salud basada en estrategias, prioridades, objetivos y metas, también deben existir herramientas que orienten el cumplimiento de los eventos trazados; por lo tanto, al ser las instituciones de salud entes vivos y en aprendizaje constante, deberán sujetarse a la aplicación de métodos de evaluación que permitan identificar si la calidad del servicio es adecuada, si la institución es eficiente y eficaz, y su grado de aceptabilidad y legitimidad ante la población, entre otras variables.

Estos elementos plantean un desafío a la profesión médica en su misión de garantizar la calidad de la asistencia sanitaria, pero al mismo tiempo sugieren un reto para los gobernantes, encargados de generar políticas públicas acordes a las necesidades actuales y futuras de la población mundial.

## CUADRO 2.

### NIVELES Y OBJETO DE LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

Nivel	Denominación	Objeto	Método	Instrumento
Primero	Evaluación general de la calidad	Políticas, programas y presupuesto nacional	Grupo focal	FESP-9 <sup>(1)</sup>

Nivel	Denominación	Objeto	Método	Instrumento
Segundo	Evaluación de la calidad de los servicios	Servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención	Sistémico	EPRC <sup>(2)</sup>
Tercero	Evaluación de casos (individual)	Resultado de la atención médica individual (casos)	Calidad y seguridad del paciente	Evaluación de la atención del caso

(1) Función Esencial de Salud Pública número 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

(2) Modelo de estructura, proceso, resultado y contexto.

## ELEMENTOS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

### PRIMER NIVEL. EVALUACIÓN GENERAL DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (POLÍTICA PÚBLICA)

Existen diversos métodos para evaluar las políticas o programas en torno de la calidad en la atención. En América Latina, uno que ha sido ampliamente utilizado es el “FESP” (Funciones Esenciales de Salud Pública). Este método determina una estrategia para mejorar la salud de las poblaciones (mediante la descripción de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud), así como para proporcionar las condiciones propicias para el adecuado desempeño de la salud pública.

Esta iniciativa continental fue definida como “La Salud Pública en las Américas”, definió un total de 11 FESP y desarrolló un instrumento para medir su desempeño y vigorizar la participación de los diferentes niveles de autoridades sanitarias del Estado.

La FESP relacionada con calidad es la novena y se titula “La seguridad de la calidad en los servicios de salud”. En ella se sugiere considerar la necesidad de implantar un sistema de evaluación basado en metodología científica aplicable y supervisada tanto al interior como al exterior de la organización.

El fin es garantizar los elementos mínimos en la prestación del servicio, a través de la aplicación de evaluaciones para identificar la satisfacción del usuario, los indicadores y normas regulatorias.

La FESP-9 muestra las actividades encargadas de evaluar y medir la calidad de los servicios de salud -desde el nivel individual hasta un nivel colectivo- con el propósito de buscar la satisfacción de las necesidades de la población y en cumplimiento de los derechos de los usuarios.

La medición de la FESP 9 contempla cuatro ejes de evaluación:

- El primero efectúa la medición para determinar si el gobierno ha definido con precisión las políticas y los estándares de calidad de la atención para los diferentes niveles de atención a la salud, desde el ámbito de acción local hasta el de los hospitales de alta especialidad.
- El segundo desarrolla la evaluación del grado de satisfacción de los usuarios para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales.
- El tercero aborda el nivel de implantación de sistemas de gestión de la tecnología y la evaluación propiamente de las tecnologías en materia de salud, relevante por el costo creciente de su incorporación a los sistemas nacionales de salud.
- El cuarto eje analiza el nivel de vinculación en asesoría y apoyo técnico del nivel federal o central con las instancias sub nacionales de salud (en México, las entidades federativas) para asegurar la calidad de los servicios.

## SEGUNDO NIVEL. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD (SERVICIO O PROGRAMA)

Al evaluar la calidad de los servicios de salud se eligen cursos de acción como resultado del análisis sistemático de experiencias pasadas y del reconocimiento de las distintas etapas del proceso de prestación de servicios y de la pertinencia, formulación, eficacia, eficiencia y efectividad de los objetivos y metas programadas (OMS, 1999).

El objetivo general de la evaluación de la calidad en las instituciones de salud es mejorar sus programas y servicios, además de medir la suficiencia de la infraestructura sanitaria para su ejecución. Este proceso está regulado por el esquema de “presupuesto basado en resultados” y constituye una fase indis-

pensable en la gerencia de las instituciones del sector salud (administración, rectoría, implementación).

A través de esta medición podemos identificar seis propósitos en la evaluación de la calidad de los servicios de salud:

- Determinar el grado de alcance de los objetivos de un programa.
- Identificar el grado de eficiencia alcanzado.
- Brindar controles o acciones de mejora de calidad.
- Identificar y valorar la efectividad de las estructuras organizacionales y sistemas de prestación de servicios.
- Una vez recopilados los hallazgos, generar el cambio basado en metodologías científicas.
- Plantear la ejecución de la PE en conjunto y en forma sistémica.

De ello se desprenden dos conceptos clave: los indicadores y los criterios. Para este apartado se entiende como indicador a aquella variable que mide y refleja los cambios de una situación determinada, mediante su validez, objetividad, sensibilidad y especificidad. Los criterios son las normas con las que se evalúan y califican las distintas acciones.

Es importante mencionar que las mediciones deben ser el resultado de la aplicación de metodologías formales y con métodos y técnicas bien definidas, e investigar si estos elementos se encuentran normados y si se aplican para evitar desviaciones de carácter administrativo.

Al ponderar a las organizaciones como sistemas debidamente estructurados, debemos observar para su evaluación: la estructura, el proceso, los resultados y el contexto.

La debida interacción de los elementos en este nivel será indispensable para obtener una evaluación certera y que confiera valor para la toma de decisiones y la mejora continua.

*La evaluación de la estructura* se concentra en el marco en el cual se encuentra el apoyo de la institución de salud, es decir, qué tipo de recursos son los que utiliza para desarrollar sus funciones y satisfacer la demanda de sus servicios.

Otro aspecto es la accesibilidad de los servicios, y dificultad en el uso de los mismos, por parte de la población demandante. Los obstáculos observados para que los usuarios hagan uso de los servicios son: económicos, culturales, sociales y/o geográficos.

*La evaluación del proceso* incluye todos los métodos para reconocer, diag-

nosticar y establecer ciertas acciones directas o indirectas que contribuyan a alcanzar las metas de la institución. Es necesario medir en esta fase tres componentes: el uso, la calidad y la productividad.

El primero señala la proporción de la población demandante que hizo contacto con un determinado servicio durante un periodo. Es recomendable que la medición del uso de los servicios de salud sea en un lapso mínimo de un año, con el fin de medir las variaciones que presenta la demanda en los diferentes servicios que constituyen la institución de salud.

La calidad deberá ser evaluada tomando como premisas el grado de compromiso en la política pública, los servicios ofertados de los elementos legales y reglamentarios, y las competencias demostradas al brindar el servicio por parte del prestador privado o público, y compararlos con el grado de satisfacción manifestado por los usuarios (a partir del instrumento de medición de la satisfacción) y, en su caso, a partir de auditorías tanto contables como administrativas. Hablar de calidad en los servicios de atención médica es identificar a la política pública como el requisito que sin duda, deberá garantizar los derechos humanos de los usuarios.

La productividad por su parte, está dirigida tácticamente a reconocer los recursos humanos, materiales y financieros transformados en manobras, procedimientos o servicios utilizados en la solución de situaciones o problemas. La relación básica de la productividad se da entre los resultados producidos y los recursos utilizados, por lo que el nivel óptimo de productividad será aquel en que se alcance el mayor número de unidades o servicios producidos, con el menor número de recursos utilizados.

La evaluación de los resultados es la medición del objetivo final o razón de ser de los servicios de salud, ya que por medio de esta verificación, la institución se legitima ante el sector; esto es, habrá de demostrar que los servicios que se prestan responden a una demanda prioritaria de la sociedad. Dentro de los criterios que se utilizan para medir los resultados, encontramos la cobertura, la eficacia y la eficiencia. La interrelación e interpretación de estas variables nos permite formular juicios acerca de la efectividad de los servicios que presta la institución de salud.

La cobertura se define como la proporción de necesidades que quedan satisfechas por los servicios que se prestan. La dificultad de aplicar el concepto de cobertura radica en la definición del denominador, pues hay que definir la población que demanda los servicios, y la que realmente los necesita.

La evaluación de la eficacia consiste en el análisis del logro de los objetivos, expresándolos, si es posible, como la reducción de los problemas que abordan los servicios. La medición de este criterio es facilitada con la definición de las metas y los indicadores de los resultados en el curso de la planificación del programa.

La efectividad de los servicios que presta la institución refleja la influencia general que tiene el servicio o la institución en el desarrollo sanitario y socioeconómico asociado con la salud. La OMS sostiene que la medición de la efectividad “[...] identifica los cambios necesarios de orientación de los programas de salud, de manera que contribuyan más al desarrollo general del sector de la salud y del socioeconómico”<sup>3</sup>.

Dentro del criterio de efectividad se considera el efecto negativo, el cual se encuentra íntimamente ligado a los efectos que producen en la sociedad las acciones de los servicios de la institución de salud. En el cuadro 2, se registran los hallazgos más frecuentes en la evaluación de la calidad de los programas y servicios de salud.

### TERCER NIVEL. EVALUACIÓN DE CASOS (INDIVIDUAL)

La evaluación de la calidad de la atención médica en este nivel, también se hace desde una óptica sistémica en sus componentes: estructura, proceso y resultado.

En materia de atención médica, la disponibilidad de recursos en la institución y las acciones desplegadas por los médicos, técnicos o auxiliares, deben perseguir atributos que determinan la calidad de la atención, considerando entre otros, los siguientes elementos: acceso, seguridad, efectividad, eficiencia y oportunidad.

---

<sup>3</sup> OMS, *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1, Informe técnico definitivo*, Ginebra, Suiza, OMS, enero 2009.

**CUADRO 3.  
HALLAZGOS FRECUENTES EN LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD.**

De estructura:	De proceso:	De resultados:
<p><i>Equipo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalación insuficiente</li> <li>• Equipo inadecuado</li> </ul> <p><i>Personal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficiente</li> <li>• Selección y capacitación insuficiente</li> <li>• Distribución inadecuada</li> </ul> <p><i>Insumos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insuficientes</li> <li>• Surtidos sin oportunidad</li> <li>• Falta de calidad</li> <li>• Insuficiente sangre o sus Fracciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de oportunidad en la atención médica</li> <li>• Carencia de manuales de operación</li> <li>• Falta de normas o su supervisión</li> <li>• Competencia profesional insuficiente</li> <li>• Falta de respeto a principios éticos</li> <li>• Desconocimiento de medidas de seguridad para el paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necesidades de salud no satisfechas</li> <li>• Complicaciones y secuelas temporales o permanentes</li> <li>• Evento adverso con o sin error médico</li> <li>• Defunción no esperada</li> <li>• Expectativas no satisfechas</li> </ul>

Con el propósito de evaluar la atención médica en este nivel, es necesario conocer las condiciones en que se brindó el servicio, e identificar con base en las evidencias documentales, aquellas que pudieron haber presentado alguna desviación personal del médico (impericia) o bien, falta de recursos institucionales (medicamentos) o administrativos (supuesta falta de vigencia), con el fin de enmendarlas y con ello contar con evidencias para incrementar la calidad de la atención médica, la seguridad y la satisfacción del paciente.

La evaluación debe ser efectuada por personal competente y con base en valores éticos y ontológicos de la práctica a juzgar. La evaluación de la atención médica en todas sus partes del *proceso*, se centra en el conjunto de acciones destinadas a preservar la salud del paciente. Es aquí donde las particularidades inherentes a éste (actitudes y conductas), y sus necesidades y expectativas en materia de salud, se vuelven determinantes.

En el componente del proceso se distinguen cuatro elementos: usuario, atención médica, seguridad del paciente y resultado de la atención.

El *usuario* posee una serie de atributos o cualidades que deben ser considerados al momento de hacer la evaluación de la atención médica. Cultura, educación, edad, condiciones de género, ocupación, estado civil, lugar de residencia, antecedentes patológicos, entre muchos otros, son factores que inciden en la toma de decisiones de quien proporciona la atención médica.

Por su parte, la evaluación de la *atención médica* propiamente dicha, se basa en la observación o apego a un protocolo que permite evaluar la oportunidad de la atención, la aplicación de principios científicos, la legitimidad del acto médico, la justificación de las decisiones médicas, el respeto a los principios éticos, el consentimiento informado en caso necesario, el cumplimiento de las obligaciones de medios, de seguridad y de resultados, así como la evaluación de los beneficios para el paciente respecto de los riesgos.

Esta evaluación se apoya en el expediente clínico; sin embargo, pese a que existe la norma sanitaria que lo regula<sup>4</sup>, cabe señalar que a la fecha no se verifica su total cumplimiento.

Durante la atención médica, el profesional o especialista requiere con frecuencia apoyo del personal administrativo y de enfermería, por lo que la evaluación debe precisar las deficiencias observadas que sean atribuibles a cada recurso, de acuerdo a sus niveles de responsabilidad.

El elemento relacionado con la seguridad del paciente se encuentra estrechamente vinculado con la calidad de la atención médica y se ha vuelto una preocupación constante para el Sistema Nacional de Salud, por lo que se han implementado estrategias y procesos de evaluación, como el establecimiento de Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)<sup>5</sup> del programa SICALIDAD de la Secretaría de Salud, y otros ordenamientos relacionados.

Finalmente, el resultado es entendido como el cambio en la salud del paciente atribuido a la atención médica.

## CONCLUSIONES

En el esquema de planes, programas y proyectos, quedan establecidos los objetivos, estrategias y directrices bajo los cuales todo orden de gobierno debe basarse para su operación y funcionamiento.

<sup>4</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

<sup>5</sup> Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Instrucción 117/2008. Comités de Calidad y Seguridad del Paciente, México, SS, 2008.



La responsabilidad del sistema basado en planes consiste en extender a todas las áreas de la sociedad un beneficio sustentable y con calidad, sin importar las particularidades y diversidad que se pueda presentar.

Manifestado el cambio de visión en el máximo ordenamiento jurídico mexicano para observar las garantías individuales como derechos humanos, junto con la obligatoriedad del Estado de tutelar el derecho a la protección de la salud, resulta necesario generar bases sólidas que permitan al Estado garantizar el acceso a tales servicios.

Para ello se concibe un Sistema Nacional de Salud con ocho objetivos que, en resumen, dirigen los esfuerzos a la prestación de los servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos en condiciones individuales, familiares y sociales. A su vez, el sistema considera a los actores denominados “prestadores de servicios médicos, técnicos y auxiliares”, quienes deberán de desarrollar habilidades y competencias en beneficio de su labor y de la prestación del servicio médico, basado en la calidad, calidez, oportunidad, información y con seguridad para sus pacientes.

A partir de los últimos años de la década de los ochenta, fueron identificados nuevos actores sociales, políticos y económicos en busca de espacios públicos donde participar, decidir y poder ellos mismos satisfacer aquellas demandas que no eran cubiertas por el gobierno. La Administración Pública constató que había disminuido su influencia y credibilidad en la sociedad, por lo que replanteó instrumentos de operación, incorporando novedosos elementos tales como la instrumentación de planes estratégicos y las denominadas políticas públicas.

La gestión es entonces un instrumento a partir del cual se construye una política pública, incorporando en la toma de decisiones a los ciudadanos y aquellas organizaciones que tienen interés en intervenir para obtener políticas consensuadas que permitan alcanzar los objetivos establecidos por los actores.

Contribuir a la mejora de la calidad de la atención a la salud y a la seguridad del paciente debe ser tema toral en la agenda pública, por lo que determinar la misión, visión, objetivos y metas del Sistema Nacional de Salud y generar mediante la PE entornos viables tanto para los prestadores de servicios como para los usuarios, es un reto de política pública.

Planear, organizar, dirigir y controlar (fases mecánicas y dinámicas de la ad-

ministración), o planear, hacer, verificar y actuar<sup>6</sup> (PHVA: *Ciclo Deming*), deben ser las actitudes que permitan generar un estilo de vida, una filosofía gubernamental, para que mediante un proceso mental, ejercitando la intelectualidad de los actores de la organización, se generen los caminos que deberán seguirse para alcanzar cada objetivo y meta planteados con los tiempos establecidos y los recursos asignados, apegados a las normas jurídicas, éticas y deontológicas que sirvan para alcanzar la máxima eficacia y eficiencia en el servicio público, a fin de brindar —mediante la PE— satisfacción a los usuarios y sus fiscalizadores; generar cursos alternos de acción que permitan la continuidad del servicio, en caso de eventos catastróficos; generar una actitud de compromiso y desarrollo en el personal de salud en búsqueda de la mejora continua para aprovechar herramientas de medición y análisis en beneficio de la ciudadanía que demanda cada vez más servicios de calidad, con calidez y con seguridad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Cruz C, “La necesidad de la planeación estratégica en las organizaciones industriales modernas”, *Temas de ciencia y tecnología*, 2000 Mayo-Ago; 4(11):17-28.
- Aguirre-Gas H et. al., “El error médico. Eventos adversos”, *Rev. Cirugía y Cirujanos*, 2006; 74(6):495-503.
- Dutra A, Degrandpré L, “De la arquitectura a la acción”, *Gestión de Negocios*, 2002 Nov-Dic; 2(6).
- Fajardo-Dolci GE, “Calidad de la atención médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente”, *Rev. CONAMED*, 2008 Ene-Mar; 13(46):3-5.
- Gutiérrez-Pulido H, *Calidad total y productividad*, México, McGraw-Hill, 2ª. ed., 2005, pp. 326-7.
- Hernández-Torres F, Aguilar-Romero MT, Santacruz-Varela J, Rodríguez-Martínez A, Fajardo-Dolci GE, “Queja médica y calidad de la atención en salud”, *Rev. CONAMED*, 2009 Jul-Sep; 14(3):26-34.
- Instituto Politécnico Nacional (IPN)/Secretaría Técnica, Dirección de Planeación y Organización, *Metodología para el análisis FODA*, México, IPN, 2002 (marzo).

---

<sup>6</sup> Gutiérrez-Pulido H, *Calidad total y productividad*, México, McGraw-Hill, 2ª. ed., 2005, pp. 326-7.

- Khon LT, Corrigan JM, Donaldson M (eds.), *To err is human: Building a safer health system*, Washington, D. C., Institute of Medicine/National Academy Press, 1999.
- Martínez-Villegas F, *Planeación estratégica creativa*, México, Edit. PAC, 2001.
- Matus C, *Estrategia y plan*, México, Siglo XXI Editores, 1969.
- Matus C, *Planificación de situaciones*, México, FCE, 1980.
- Millán JA, Concheiro A, *México 2030: Nuevo siglo, nuevo país*, México, FCE, 2000.
- Mintzberg H, *El proceso estratégico. Concepto, contextos y caos*, México, Prentice Hall Hispanoamericana, 2ª. ed., 1993.
- Mirlos T, *Criterios básicos de planeación. Las decisiones políticas. De la planeación a la acción*, México, Instituto Federal Electoral (IFE)-Siglo XXI Editores, 2001.
- Montesano-Delfín JR, *Manual de Planeación Estratégica en un sistema de salud*, México, Edit. Auroch, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS), *Funciones esenciales de salud pública*, Washington, D. C., OPS, 2011.[Acceso: 10-julio-2011]. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP\\_09.htm](http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP_09.htm).
- OMS, *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1, Informe técnico definitivo*, Ginebra, Suiza, OMS, 2009 (enero).
- OPS, *Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action* núm. 589.
- Poder Legislativo, “Ley de planeación”, *DOF*, México, 5 de enero de 1983. Reformada al 20 de junio de 2011.
- Porter ME, *Estrategia competitiva*, México, CECSA, 1998.
- Presidencia de la República, *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, México, SS, 2007, pp. 12-15.
- Sallenave JP, *Administración de empresas. Teoría y práctica*, México, Edit. Limusa, 1996.
- Secretaría de Salud federal (SS), *Programa de acción en materia de evaluación del desempeño 2006-2012*, México, SS, 2007 (agosto).
- Steiner GA, *Planeación estratégica*, México, CECSA, 1998.

Unidad Académica en Estudios del Desarrollo/Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), *Planeación estratégica*, México, Alternativas Sociales en Planeación y Evaluación, S. C., 2006 (marzo).



# CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Rolando H. Neri Vela\*  
Héctor G. Aguirre Gas\*\*

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La atención al cuerpo para librarse de enfermedades ha sido, desde los orígenes de la humanidad, una preocupación primordial.

## ANTIGÜEDAD

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.C., que contiene trece artículos consagrados a la práctica de la profesión médica. Como ejemplo, respecto al quehacer oftalmológico, los artículos 215 al 223 versan sobre 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 el *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 era una actividad social, enteramente libre, pues no se necesitaba para acceder a ella ningún título ni diploma, bastaba con la bienvenida del pú-

---

\* Jefe del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, UNAM

\*\* Servicios de Salud de PEMEX

blico. Sin embargo, el *Juramento Hipocrático* señaló en esa época las directrices que debería seguir el médico para un buen desempeño de su trabajo.

## EDAD MEDIA

Durante 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 vinculada 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, Maimónides 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). Maimónides 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 Maimónides, 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>.

Por su parte, en la península ibérica, Jaime I de Aragón, en 1272, se había preocupado de atajar el *intrusismo* 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> y en 1289 las cortes de Aragón reunidas en Monzón, tradujeron en un texto legislativo, la preocupación de los grupos europeos más avanzados por el control profesional de médicos y cirujanos, inaugurada por Rogelio II de Sicilia hacia 1140.

Por su parte, con la legislación valenciana de 1329 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 hasta en 1401, cuando Martín I creó un *Studium de la Medicina* en la esta ciudad;



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 creó 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.

## EL SISTEMA MÉDICO EN RUSIA Y LA URSS

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>.

## AMÉRICA DEL NORTE: ESTADOS UNIDOS

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 Estados Unidos, 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>.

Aquí, se hace evidente la preocupación de los autores por la calidad con que se otorgaba la atención médica, más aún, está planteada 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 actualmente se denomina como conocimientos médicos vigentes o “*lex artis*”. Bajo este enfoque “racional”, la medicina se basa en evidencias o sustentos científicos; y es

congruente con las tendencias actuales de privilegiar la medicina preventiva sobre la curativa; priorizar la coparticipación del paciente y su familia en la atención; tratar al paciente como un ente biopsicosocial indivisible; y tratar al enfermo y no a la enfermedad, privilegiando 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 entre el *American College of Physicians*, la *American Hospital Association* y la *American Medical Association*, se creó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, como instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, al cual las instituciones podían adherirse de forma voluntaria, con el propósito de autorregularse<sup>14</sup>.

## MÉXICO, SIGLO XX

En nuestro país, los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad se remontan a 1956, año en que un grupo de médicos del Hospital de la Raza del IMSS iniciaron la revisión de expedientes clínicos de pacientes con un enfoque de calidad.

Sus esfuerzos fueron recogidos por las autoridades normativas del IMSS, que en 1960 editaron, publicaron y difundieron el documento *Auditoría Médica*<sup>15,16</sup>, que posteriormente 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. En 1972 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, desarro-

llaron una intensa labor de investigación y publicación de trabajos sobre calidad de la atención médica<sup>22-28</sup>, entre los que destacan “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>.

Desde los trabajos de González Montesinos y de sus colaboradores, pasó otra vez más de una década para que en nuestro país surgiera otro cambio significativo en los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica. Esto ocurrió 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. El sistema incluía la valoración de instalaciones, recursos físicos, personal, suministro de insumos, organización, proceso, resultados de la atención y satisfacción de los pacientes. Además, contaba con un enfoque hacia la mejora continua y hacía 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 en 1990, cuando en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, Morelos, con motivo de la visita del doctor Donabedian<sup>1</sup> 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>.

<sup>1</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>.

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 1990 de *Salud Pública de México* en el que intervino Ruelas Barajas como editor invitado, aparecieron también los primeros trabajos de Aguirre Gas con “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 las 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 (Unidad Médica de Alta Especialización). Desarrollo y avances 2004-2006”<sup>45</sup>; haciendo evidente la utilidad del sistema de evaluación para la integración y actualización del diagnóstico situacional de las unidades de atención médica, así como para el diagnóstico y la mejora continua de la calidad de la atención médica.

## CERTIFICACIONES, ACREDITACIONES Y PREMIOS

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 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 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 recayó en la nueva Secretaria del Consejo de Salubridad General, Dra. Mercedes Juan López, quien consolidó el proceso de certificación de establecimientos de atención médica gracias a la participación 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 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* (EFQM)<sup>50, 60, 61</sup>. En ellos se pretende que a través de la autoevaluación, se logre un diagnóstico situacional de las organizaciones, para conocer sus problemas y puntos débiles y 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 EFQM<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*, con base en el *King's Fund Organizational Audit Scheme*, 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 EFQM<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>.

## LA CONAMED

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, también incluye como objetivo fundamental contribuir a mejorar la calidad de la atención médica por medio del análisis a las quejas de calidad, así como la elaboración de recomendaciones para optimizar dichos servicios<sup>70-72</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Neri-Vela R, “La oftalmología y el Código de Hammurabi”, *Rev Mex Oftalmol*, 1991; 65:8-18.
2. *Código de Hammurabi* (edición preparada por Federico Lara Peinado), Madrid, Editora Nacional, 1982.
3. Laín-Entralgo P, *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat Editores, 1977, p. 26.
4. *Op. cit.*, pp. 174-5.
5. Maimónides, *Obras médicas I. El régimen de salud*, Córdoba, España, Ediciones el Almendro, 1991, p. 91.
6. *Op. cit.*, pp. 94-5.
7. Maimónides, *Obras médicas II. El libro del asma*, Córdoba, España, Ediciones el Almendro, 1991, p. 21.
8. *Op. cit.*, p. 24.
9. 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.
10. *Op. cit.*, pp. 94-95.
11. *Op. cit.*, p. 101.
12. Álvarez-Gutiérrez R, Neri R, “Atención Médica en la URSS”, *Revista Salud Pública de México*, 1968 Jul-Ago; 10(4):459-64.

13. 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.
14. Aguirre-Gas HG, “Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. ¿Una tarea para médicos?”, *Cir Ciruj*, 2007; 75:149-50.
15. 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.
16. *Op. cit.*, núm. 9, serie “Instrucciones Médicas y Médico-Administrativas”, México, 1962.
17. Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)/Dirección de Servicios Médicos/Auditoría Médica, 1982.
18. 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.
19. IMSS/Subdirección General Médica, *Evaluación Médica, Instrucciones México*, IMSS, 1972.
20. Pérez-Álvarez JJ, “Evaluación Médica”, *Bol Médico IMSS*, 1974; 16:281.
21. IMSS/Subdirección General Médica, *El Expediente Clínico en la Atención Médica. Instrucciones*, México, IMSS, 1973.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. 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.
26. 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.

27. 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.
28. 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.
29. Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980.
30. Donabedian A, *La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.
31. Donabedian A, “Dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad”, *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):113-7.
32. Donabedian A, *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio*, México, INSP, 1990.
33. Donabedian A, “Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad”, *Salud Pública de México*, 1993; 35(3):238-47.
34. 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.
35. 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.
36. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos 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.
37. 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):108-10w9.
38. 11 Ruelas-Barajas E, “Calidad, productividad y costos”, *Salud Pública de México*, 1993; 35(3):298-304
39. 12 Ruelas-Barajas E, Vidal-Pineda LM, “Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia par asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica”, *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):225-31.

40. 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):207-208.
41. 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.
42. Aguirre-Gas H, “Evaluación y Garantía de las Calidad de la Atención Médica”, *Salud Pública de México*, 1991; 33:623-9
43. 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.
44. Aguirre-Gas H, “Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel”, *Rev Méd IMSS*, 1999; 37(6):473-80.
45. Aguirre-Gas H, “Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006”, *Rev Méd IMSS*, 2008; 46(5):571-80.
46. Aguirre-Gas H, “Certificación de Hospitales”, *Gac Méd Méx*, 1996; 132:191-3.
47. 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.
48. Ruelas-Barajas E, “El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México”, *Revista CONAMED*, 2009; 14(3):5-10.
49. *2000 Accreditation Standards. Standards Intents*, JCAHO, Oakbrook Terrace 2000. Citado por Saturno PJ, ref. 37.
50. 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.
51. “Joint Commission”. Página Web FAQ. [Acceso: 3-09-2012.] Disponible en el sitio: <http://www.jcaho.org>.
52. IMSS, *Premio IMSS de Calidad*, México, IMSS, 1998.
53. Instituto para el Fomento a la Calidad Total, Premio Nacional de Calidad 2011. [Acceso: 5-09- 2012.] Disponible en: <http://competitividad.org.mx/>.

54. “ISO 9001: 2000. Sistema de Gestión de Calidad”, cit. por Saturno PJ (ref. 37).
55. Ministerio de Fomento de España *Sistema de Gestión de Calidad según ISO 9001:2000*, Madrid, mayo de 2005.
56. International Organization for Standardization (ISO), *Norma ISO 1013:1995. Lineamientos para el desarrollo de manuales de calidad*, Ginebra, Suiza, ISO, 1995.
57. 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.
58. Asociación Española de Normalización y Certificación (AENOR). [Acceso: 30-08-2012.] Disponible en: <http://www.aenor.es/aenor/inicio/home/home.asp>.
59. 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.
60. 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.
61. Peña-Gascóns M, “El modelo europeo”, *Nursing*, 2004; 22(10):62-5.
62. 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.
63. 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.
64. 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.

65. Arce HE, “Accreditation: the Argentine experience in the Latin American Region”, *Int J for Quality in Healthcare*, 1999; 2(5):425-8.
66. Feld S, Rizzi CH, Goberna A, *El control de la atención médica*, Buenos Aires, López Libreros Editores, 1978.
67. Heidemann E, “The ALPHA program”, *Int J for Quality in Healthcare*, 1999; 2(4):275-7.
68. Presidencia de la República, “Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, *DOF*, 3 de junio de 1993.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, *To err is human: Building a safer health system*, Washington, D. C., National Academy Press, 2000.



# REFLEXIONES EN TORNO AL HEXÁGONO DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*Héctor Gabriel Robledo Galván\**

*Germán Fajardo Dolci\*\**

*Sebastián García Saisó\*\*\**

## INTRODUCCIÓN

Este capítulo se publicó en 2012 en la primera edición del libro “La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones”.

En aquel artículo se abordó el tema de la calidad desde una perspectiva amplia, partiendo de los antecedentes y definiciones iniciales, hasta las más recientes y con mayor consenso entre los actores que participan en los procesos organizacionales.

La idea de este capítulo es enriquecer el Hexágono de la Calidad con algunos nuevos elementos que a “toro pasado” es evidente que faltó incluir, y que son de razonable importancia para que se sumen a la disertación que se presentará en esta nueva propuesta.

Esta versión agrega un enfoque de pesos y contrapesos que suma a la diferenciación entre la visión, percepción y ponderación que tiene el tema de la calidad entre los sectores público y privado. De este análisis comparativo se pondrá a juicio del lector tres elementos a consi-

---

\* Director Ejecutivo de la Academia Nacional de Medicina de México.

\*\* Titular de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud del IMSS.

\*\*\* Director General de Calidad y Educación en Salud.



derar: la competencia, la economía de libre mercado y la conciencia del derecho a recibir un bien o servicio con calidad.

También se incorporaron otros elementos de reflexión, como el papel que juega el beneficio, no solo de quien recibe el servicio sino de quien lo da. No menos importante es revisar la actitud de servicio como factor básico de la calidad y la relevancia de ésta en el cumplimiento o no de las expectativas de los usuarios de los servicios.

Finalmente, el artículo describe con razonable detalle los componentes del hexágono de la calidad, con el interés de disponer de un modelo gráfico que integre muchos de los elementos básicos de la calidad.

## LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD, ALGUNAS DEFINICIONES BÁSICAS

En la definición de la Calidad hemos destacado la propia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “[...] una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”<sup>1</sup>.

La Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* [JCAHO, por sus siglas en inglés]) de los Estados Unidos de América, define la calidad de la atención de una forma muy simple: “*Hacer las cosas correctas y hacerlas bien*”<sup>2</sup>. De manera adicional, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM, por sus siglas en inglés) define la calidad de la atención como: “[...] grado en que los servicios sanitarios para los individuos y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados y son consistentes con el estado actual de los conocimientos científicos”<sup>3, 4</sup>.

<sup>1</sup> OMS, *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1 Informe Técnico Definitivo*. Ginebra, Suiza, OMS; 2009 Enero. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf) 27 de junio de 2011.

<sup>2</sup> Accreditation Standards. *Standards Intents*. JCAHO, Oakbrook Terrace, 2000.

<sup>3</sup> Instituto de Medicina. *Medicare. Una estrategia para el aseguramiento de la calidad. Vol. I*, Washington, D. C. National Academy Press, 1990.

<sup>4</sup> Cf. <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-histori-ca.htm>.

No existe un concepto universal de calidad, sin embargo una de las definiciones más claras y sencillas es: “[...] la capacidad para que un producto (o servicio) consiga el objetivo establecido al más bajo costo posible”. Esta definición de Phil Crosby es la más sencilla y la que, en pocas palabras, engloba un gran contenido (ajustarse a las especificaciones o conformidad de unos requisitos)<sup>5</sup>.

Hay otras definiciones que deben tenerse presentes, como la de W. E. Deming, quien concibe la calidad en términos breves como “el grado perceptible de uniformidad y fiabilidad a bajo costo y adecuado a las necesidades del cliente”. Como puede observarse, es menos idónea para aplicar a los servicios de salud. Feigenbaum<sup>6</sup> señala que “todas las características del producto y servicio provenientes de Mercadeo, Ingeniería, Manufactura y Mantenimiento que estén relacionadas directamente con las necesidades del cliente, son consideradas calidad”<sup>7</sup>.

Un experto contemporáneo en materia de calidad es Joseph Juran<sup>8</sup>, sin embargo, sus definiciones son mucho más orientadas a los atributos de los productos, no tanto a los servicios, por ello, para ese autor la calidad significa que el bien esté en forma para su uso, desde el punto de vista estructural y sensorial; orientado en el tiempo, con base en parámetros de calidad de diseño, calidad de cumplimiento, habilidad, seguridad del producto y servicio en el campo. Debe satisfacer las necesidades del cliente, es decir, la calidad es aptitud para el uso.

El doctor Héctor Aguirre Gas ha dedicado su vida al estudio de la calidad de la atención médica en los servicios de salud en México, y ha vinculado el término, de manera destacada, a las expectativas de los pacientes, por ello, su definición de calidad en la atención a la salud es: “[...] otorgar atención médica al paciente, con *a*) oportunidad, *b*) competencia profesional, *c*) seguridad y *d*) respeto a los principios éticos de la práctica médica, que le permita satisfacer sus *i*) necesidades de salud y sus *ii*) expectativas”<sup>9</sup>. Se puede identificar que este concepto incluye cuatro elementos del proceso (*a*, *b*, *c*, *d*) y dos de los resultados (*i*, *ii*). La estructura no se menciona en la definición pues se considera que

<sup>5</sup> Crosby, P., *Quality is free*, Nueva York, McGraw-Hill, 1979.

<sup>6</sup> Feigenbaum, A. V. *Total Quality Control*, Nueva York, McGraw-Hill, 4ª. ed., 1990.

<sup>7</sup> Deming W. E. *Quality, productivity and competitive position*. Universidad de Cambridge, EE.UU. 1982

<sup>8</sup> Juran, J. M., *Manual de Control de la Calidad*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana de España, 3ª. ed., 1993.

<sup>9</sup> Aguirre Gas, Héctor, *Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Noriega Editores, 3ª. ed., 2002.

es responsabilidad primaria de la institución, considerando que una estructura adecuada permite una atención de calidad, pero no la garantiza.

Otras definiciones que anotamos para no omitirlas son: la del Diccionario de la Real Academia Española, que la define como la “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla como igual, peor o mejor que las restantes de su especie”, y la de la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC, por sus siglas en inglés), que define la calidad como el “Conjunto de características de un producto, servicio o proceso que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente”.

Cuando llevamos la definición de calidad a la atención médica, es decir, al terreno de la salud, entonces debemos elegir el concepto que mejor se aplique al servicio de atención a la salud. Al partir de la definición de Crosby, debemos asegurarnos de que *cada paciente reciba lo establecido para su correcta atención, incluyendo los servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para lo que motivó su consulta médica o internamiento; sin menoscabo de optimizar los costos de atención.*

En este orden de ideas, ¿cómo podemos identificar qué es lo establecido para la correcta atención? La respuesta debe ser muy concreta; *lo establecido en la atención médica se refiere a aplicar o instrumentar las mejores prácticas, universalmente aceptadas por los gremios de especialistas reconocidos por sus órganos colegiados e instituciones académicas de prestigio, tanto para el diagnóstico y tratamiento como para la rehabilitación de un paciente con un padecimiento específico.* Es decir, que cada paciente que ingrese a un consultorio u hospital, se incorpore a un protocolo de atención médica avalado por las autoridades, en apego a lo establecido por las Asociaciones, Colegios Médicos, Consejos u otros similares, que a su vez incorporen las mejores prácticas de lo que se constata y publica en el mundo.

No perdamos de vista que el objetivo no es la calidad en sí como elemento discursivo de un proceso administrativo; se trata de lograr el mejor resultado en la recuperación de la salud con el menor riesgo posible de complicaciones o efectos iatrogénicos, con la mejor relación costo-beneficio y la mayor satisfacción del paciente.

Los estudiosos del tema señalan que el concepto de calidad no es una definición estática, permanente o perenne; por el contrario, evoluciona conforme madura y avanza por un lado, la atención médica y por otro, los conceptos de calidad

que se aplican a las diferentes organizaciones. La calidad en todos los contextos y en salud no es la excepción; debe ser instrumentada y evaluada cada vez más con estándares internacionales. Los criterios e indicadores deben responder a las expectativas de los organismos internacionales en el concierto de las naciones.

Existe un consenso en que los dos principales requisitos para llevar a una organización a trabajar con calidad son: a) Indicadores y estándares y b) un sistema de información adecuado, entendido éste último no solo como la captura y el procesamiento de datos con generación de información de los subordinados para los directivos -como frecuentemente sucede- sino como un sistema de retroalimentación para el aprendizaje organizacional y toma de decisiones, de tal forma que se disponga de mecanismos de control y seguimiento que aseguren que las correcciones se han llevado a cabo<sup>10</sup>.

El avance en la prestación de servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y paliativos, así como los criterios para medir la calidad en la forma y en el fondo, deben ajustarse a normas internacionales. No es suficiente con los estándares propios que en algún momento de la historia de la medicina permitieron juzgar la buena o mala atención. Es impostergable optimizar todos los estándares de evaluación de la atención hasta equipararse con lo que se reporta en el mundo, al menos en países con el mismo nivel de desarrollo que nosotros y que presenten las más altas calificaciones. La calidad y la seguridad en la atención a la salud de los pacientes es un binomio que muestra resultados a la par. Sin calidad no puede haber seguridad. La calidad establece los elementos necesarios para disminuir los riesgos en la operación diaria de las unidades de atención médica y por ende, de lo que el paciente recibe en el proceso.

Por último, un tema prioritario en la agenda de la calidad es la homologación de la misma en todos los servicios y unidades. La homologación de los procesos y procedimientos de la prestación del servicio médico, no debe ser solo un concepto, un enunciado o un compromiso demagógico; debe ser una realidad en todo el territorio nacional. Es inaplazable ofrecer la mayor similitud posible de calidad en la atención a la salud, en los distintos municipios y en las diferentes comunidades. Es una realidad que ello no es posible en el corto plazo y que debemos trabajar para que en las próximas décadas, las brechas existentes se acorten y las diferencias desaparezcan.

---

<sup>10</sup> Ruelas Barajas, Enrique, "Hacia una estrategia de garantía de calidad de los conceptos a las acciones", *Salud Pública de México*, 1992; 34:29-45.

## LA CALIDAD EN UN MUNDO COMPETITIVO

La calidad tanto humanista como técnica, converge en el interés por llevar a cabo los procesos de manera adecuadamente estructurada para generar un producto o servicio con los estándares fijados y los objetivos establecidos. Sin embargo, analizar la calidad sin considerar otras variables que entran en juego como la competencia, el escenario económico prevalente, y la conciencia de los usuarios o clientes del derecho que tienen a recibir un servicio con estándares mínimos de calidad, sería un ejercicio incompleto.

Para detonar el análisis, revisemos en primera instancia las aseveraciones en torno a la calidad siguientes: a) La calidad y su vinculación al principio de competencia, fundamentalmente porque en el sector privado, la competencia es atroz en los modelos económicos y sociales del capitalismo. La calidad de un bien y servicio podría ser la diferencia entre sobrevivir o no como empresa. b) La calidad como característica diferenciadora de los productos y servicios en una economía de libre mercado donde los factores reguladores son la oferta, la demanda (que debe tener conciencia y conocimiento básico de los criterios a considerar para una decisión) y el precio. Si los bienes o servicios con calidad cuestan mucho y son necesarios, las personas adquirirán el producto con la mayor calidad permisible a sus bolsillos. Si el bien o servicio es de calidad variable pero hay poca demanda por él, el precio necesariamente disminuirá. c) Se exige calidad cuando se paga por ella o cuando hay conciencia de que se tiene derecho a ella y la oferta no es una variable en juego. Esto aplica tanto a bienes como a servicios. Si una persona tiene derecho a recibir una prestación a cambio de sus servicios y está consciente de que es su derecho, podrá exigir la calidad acordada, generalmente en un contrato. De igual forma, si tiene el recurso y paga por la mayor calidad de un bien o servicio y la oferta no es una variable, exigirá la calidad comprometida.

Estos elementos son muy relevantes pues parte de la reflexión que se presenta aquí consiste en identificar los consensos y disensos en las estrategias para implementar o mejorar los sistemas de calidad en los sectores público y privado. La calidad en el sector público muchas veces no se comporta con la lógica expuesta previamente y en la historia ha sido un componente muy difícil de atender, pues entran en juego tres variables que modifican el modelo de comportamiento que se observa en el sector privado y que revisaremos a continuación:

a) Los recursos económicos. Se ha escrito mucho que la calidad no es exclusivamente invertir más dinero en un proyecto, en una acción o en una estrategia, con lo cual estamos de acuerdo, pero igualmente válido es afirmar que sin recursos es muy difícil ofrecer bienes o servicios de calidad. En el sector privado se tiene muy claro que para hacer las cosas bien o muy bien hay que invertir en materia prima, en capacitación de capital humano, en tecnología, en diseño, en innovación, entre otros. Sin inversión, es muy difícil cambiar el nivel vigente de calidad de un bien o servicio, pues ésta tiene relación directa con las características del proceso prevalente.

En muchas dependencias de gobierno se hacen verdaderas proezas de administración, optimizando al máximo los recursos para ofrecer la mayor calidad posible con el recurso disponible, particularmente en los servicios que se otorgan. Sin embargo, todo tiene un límite y éste lo establece la sensatez y la realidad y no el discurso demagógico.

b) La actitud del personal. Cuando leemos los textos clásicos de administración de la atención médica, encontramos expresiones como “...se han descrito diversos factores asociados con la ausencia de calidad de procesos de atención, éstos se atribuyen al sistema, a los procesos y a los profesionales de la salud”<sup>11</sup>. Pero cuando ahondamos en la lectura de cuáles son estos factores, particularmente los humanos, no se encuentra una identificación precisa de los mismos. Se habla de manera genérica de la importancia de sensibilizar la formación de los recursos humanos y proporcionarles en su capacitación no solo el dominio de los saberes técnicos, sino también de los éticos y humanos. La pregunta es ¿Qué significa esto? ¿Qué debemos enseñar, qué contenidos deben aprender los estudiantes de medicina y ciencias de la salud para tener la razonable certeza de que cuando atiendan a un paciente, lo harán con calidad?

Esta ambigüedad es el origen de que no se avance en la calidad de la relación médico-paciente, o enfermera(o)-paciente, o técnico-paciente. No es suficiente con enunciar lo que se debe enseñar, es necesario definir cómo debe hacerse. Falta un ingrediente que será analizado más adelante y que puede causar reacción, para algunos, en su inclusión al modelo de la calidad: el beneficio, no para quien recibe el servicio, sino para quien lo otorga.

---

<sup>11</sup> Fajardo Dolci G. De la Universalidad en la Prestación de los servicios a la Calidad de la Atención y seguridad de los pacientes, estrategia necesaria para la reforma de nueva generación. Temas Prioritarios de Salud en el México de Hoy, 2015.

Cada vez hay más publicaciones que argumentan que la actitud es la diferencia en la calidad de los procesos, ya sea en la generación de un bien, o en el otorgamiento de un servicio. La actitud de servicio positiva está totalmente asociada a la convicción del deber ser ante una responsabilidad voluntariamente asumida. Ese convencimiento de ser cada día mejor en lo que se está haciendo, es una de las características más valiosas del capital humano y más escasas de encontrar. La convicción en ocasiones se tiene por periodos cortos y rápidamente se pierde cuando entran en juego elementos como el nivel o sitio de confort, la certeza de la seguridad del trabajo (plaza laboral permanente), la frustración ante expectativas no cumplidas, entre otros. En ocasiones la transformación en la actitud de un trabajador o colaborador es radical cuando cambia su condición laboral al ser reconocidos sus méritos o contar con una plaza segura, lo que puede llegar a provocar el desconcierto de quien le dio la oportunidad de incorporarse al equipo de trabajo.

Una actitud que se manifieste como un trato déspota, prepotente, soberbio, altanero, majadero, etc. en el sector privado, al tratar a un proveedor o a un cliente, es prácticamente la pérdida del mismo; salvo que no haya otro distribuidor o proveedor de ese bien o servicio. Pero en oferta abierta, libre y diversificada, esa empresa tendría pérdida de clientes y en consecuencia de ingresos de manera importante. Igualmente, en el sector privado, un trabajador con estas características tendría pocas o nulas posibilidades de sobrevivir en el área laboral. En el sector público, la normatividad vigente en defensa de los derechos de los trabajadores, evita que quienes tienen este comportamiento, se den de baja de la organización y lo más que se consigue es la reubicación. El capital humano no es sólo la aptitud para desempeñar la función, es la actitud con la cual se hace la función y una buena actitud puede ser la clave del éxito del modelo de calidad de una organización de bienes o servicios.

c) La normatividad vigente. Aquí nos referimos tanto a la que atañe internamente a la organización o institución, como la que regula de manera genérica a la administración pública.

La empresa privada debe acatar lo señalado en la macro política y el marco normativo correspondiente para desempeñar su quehacer dentro del marco jurídico vigente. Acatando la ley, el éxito o fracaso de la empresa dependerá de la competencia externa y de la organización interna. Un equipo de trabajo debe alinear esfuerzos, procesos, optimizar recursos, etc. todo con un mismo fin y una

claridad de objetivos. Por ello en el sector privado se han implantado, desde hace muchas décadas, los cursos de capacitación en liderazgo, planeación estratégica, trabajo en equipo, desarrollo organizacional, orientación a resultados, pero en este sector, en la medida que se capacita al recurso humano, se busca aprovechar cada vez más a quienes están más formados. La capacitación en el sector privado no es un trámite, es una inversión que debe reeditar en ganancias a la postre.

En el sector público la normatividad exterior de la administración pública se suma a la normatividad propia de cada dependencia y particularmente de cada proceso. El marco regulatorio establecido es la delimitación jurídica de actuación de directivos y operativos. No hay la flexibilidad para la improvisación, la adecuación o mejora de los procesos vigentes institucionales. Estar fuera de la norma es estar fuera de la ley.

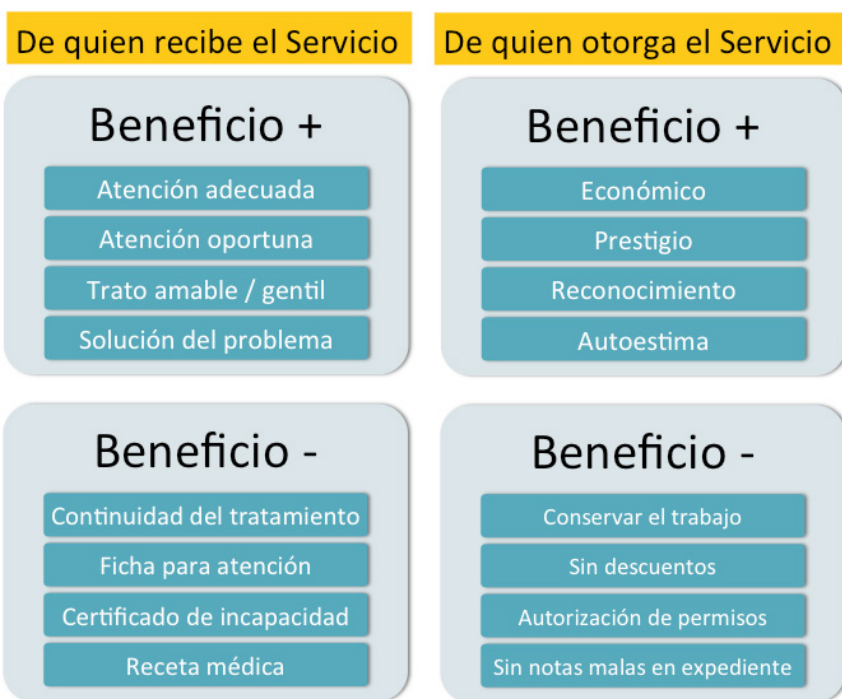
Es entendible que debe haber normatividad que regule y estandarice los procesos para que haya claridad, transparencia y en consecuencia rendición de cuentas adecuadas y oportunas a las autoridades en lo particular y a la sociedad en lo general. Se puede y debe proponer la mejora continua en los procesos del sector público, pero siempre dentro de lo permitido en la reglamentación vigente. Además de lo anterior, cada vez es más evidente la importancia de la transparencia y rendición de cuentas que obliga a los servidores públicos a conocer con mayor detalle la normatividad inherente a su cargo, en especial las sanciones a las que se está expuesto por incumplimiento.

## ¿BENEFICIO? ... ¿PARA QUIÉN?

Las tres variables arriba identificadas -recursos económicos disponibles, actitud del personal y normatividad vigente- forman parte de los elementos que se consideran fundamentales en el modelo hexagonal de la calidad. Sin embargo, aunado a lo anterior, es imprescindible sumar un concepto más al modelo que se pretende describir y ese elemento es el beneficio. Este término tiene un significado que debe considerarse en la discusión por una sencilla razón, el beneficio puede ser la variable que determine que se mantenga el más alto estándar de calidad con los recursos disponibles; que se mantenga o mejor aún, que mejore día con día la actitud del personal -particularmente de quienes tienen contacto con el cliente o proveedor- que se respete y aplique la normatividad a cabalidad y se proceda de acuerdo a los lineamientos vigentes.



El análisis del beneficio no se enfoca aquí en el paciente, que es el que la mayoría de los textos describe, sino en quien da el servicio, atiende al paciente o cliente, o produce el bien. En muchas ocasiones partimos de que por vocación se tiene el ánimo de dar el mejor servicio y la mejor atención, y que solo hace falta un poco de conducción o de formación para hacerlo técnica, ética o humanamente mejor. La realidad muestra que no es suficiente con tener vocación, estar formado o capacitado. Es además necesario identificar el beneficio para la persona u organización que otorga el servicio.



Hay beneficios de varios tipos. Algunos de los más frecuentes son: en dinero, en especie, en prestigio o en satisfacción personal y autorrealización. En el caso del beneficio en dinero, para el sector privado es por ejemplo, relativamente común entregarles a los trabajadores bonos de productividad, compensaciones por desempeño, sobresueldos por resultados, etc., además del reparto de utilidades establecidos por ley. También existe la expectativa de incremento salarial ya sea

ocupando el mismo puesto o ascendiendo dentro de la organización. En la empresa privada es mucho más claro que el objetivo es generar utilidades y quien contribuya a lograrlo será mayormente beneficiado. Recibir compensaciones financieras no excluye además que se otorguen reconocimientos tales como el mejor empleado del mes, el mejor trabajador del año, el mejor vendedor, etc., lo que genera beneficio de prestigio en los trabajadores e impacta positivamente en su autoestima y satisfacción personal.

En sentido negativo pero también válido en el análisis de los beneficios, está presente el enfoque coercitivo con situaciones tales como la amenaza de pérdida del trabajo. El hecho de conservarlo, mantener algunas prestaciones y solicitar autorizaciones diversas (vacaciones en fechas especiales, permisos de ausentarse con goce de sueldo), dependerá del buen desempeño (haber alcanzado las metas, las cosas con calidad y eficiencia).

El beneficio en el sector público tiene otra connotación y muchas limitantes. Al servidor público que todos los días muestra la mejor actitud en el trato al usuario de los servicios, que inquebrantablemente haga su trabajo con la mayor calidad posible, que cuide y optimice los recursos financieros, tecnológicos y materiales con un ejemplar manejo de los mismos, no puede ser beneficiado económicamente, pues es su obligación hacerlo así y no existe partida alguna para pagar este desempeño sobresaliente. Difícilmente tiene un reconocimiento en privado y menos en público pues ello no se acostumbra por prejuicios cuyo origen se encuentra en distorsiones conceptuales o de interpretación.

Finalmente, es frecuente que muchos de los trabajadores que han laborado en el sector privado se incorporen al sector público trayendo consigo la inercia de la competitividad, de la calidad, de la eficiencia de los procesos, de la pro actividad, de la innovación y mejora continua. Sin embargo, no es difícil que en poco tiempo se apague la iniciativa, el empuje y la determinación, pues el ambiente laboral en muchas de las oficinas y dependencias del gobierno, los absorbe y poco a poco los nulifica. El sentir que no habrá recompensa por el esfuerzo extra, por la entrega, por el compromiso institucional, los va desmotivando, aunado al conocimiento de las reglas de operación en el gobierno, donde la innovación y mejora de procesos está delimitado en un marco normativo rígido y severo.

## LA CALIDAD EN UN MUNDO COMPETITIVO

Si revisamos el significado de la palabra competencia (del latín *competentia*) encontramos que al menos tiene dos grandes vertientes: por un lado, hace referencia al enfrentamiento o a la contienda que llevan a cabo dos o más sujetos respecto a algo. En el mismo sentido, se refiere a la rivalidad entre aquellos que pretenden acceder a lo mismo, a la realidad que viven las empresas que luchan en un determinado sector de mercado al vender o demandar un mismo bien o servicio. Probablemente el sector deportivo es con el que estemos más familiarizados cuando escuchamos el término de competencia.

Actualmente toda la humanidad compite por todo. Se compite por ganar en actividades deportivas, se compite por un puesto en el trabajo, se compite por ingresar a estudiar a instituciones de educación media superior y superior, se compite por ser aceptado en el equipo de tal o cual actividad artística, deportiva o recreativa, se compite por ser el mejor en clase, en el trabajo o en lo que uno hace, cualquiera que sea la actividad que se desarrolla. Resultado de esta competencia es el reconocimiento social, gremial, familiar o individual. A nivel global la competencia es feroz en diferentes rubros: petróleo, agua, territorios, alimentos.

En pleno siglo XXI, la humanidad continúa evolucionando y la globalización ahora no es lo que fue en el siglo XX. Según el profesor Luciano Vasapollo<sup>12</sup> el contenido efectivo de la globalización, o mejor dicho, de la competencia global, se da, no por la "mundialización" de los intercambios, sino por aquellas operaciones que tienen que ver con los movimientos del capital, tanto bajo la forma industrial como bajo la financiera. En los últimos veinticinco años, el modelo capitalista de base keynesiana, se ha disuelto en todas sus formas de presentación, borrando el mismo concepto propio de "civilización". El desmenzamiento de toda la estructura productiva preexistente destruye las mismas formas de convivencia civil determinadas por el modelo de mediación social de forma keynesiana. La postura del profesor Vasapollo hace pensar que cualquiera que sea el modelo de capitalismo que se analice, hay consenso en las tendencias de financiamiento, de las nuevas modalidades de organización del trabajo y de reestructuración del mercado, lo que encausará los esfuerzos a expandir las ganancias de los empresarios.

---

<sup>12</sup> Vasapollo Luciano, Competencia Global: Nuevo Ciclo Flexible y "Welfare de los Miserables". <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/ec/jec10/ponencias/1004Vasapollo.pdf>

Las empresas son organizaciones que persiguen la utilidad económica como fin a cambio de ofertar un bien o servicio. Para nuestro interés, las organizaciones de salud privadas están en este concepto. La mayor utilidad posible en el mercado competitivo actual a cambio de ofertar un servicio con la mayor calidad posible (y costeable) de atención al cuidado y restablecimiento de la salud.

A diferencia de otros sectores de bienes o servicios, en el caso de la salud aún no es muy grande la participación de empresas trasnacionales presentes o por incorporarse a este mercado. Donde han entrado es en el mercado de los seguros, particularmente en el de gastos médicos mayores en alianza con las instituciones privadas ya existentes, pero no se han generado cadenas hospitalarias o de clínicas o sanatorios de mediana complejidad y capacidad de resolución que sean franquicias de cadenas de servicios de salud extranjeras. En México dos o tres grandes grupos privados son los que tienen un porcentaje importante del mercado de atención a la salud privado con alta capacidad de resolución.

En el sector público hasta el momento no existe la competencia por los pacientes, el modelo está orientado a atender a una derechohabencia que rebasa por mucho la capacidad instalada. La oferta de servicios no busca atender a más pacientes para obtener un beneficio, por el contrario, los pacientes que tienen el derecho a acudir a los servicios exceden la capacidad disponible para ofrecerlos. Esto es válido para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Salud y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y para los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

Para el caso de los mexicanos afiliados al Seguro Popular, el nivel de exigencia por servicios de calidad comparado con la exigencia de los derechohabientes de PEMEX, del IMSS o del ISSSTE, aún es incipiente. El nivel de conciencia del derecho para recibir la atención de la más alta calidad dentro del marco jurídico vigente, no es todavía de la magnitud que podría ser por la población que se atiende en el Seguro Popular.

Un tercer grupo de pacientes son aquellos que sin ser afiliados a ninguna institución, acuden a los servicios públicos, tanto de la Secretaría de Salud federal como de los Servicios Estatales de Salud y son quienes aceptan con entendible conformidad lo que se les ofrece. En este sector de la población, donde millones de mexicanos se encuentran en los deciles uno y dos de la economía, no está la conciencia de derecho a recibir atención a la salud con mínimos ni-

veles de calidad. La mayoría de estos pacientes están resignados y agradecidos de ser recibidos y atendidos, sin importar las horas de espera, los procesos internos, las condiciones del servicio y otros elementos que para otra población son inaceptables. Baste mencionar a manera de ejemplo, las batas y colchones rotos, las habitaciones sucias y los alimentos fríos.

Ante este escenario, la calidad en las instituciones públicas, entendidas como tales el IMSS, ISSSTE, PEMEX, los servicios de salud de la propia Secretaría de Salud Federal (de primer y segundo nivel de atención) y de las secretarías de salud estatales, es totalmente heterogénea porque no están presentes los tres elementos detonadores de la calidad (recursos económicos, actitud del personal y normatividad vigente) y por tanto generan resultados diversos de beneficio para la organización los integrantes de la misma.

El beneficio para impulsar la calidad en un mercado privado, de libre competencia es, en primer lugar a) sobrevivir ante la competencia. Pasado ese primer reto el beneficio es claro, b) la mayor ganancia posible, para la organización y sus integrantes. Esta ganancia tiene varias aristas, la económica es fundamental pero también el prestigio, y posicionamiento de marca y c) crecimiento o expansión de la misma, abrir nuevos mercados, atraer nuevos clientes, ampliar los horizontes de influencia.

En el sector público, la pregunta es obvia; ¿Es posible el beneficio de la institución y de sus integrantes en caso de realizar las actividades propias con altos índices de calidad, procurando el mejor desempeño posible y respetando la normatividad vigente? La respuesta es por demás clara y puede analizarse en los diferentes criterios: Esperar que se otorgue mayor presupuesto operativo para la unidad o dependencia, en principio no. Que haya mayor beneficio a los integrantes de la unidad, en sueldo, salario, prestaciones, bonos, o algún otro tipo de beneficio económico, tampoco, aunque ambos criterios serían deseables en un futuro cercano.

¿Incrementar el prestigio de la institución o de quienes trabajan en ella? Sin duda este beneficio existe. Es el caso de los Institutos Nacionales de Salud y de la mayoría de los médicos que trabajan ahí, que tienen un enorme reconocimiento y lo incrementan día con día, pero no necesariamente en relación con todos los elementos de la calidad, por ejemplo, respecto al trato del paciente. En este caso, el prestigio se orienta más bien a lo que el personal realiza en materia de investigación, generación de conocimiento y desarrollo de proyectos vanguardistas.

Finalmente, ¿hay interés de expansión o crecimiento de la institución? Claramente no depende de la institución ni de sus integrantes que se considere esta perspectiva.

En otras palabras y de manera general, no hay forma de comparar los elementos que desarrollan la motivación por implementar la calidad competitiva en el sector privado, con lo que impulsa la motivación en el sector público. La pregunta que debemos hacernos entonces es: ¿cómo detonar y sostener la motivación en el sector público?

Hemos comentado los dos tipos de beneficio i) el positivo, donde hay compensación para la organización y los trabajadores de ésta que generan mayor empeño, con niveles altos de calidad, de acuerdo a los estándares esperados y ii) el beneficio en sentido negativo que es el coercitivo, sustentado en el temor o amenaza implícita o explícita de lo que acontecería por no realizar el trabajo con niveles de calidad altos, de acuerdo con los estándares fijados en la normatividad institucional.

En este orden de ideas, en el sector público aplica más el segundo tipo de beneficio, el que está soportado en tener que hacer bien las cosas, con altos niveles de calidad para acatar la norma y responder a las expectativas de los directivos superiores en la escala jerárquica de la organización.

Un elemento de enorme importancia en el análisis del beneficio, es el enfoque de la Ética, desde cualquiera de sus aristas: ética médica, bioética, y otras. Revisemos a manera de ejemplo, lo prescrito para el quehacer del servidor público en el Código de Ética, el cual se popularizó hace poco menos de una década, en el Gobierno federal y en algunos gobiernos estatales.

Si revisamos el contenido del Código de Ética de los Servidores Públicos de la Administración Pública Federal, confirmamos que no sólo no hay un beneficio explícito para el servidor público, sino que además, está explícito que no puede haber un beneficio, de ninguna especie para éste.

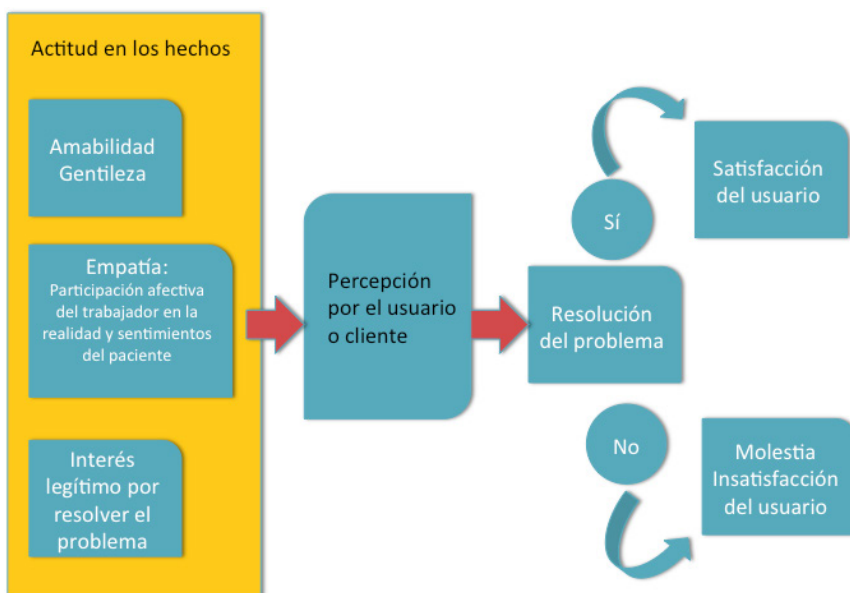
Bajo el Código de Ética, es obligación explícita del trabajador hacer las cosas bien y con las características descritas para cada concepto. Los siguientes son los elementos del Código de Ética: a) el bien común, b) la integridad, c) la honradez, d) la imparcialidad, e) la justicia, f) la transparencia, g) la rendición de cuentas, h) el entorno cultural y ecológico, i) la generosidad, j) la igualdad, k) el respeto y l) el liderazgo.

En sus doce elementos, claramente se diferencia lo que en su contenido son propiamente los valores traducidos como código de ética, entre el sector

público y el privado. Podemos identificar que muchos se comparten y otros se separan por diferentes matices empezando por el bien común, en donde las acciones del servidor público deben estar dirigidas a la satisfacción de las necesidades e intereses de la sociedad, por encima de intereses particulares ajenos al bienestar de la colectividad. Este precepto no aplica para el sector privado.

## BENEFICIO Y ACTITUD DE SERVICIO; BINOMIO INDISPENSABLE EN EL SECTOR PRIVADO

Un factor sustancial para el usuario de los servicios, en la evaluación sobre el servicio que recibe, es la actitud de los trabajadores o funcionarios que lo atendieron. Los usuarios (sector público) o los clientes (sector privado) coinciden en que la actitud de cortesía y la amabilidad en los servicios de atención a la salud no están por demás, pero no son suficientes. Lo que esperan encontrar es la solución al problema que los llevó a la unidad de salud.



Los estudios en materia de atención a clientes presentan una y otra vez que los empleados amables y de buen trato con el cliente, capaces de entenderlo, es de-

cir, de generar empatía son bien evaluados solo si, además de estas características, cuentan con la capacidad, autoridad, apoyo y/o interés para resolver su problema.

Cuando en el sector público se causa una molestia por la no resolución del problema (sin considerar en este análisis los errores médicos, los eventos adversos o eventos centinela, porque estas situaciones sí pueden traer consecuencias de mayor magnitud), el paciente no tiene muchas opciones. Puede presentar su queja en el área médica o administrativa, puede no regresar a la unidad de atención, puede hablar muy mal de la atención que recibió, pero el resultado no afecta las percepciones ni la situación laboral de los directivos, administrativos y demás trabajadores de la unidad.

En la mayoría de los casos, las molestias son por diferimientos de días, semanas y a veces meses para recibir la consulta, por la no disponibilidad de medicamentos, por la mala atención médica recibida. Estos aspectos tienen que a su vez la justificación por la contraparte: exceso de demanda de servicio, falta de recursos (los medicamentos se envían de niveles superiores y no son comprados por las unidades), falta de personal médico o disponibilidad de sólo 15 minutos por consulta, entre otros.

Para nadie es desconocido que muchos médicos terminan su compromiso laboral en la unidad del sector público y se desplazan a la consulta privada, donde el tiempo que se dedica a cada paciente es mayor, el trato es muy diferente (amable, atento, cortés) y generalmente la satisfacción del paciente, que aquí paga, es mayor. No han sido pocas las ocasiones en que el médico recibe en la consulta privada a quien atendió en la unidad pública en la mañana y la relación médico-paciente es muy diferente.

Para el sector privado, un cliente perdido se traduce en pérdida de dinero, de utilidades y si es por un mal servicio, también de prestigio. Las empresas buscan a través de las llamadas “acciones de recuperación de clientes” evitar perder a los que experimentaron un mal servicio. En el sector privado los clientes observan la actitud de servicio, sobre todo, cuando quienes lo atienden utilizan actividades de recuperación, para subsanar el incumplimiento de una expectativa o cuando no es posible ofrecerle lo que desea o solicita. Aunque la empresa contrate al personal con la mejor actitud de servicio posible, un alto nivel de incumplimiento le impedirá dar los resultados que necesita.



## CAUSAS DE MALA ACTITUD DE SERVICIO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Cuando se revisa el tema de la actitud de los trabajadores de una organización de servicios de salud, identificamos la clara diferencia entre los sectores público y privado.

Se han llevado a cabo acciones para mejorar el perfil de quienes son contratados para los diversos cargos y responsabilidades en el sector público a través del servicio profesional de carrera y otras estrategias parecidas. Sin embargo, con evaluaciones realizadas por medios electrónicos, es muy difícil identificar el trato y estilo que tendrá el trabajador, una vez contratado ante los pacientes, ya sea como directivo, administrativo u operativo. Las preguntas que tienen este tipo de instrumentos de evaluación, no son lo suficientemente sensibles para identificar adecuada y oportunamente la forma como se llevará a cabo la relación con el paciente y sus familiares.

Muchas teorías de calidad en el servicio se inclinan por la aseveración de que la actitud de la gente que atiende a los clientes es algo personal, innato, que sólo debe cultivarse y desarrollarse a través de cursos motivacionales. Partiendo de esta premisa, las empresas orientadas a servicios al cliente, dedican recursos suficientes para la selección de personal, considerando que a los buenos elementos los retienen con motivaciones de diversa índole y ello no sucede en las instituciones públicas.

Cuando se ha evaluado la percepción del paciente sobre la actitud del personal de servicio, se han encontrado las siguientes razones por las que obtienen resultados desfavorables las organizaciones públicas:

- Incumplimiento de lo ofrecido en el servicio.
- Falta de capacitación adecuada y/o completa para el personal de contacto con el usuario.
- Falta de soporte de la institución al trabajador.
- Falta de medición del desempeño y evaluación de resultados.
- Falta de incentivos económicos o en especie que motiven al trabajador eficiente.

Queda claro que tanto para el sector privado, como para el público, la razón más importante para defraudar a un usuario es el incumplimiento de lo ofrecido, de lo prometido. Este es el factor más importante para la descalificación

por parte del usuario o cliente. La repercusión que genera el incumplimiento es de diferente magnitud y está en función de si el paciente o los familiares pagan (sector privado), si al paciente se le descuentan cuotas y tiene conciencia de derecho a recibir el servicio (derechohabencia del IMSS, ISSSTE, PEMEX, otras), o si ha pagado una cantidad menor pero tiene conciencia de su derecho a recibir una atención oportuna y de calidad (Seguro Popular). Además y sobre todo, depende del nivel socioeconómico y cultural que tiene el paciente. A mayor conciencia de derechos, mayor conciencia, en su caso, de incumplimiento. El nivel educativo del paciente o su familia es fundamental para dimensionar el nivel de exigencia de servicios y como resultante, de percepción de actitud de servicio.

Entre los principales efectos y consecuencias del incumplimiento, destacan los siguientes:

A ) **El cliente se vuelve más exigente.** En un hospital, clínica o sanatorio privado, en donde se ha presentado el incumplimiento a una expectativa, promesa o compromiso de la organización, se genera una insatisfacción en el cliente, y no obstante esté dispuesto o abierto a que le den alternativas para solucionarle su problema (la oportunidad de recuperarlo), en general sus exigencias son mucho mayores tanto con la institución como con el personal que lo atiende, lo cual es el costo de la labor de recuperación.

En un hospital o unidad de atención a la salud pública, el paciente, sea derechohabiente o no, podrá estar molesto e insatisfecho por la falta de cumplimiento de expectativas, pero generalmente los orígenes de la insatisfacción rebasan la capacidad resolutive de los directivos u operativos de la organización. El paciente no tendrá nada que hacer, si acaso levantar su queja sin efecto posterior alguno.

B ) **Se exige más tiempo al empleado para atender mejor a los clientes.** Un cliente molesto e insatisfecho por el incumplimiento, no sólo se vuelve más exigente sino que demanda una mayor cantidad de tiempo por parte de la persona que lo atiende. El empleado invierte más tiempo para tratar de disminuir el descontento, enojo o molestia y tiene que identificar qué puede hacer en el hospital o unidad de servicio para solucionar el problema.

Tanto en los sectores público como privado, cuando el origen del incumplimiento no se corrige de raíz (falta de medicamentos, diferimiento de consultas o cirugías, falta de personal), los trabajadores de la organización saben que aun

poniendo su máximo esfuerzo, no lograrán satisfacer la expectativa del paciente o de su familiar.

Si una organización de servicios de salud, pública o privada, experimenta un porcentaje de incumplimiento alto en sus compromisos con los clientes, el tiempo improductivo de los empleados (y en general de la organización) aumenta, pero continúa la insatisfacción con el servicio recibido, ya que le resta tiempo a los colaboradores para recuperar clientes. Es decir, que aunque la empresa contrate al personal con la mejor actitud de servicio posible, un alto nivel de incumplimiento le impedirá dar los resultados que necesita.

C) **Se pierde la motivación de los buenos trabajadores.** Laborar en una organización que constantemente incumple sus compromisos, va cansando a los buenos trabajadores que no se contrataron para tener una trabajo más, sino por vocación y convicción y con compromiso a los principios de calidad, eficiencia y eficacia. Así, la desmotivación los obliga a buscar otra opción de desarrollo y crecimiento profesional.

## EL HEXÁGONO DE LA CALIDAD

Con el modelo que se describe a continuación, pretendemos incluir de manera agrupada y por temas, los elementos fundamentales que intervienen en la calidad de la atención médica, desde aquellos aspectos que pudieran considerarse básicos, hasta los que están en el contexto de la percepción. Todos los componentes deben formar parte de un riguroso proceso de evaluación permanente. Cualquiera de los componentes de este *hexágono de la calidad* puede cambiar en cuestión de días, o siendo estrictos, incluso de horas. Es por ello que no basta con tener en óptimas condiciones la unidad de atención a la salud en todas las vertientes del hexágono en un momento determinado; deben estar en condiciones óptimas de manera permanente.

Una forma de integrar todos los elementos que participan en la calidad de la atención, como consecuencia del proceso, en la seguridad del paciente, es a partir de lo que aquí proponemos y denominamos como el hexágono de la calidad. Bajo este modelo, seis macrocomponentes agrupan los elementos que favorecen o perjudican la actuación con calidad en la atención a la salud. Con la falta de cualquiera de éstos, la calidad es incompleta o parcial.

Si revisamos con cuidado los seis componentes, podemos encontrar elementos asociados al modelo del doctor Donabedian, en el que la estructura se

concentra sobre todo en la dimensión cuatro y los procesos están distribuidos en los otros cinco componentes, de modo que esta interacción da como producto dos vertientes de resultados: los de la perspectiva de la atención médico-quirúrgica y la percepción de la calidad recibida por el paciente y su familia. Homologar los procesos en la atención médica, conlleva visualizar la calidad como un sistema que permite gestionar múltiples actividades, tales como administrar los diversos recursos e infraestructura necesarias.

El modelo hexagonal no es estático, debe ser visto e interpretado como un modelo dinámico de interacción permanente, en el que la gestión constituye la unión, rumbo y sentido a las partes; y los valores los que le dan cimentación, solidez y valor agregado a la misión organizacional.

### 1. DIMENSIÓN TÉCNICA (PARA ALGUNOS AUTORES, LA DIMENSIÓN PRIMORDIAL DE LA CALIDAD)

Esta es la dimensión sustantiva en cuanto al acto o actividad eminentemente médica. Es en esta dimensión donde se ubica la calidad en el proceso de atención médica al enfermo, desde el diagnóstico que parte del interrogatorio, la elaboración de la historia clínica, la exploración correcta, la solicitud de los exámenes de laboratorio y gabinete, hasta la definición de un adecuado y óptimo esquema de tratamiento. Cada una de estas etapas está sujeta a variabilidad, la cual depende de la formación, la capacidad y la capacitación del equipo de salud: los médicos, las enfermeras y los técnicos que participan en el proceso.

Todavía en el siglo XX se hablaba de diferentes escuelas de diagnóstico y tratamiento y el estudiante de medicina se podía inclinar por una o por otra. Si algún médico ostentaba su afiliación a la escuela francesa y otro más a la estadounidense, ambos eran respetados por igual; la fama o prestigio de cada uno dependía del éxito que tuviera en el tratamiento de sus pacientes. El éxito se transmitía de boca en boca y era la forma como se identificaba quiénes eran más acertados en su proceder.

A medida que la medicina avanza a hombros de gigantes en las últimas décadas, es cada vez más homogénea la forma como se procede en todo el mundo, tanto para la etapa del diagnóstico como para la del tratamiento. En otras palabras, las diferentes escuelas y corrientes de pensamiento que distinguían a las instituciones o a los países en la manera de abordar y tratar los ca-

sos, se está terminando. Cada vez es más similar la forma como se conducen los médicos de todo el mundo para atender a un paciente; ello significa que se está avanzando a rápidamente hacia la estandarización de la calidad en todo el mundo en cuanto a los procesos y procedimientos médicos, de diagnóstico y tratamiento.

Hoy día es inaceptable que exista variabilidad en la forma de diagnosticar o tratar a un enfermo. La diferenciación, particularmente en el tratamiento, debería ser atribuida a las singularidades de cada paciente (edad, padecimientos asociados, genética, raza, entre otros factores). Por tanto, al interior del país deberían ser mucho más homogéneos los procesos como los procedimientos, pero aún se encuentran diferencias por regiones o incluso, por instituciones. Esto no tiene sentido, la evidencia de la mejor práctica médica es la que debe prevalecer y todas las instituciones deberían, al menos en principio, actuar en consecuencia.

No es aceptable que para un mismo diagnóstico, un médico de la institución “A” solicite de rutina solo un par de radiografías, mientras que otro médico de la institución “B” requiera, también de rutina, una tomografía axial computarizada. La pregunta es, para realizar adecuadamente el diagnóstico, qué estudios de apoyo son indispensables y cuáles se requerirían sólo por excepción. Es lógico que exista variabilidad en los estudios que se solicitan de laboratorio y gabinete en los casos de excepción, pero no en “los de rutina”. El colmo es cuando en la misma institución, por falta de procedimientos estandarizados, cada médico solicita estudios diferentes para pacientes con diagnósticos similares.

Para el caso de los tratamientos, ocurre lo mismo. No debe haber diferentes tratamientos para un mismo padecimiento, cuando en términos generales, los pacientes se encuentran en condiciones también similares. Hay que tener presente que el axioma de “existen enfermos, no enfermedades” puede ser el pretexto para pretender justificar la variación en la terapéutica.



La atención médica no debe ser vista como la libertad de cátedra, no puede someterse a corrientes de pensamiento parciales o a lo enseñado en algunas escuelas con planes de estudio no actualizados, porque así como el paciente puede encontrarse a médicos egresados de las mejores universidades del mundo donde se realiza investigación permanente, generación continua de conocimiento, actualización constante y adopción de las mejores prácticas; así también el paciente puede caer en manos de médicos egresados de escuelas con programas obsoletos, enseñanzas caducas y métodos de diagnóstico y terapéuticos rebasados.

El riesgo para la seguridad del paciente en ambos escenarios es muy distinto; con médicos que van a la vanguardia es muy probable que se obtengan mejores resultados como producto de la aplicación de las mejores prácticas; identificadas, publicadas y adoptadas en las instituciones innovadoras y punta de lanza del conocimiento, en comparación con aquellas rezagadas en esta materia.

Por principio, el análisis y la evaluación de la prestación de servicios de salud debe darse a partir de los conocimientos vigentes disponibles, sobre la

*lex artis* médica, entendida ésta como “ley el arte” o regla de actuación de la profesión que sea, que en nuestro caso es la medicina. En línea jurisprudencial, se podría encontrar la definición de:

[...] criterio valorativo de la corrección del acto médico concreto ejecutado por el profesional de la Medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del actor y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos —estado o intervención del enfermo— de sus familiares o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.

Estas últimas circunstancias ambientales llevarían a hablar de una “*lex artis ad hoc*”, o específica de cada caso concreto<sup>13</sup>.

Un tema particular lo ocupa el cuidado y tratamiento paliativo en la calidad de la atención que se debe brindar a los pacientes que padecen una enfermedad grave o potencialmente mortal y en no pocos casos, en etapa terminal. La meta del cuidado paliativo es prevenir o tratar lo más rápidamente posible los síntomas de una enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento de una enfermedad y los problemas psicológicos, sociales y espirituales relacionados con una enfermedad o su tratamiento. También se llama cuidado de alivio, cuidado médico de apoyo y tratamiento de los síntomas<sup>14</sup>.

## 2. DIMENSIÓN INTERPERSONAL

Es el trato humano digno y respetuoso, lo que se conoce como calidad percibida por el paciente y sus familiares. Este componente es el primer paso que debe cuidar el equipo de salud para atender a los pacientes. Desde que ingresan a la unidad, desde que cruzan la puerta, ahí debe empezar el trato humano y amable. En muchas ocasiones, el primer contacto del paciente al ingresar a la unidad es con un policía o vigilante que empieza con el primer interrogatorio... “¿A dónde va?, ¿con quién va?, ¿qué se le ofrece?, ¿es derechohabiente o no?”. Poco le falta para iniciar la historia clínica. En el menos malo de los escenarios, el guardia dirige al paciente al módulo de informes para que de ahí sea canalizado al servicio que corresponde. (Debe reconocerse también que hay

<sup>13</sup> Disponible en: <http://medicinavsderecho.blogspot.mx/2011/01/lex-artis.html>.

<sup>14</sup> González Barón, Manuel, *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte al enfermo de cáncer*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2007, ISBN 978-84-9835-131-6.

policías que disponen de una silla de ruedas para cuando llega un paciente que la requiere, se la ofrece y a veces ayuda al familiar a sentarlo).

El segundo contacto humano —dependiendo el tamaño y características de la unidad— es la trabajadora social, la enfermera o directamente el médico. Salvo en situaciones de urgencia, en general se puede empezar la interacción, ya sea con el paciente o con su familiar; ganándonos la confianza, mostrándole auténtico interés por el caso, y poniendo atención a la preocupación por lo que les aqueja, por mínimo que sea el problema. El trato desde que inicia la relación médico-paciente es fundamental para tranquilizar al paciente o a su familiar. Eso es iniciar con calidad el servicio (esto se requiere más en el sector público, ya que en el privado, el trato amable es una característica muy común).

Es muy importante que el trato digno no sea solo al paciente. En muchos casos es con el familiar con quien se interactúa y debe tenerse presente que puede encontrarse alterado, preocupado, desesperado, por lo que la comunicación puede sufrir distorsiones, interrupciones o suspensiones abruptas. La actitud de servicio por parte del equipo de salud no puede depender del estado de ánimo del día o del momento, debe ser una constante. Esto debe estar descrito con detalle en los protocolos de atención y trato al paciente desde que entra por primera vez hasta que concluye el proceso. La actitud del personal no debe ser una expectativa del director de la unidad, esperando que sea la naturaleza y vocación del trabajador lo que detone los buenos resultados. Se requiere, además de un buen reclutamiento y selección del trabajador, cursos de inducción y capacitación adecuados y suficientes que formen parte del programa de mejora continua de la institución.

Es necesario observar que la dimensión interpersonal tiene a su vez tres componentes básicos: el trato propiamente al paciente y en su caso al familiar, el que este trato cortés sea constante y no sólo en momentos esporádicos donde la amabilidad depende del personal en turno; y por último, el trato al egresar de la unidad. El proceso de alta en cualesquiera de las condiciones posibles (curación, estabilización o muerte) debe ser con eficiencia, calidez y respeto.

No falta quien considere que la dimensión interpersonal es un proceso adjetivo, ya que si se salva la vida del paciente o si médicamente se cumple con todo el deber ser, entonces se podría considerar equivocadamente que la atención fue de la máxima calidad, y no es así. Se debe hacer todo por ofrecer la mejor atención médica diagnóstica, terapéutica, de rehabilitación, y en su



caso, paliativa; pero el trato digno al paciente y sus familiares no puede ni debe ser omitido o soslayado. Este trato es el que tiene relación con la percepción. Se puede ofrecer la mejor atención técnica pero el paciente puede percibir que se le dio muy mala atención; y viceversa, se le puede brindar una atención regular o mala, desde el punto de vista técnico, y el paciente o sus familiares pueden manifestar haber recibido el mejor trato.

El doctor Germán Fajardo Dolci incluye un elemento esencial para la evaluación de la calidad que se otorga en los servicios de salud y es la expectativa de los pacientes y sus familiares respecto a una atención.<sup>15</sup> Esto nos hace considerar que, a diferencia de lo que se requiere para medir la calidad en un producto, en los servicios las expectativas cuentan mucho porque la percepción del cliente o usuario puede ser distinta y a veces diametralmente opuesta a lo que considera el prestador de servicios. Esto es aplicable a la evaluación de la calidad en toda la industria del servicio; la hotelera, restaurantera, turística u otra.

En las encuestas que se han aplicado a los pacientes, la respuesta en cuanto al nivel de satisfacción, no necesariamente está en función de los protocolos técnicos que se hayan seguido al pie de la letra; dependen más del trato y la comunicación que estableció el médico con el paciente.

Estamos hablando de dos universos de percepción de la calidad, la que considera el médico y su equipo de salud así como los directivos, que se otorga de acuerdo con los parámetros y estándares nacionales e internacionales establecidos; y otra es la calidad que percibe y califica el paciente de acuerdo con sus experiencias y expectativas, las cuales están en función de su marco de referencia, de su nivel cultural, social y académico, de juicios o prejuicios, de mitos y rumores, etcétera.

A consecuencia de lo anterior, Fajardo señala que la calidad debe entenderse como: “Otorgar al paciente atención médica con oportunidad, competencia profesionalidad, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas”.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Fajardo Dolci, Germán, “Calidad de la atención, Ética Médica y Medicina Defensiva”, *Revista CONAMED*; 2008; 13:3-4.

<sup>16</sup> <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114c.pdf>.

### 3. DIMENSIÓN POLÍTICA

La calidad de la atención requiere de leyes, reglamentos, lineamientos y toda aquella normatividad que induzca y en su caso, obligue a un cumplimiento lo más fidedigno posible, de aquello que se ha establecido como las mejores prácticas. Si para un procedimiento de diagnóstico o tratamiento se ha logrado llegar a un consenso, entonces debe implementarse en la institución y darle seguimiento a través de monitoreo y evaluación.

Desde luego, para los casos de excepción habrá un protocolo correspondiente. No es suficiente con el hecho de contar con la buena voluntad, disposición o interés de quienes participan en la atención médica, porque ello puede estar sujeto a variaciones de temporalidad, de liderazgos o de compromisos efímeros. Se requiere establecer un marco normativo estable.

La obligatoriedad del cumplimiento es un paso que favorece los procesos establecidos de las mejores prácticas. Es difícil obligar al servidor público a que presente una atención cálida, amable y cordial con el paciente y su familiar, pero sí es posible evaluar si lo hace. Desde luego que hay un enorme componente subjetivo en el proceso, pero debe avanzarse en esta línea de trabajo.

Entre los instrumentos básicos para comprometer a las instituciones a trabajar con calidad e implementar las medidas correspondientes, destacan el Plan Nacional de Desarrollo (PND) en lo general y el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) en lo particular, donde se suscriben los compromisos y las metas a alcanzar en los años del gobierno en turno. Para el caso de este último, se deben incluir con detalle cada uno de los proyectos a desarrollar en el tema de la salud. Entre éstos se encuentran los relacionados con la atención médica y es en ellos donde se deben especificar los indicadores y las metas a cumplir. Por ejemplo: Las metas de reducción de la mortalidad materna e infantil, así como el incremento de la población con aseguramiento público en salud que usa servicios públicos de atención médica, no se pueden alcanzar si no se implementan acciones en materia de calidad y seguridad del paciente.

En cuanto a los indicadores, la mayoría de los éstos son de ámbito internacional. Se calculan exactamente con los mismos parámetros en todo el mundo para hacer las cifras comparables y medir los avances con los mismos instrumentos, esto permite establecer metas comunes en beneficio de las poblaciones de regiones o incluso continentes, es por ello que resulta primordial darles seguimiento.

Es preciso identificar que cada vez son más las dependencias involucradas en los procesos que se llevan a cabo en las instituciones públicas y de servicio; y ello debe estar totalmente alineado con políticas públicas en esta materia. La homologación de la calidad de la atención y el cuidado a la salud, demanda un esfuerzo integral de muchos actores y de varias dependencias, tales como la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), la de Comunicaciones y Transportes (SCT), la de Educación Pública (SEP), por mencionar las más importantes.

En este enfoque multidisciplinario e interinstitucional destaca el papel que desempeña la SEP, en específico refiriéndonos a la educación de los niños en el cuidado de la salud. Se requiere continuar promoviendo en la educación básica la importancia de vacunarse, de lavarse las manos antes de consumir los alimentos, de hervir el agua antes de tomarla, de las características de la alimentación saludable, entre otras actividades. No puede existir calidad de la atención cuando el usuario desconoce la importancia de hacer uso de los servicios de medicina preventiva y de las medidas básicas de higiene y cuidado de la salud.

Se requiere seguir avanzando con pasos firmes en la generación de políticas públicas en materia de desarrollo social que transformen las propuestas de salud. Hoy se dispone de atención médica en la comunidad más aislada de la sierra; sin embargo, el reto de la calidad de los servicios en cada rincón del país, aún está presente.

Es imposible hablar de calidad en la atención médica, cuando se vive sin agua potable o luz eléctrica. No puede haber calidad en el cuidado a la salud ahí donde no se realice un manejo adecuado de los residuos orgánicos e inorgánicos, de excretas o de residuos peligrosos biológico-infecciosos, por citar sólo algunos de los elementos básicos de infraestructura. El estudio de los determinantes de la salud es fundamental para avanzar en el impulso de la calidad de los servicios. Se requiere identificar con precisión dónde se debe incidir para modificar la historia natural de las enfermedades endémicas de cada comunidad.

También se requiere abordar el tema de calidad en los servicios de salud de manera multidisciplinaria y con el enfoque de complejidad no lineal. Es preciso estudiar y conocer con mayor detalle las condiciones de vida de las diversas comunidades en cada una de las regiones del territorio nacional, con particular énfasis en las más marginadas y de difícil acceso. Ello permitirá ser más pertinente y asertivo en la generación de políticas públicas y sus consecuentes programas de trabajo. Ante tal heterogeneidad, es muy difícil la

homologación plena o absoluta. A mayor similitud en el grado de desarrollo por municipios, entidades y regiones, habrá mayor semejanza también en los indicadores de calidad que se hayan establecido.

Hoy día se puede afirmar que se tiene razonablemente claro cómo está cada región del país. Con el trabajo emprendido por las distintas instituciones que recaban y brindan información, se puede integrar un diagnóstico actualizado de las diferentes características sociodemográficas y económicas de cada municipio. Diagnósticos de salud hay suficientes, lo que faltan son políticas públicas que le den respuesta social a sus resultados.

Unificar los servicios de salud para compartir infraestructura y hacer más eficiente el servicio, particularmente en las comunidades donde se cuenta con pocas unidades de atención médica, permitirá ofrecerle a la población, de manera inmediata, servicios de atención y cuidado de la salud.

Al analizar las acciones gubernamentales encaminadas a brindar atención médica a la población, observamos programas paralelos que directa o indirectamente intervienen en la mejora de la calidad, tales como combate a la corrupción, transparencia, rendición de cuentas y participación ciudadana, entre otros.

No menos importante es la vinculación con instituciones y organismos del ámbito internacional donde se establezcan compromisos, acuerdos de cooperación, convenios, etc., que beneficien a todas las partes. En ocasiones serán intercambios de información, pero en otras serán apoyos de diversa índole y envergadura, que pueden incluir recursos materiales, físicos, financieros o tecnológicos creados ex profeso para acciones específicas. Uno de los mayores beneficios de estos intercambios es la capacitación y actualización de los recursos humanos, desde los médicos generales y especialistas, hasta las enfermeras y los técnicos de laboratorio y gabinete. La interacción internacional es una fortaleza que debe impulsarse de manera intensiva en las siguientes décadas para un mejor desempeño en las unidades de atención a la salud.

Los acuerdos y convenios con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos internacionales, son muy comunes para desarrollar proyectos de interés mutuo y de gran beneficio para la población, sin restarle importancia a la participación de organismos como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otros de perfil financiero. Fomentar la vinculación con estas y otras instituciones con-

tribuye a mejorar el trabajo en las propias, buscando el beneficio de los usuarios de los servicios.

#### 4. DIMENSIÓN ESTRUCTURAL

La calidad está fincada en la infraestructura humana, física, material, financiera y tecnológica. Hay quienes establecen jerarquía u orden de importancia a los recursos. Consideramos que hacerlo es un ejercicio estéril pues con la ausencia de cualquiera de los cinco recursos, la organización trabaja de manera incompleta y con fallas previsibles. Aquí ya no estamos hablando de calidad sino de administración y operación con riesgos.

En la medida en que resulten insuficientes cualquiera de los recursos, la calidad irá en picada y los riesgos en aumento. Si bien disponer de los recursos necesarios e indispensables en tiempo y forma, para muchos pensadores parecería una quimera, para fines de calidad es una obligación.

Cuando se negocian los recursos de los que se puede prescindir, se negocia en qué área operativa se puede disminuir la calidad e incrementar los riesgos. A mayor cumplimiento de los estándares de calidad, mayor la certeza de que se trabajará con calidad, y viceversa.

Todos los componentes estructurales son importantes y cada uno en su justa dimensión. Así como no podemos prescindir de un estetoscopio en un consultorio médico, tampoco podemos operar sin el fondo revolvente en caja o sin la luz en el inmueble.

A continuación se hace una descripción concreta de cada uno de los recursos que integran esta dimensión, no sin antes señalar que el recurso del tiempo intencionalmente no ha sido considerado en este trabajo.

**El recurso humano**, denominado también capital humano, está conformado tanto por los integrantes del equipo de salud como son los médicos, enfermeras y técnicos que participan en el acto médico, como por los participantes del equipo de apoyo, donde se incluye a los directivos y administrativos. Sin el soporte de apoyo en las unidades de salud de la recepcionista, el camillero, las trabajadoras sociales y el cuerpo directivo, la operación de la unidad no sería factible.

La dimensión estructural en esta materia propone contar con todos los recursos necesarios, por unidad y turno, para cubrir de manera óptima el servicio. El improvisar por la ausencia de personal con la intervención de colaboradores a

quienes se les puede pedir que suplan la ausencia del personal médico especializado, resuelve parcialmente un problema coyuntural, pero debemos asumir que se incurre en un riesgo. Tal es el caso cuando se le solicita a un pediatra que cubra el servicio de nefrología o a un anestesiólogo el servicio de medicina interna.

La capacitación y actualización permanente es un componente fundamental para trabajar con calidad; de nada sirve contar con los especialistas más destacados en el área médica si no conocen y, por ello, no saben operar el nuevo equipo de diagnóstico o tratamiento que recientemente adquirió la unidad. La capacitación y actualización periódica debe ser una política irrenunciable para todo el personal, incluidos técnicos, administrativos y directivos.

Destacamos en la dimensión técnica la importancia de proceder con las mejores prácticas, establecidas por las líneas vanguardistas de cada especialidad. La única forma de mantenerse vigente en los procesos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, es mediante la capacitación y actualización continuas. Es ineludible que debe medirse y evaluarse el efecto que tienen los planes y programas de estudio en la formación, capacitación y actualización del equipo de salud. Una estrategia implantada desde hace varias décadas es la aplicación de procesos de certificación por parte de los Colegios médicos, las Asociaciones, los Consejos y las Academias de las diferentes ramas de la Medicina. La certificación forma parte de un proceso de evaluación que debe estar orientado a la identificación de áreas de oportunidad y mejora, y no tanto a la búsqueda de las deficiencias o carencias con fines persecutorios.

Para homologar la calidad de la atención se debe seguir avanzando en la consolidación de los procesos de certificación periódica, seria, profesional, del personal de la salud. Médicos, enfermeras y técnicos deben mantenerse actualizados y capacitados en su quehacer cotidiano, y la mejor forma de avalarlo es la certificación por parte de organismos con prestigio, tanto nacionales como extranjeros.

Si bien destaca el papel desempeñado por el personal médico, de enfermería y técnico en las unidades de servicios de salud, también cobra particular énfasis el rol que ocupa el personal directivo, sobre todo el director de la unidad, cuando es una clínica u hospital con servicios especializados o capacidad de resolución considerable.

De lo que estamos hablando es de *gerencia*, la cualidad que debe caracteri-

zar al directivo de las organizaciones de salud. La calidad se implementa y se mantiene en organizaciones lideradas por gerentes con visión clara de rumbo, con alto desempeño y cuyo perfil esté orientado a resultados, al alcance de metas y al trabajo en equipo, entre otros. En la corriente de la Nueva Administración Pública (NAP) así como en el neo institucionalismo, se destaca de manera relevante la función que debe ejecutarse en esta materia.

La actualización y capacitación permanente del equipo de salud debe ser una política consolidada de calidad para los servicios de salud. La formación y renovación asertiva de los recursos humanos en salud, constituye una estrategia que debe seguirse fortaleciendo en todo nuestro sistema de salud. Sólo con personal formado adecuadamente y preparado para desempeñar con vocación, conocimiento y espíritu de servicio, se podrá ofrecer una verdadera y pronta atención médica de calidad y calidez.

**Los recursos físicos**, la infraestructura. Se refiere a las instalaciones físicas, al inmueble donde se otorgan los servicios de salud, desde un consultorio o centro de salud, hasta un hospital de alta especialidad. La unidad debe contar con instalaciones cómodas, seguras, funcionales, limpias y adecuadas al tipo de servicio que se ofrece.

No es raro ver hospitales construidos hace pocas décadas que no cuentan con espacios de espera o baños para los familiares, o lugares para descansar o dormir. Muchos de los enfermos que acuden a los hospitales públicos, ya sea del Distrito Federal o de las capitales estatales, proceden de distintos estados de la República y no cuentan con recursos para pagar un lugar donde pernoctar, quedándose en la sala de espera, en los pasillos o en ocasiones, hasta en los jardines o parques colindantes.

Muchas de las unidades médicas no cuentan con rampas para sillas de ruedas o parecen laberintos que obligan a poner decenas de letreros para orientar a los usuarios. La planeación de las unidades es cada vez más multidisciplinaria, por lo que no sólo interviene la visión y experiencia del equipo médico. También participan arquitectos, ingenieros, paisajistas, y diseñadores para proveer un concepto de modernidad, funcionalidad y belleza a la infraestructura. Por ejemplo, resulta inaceptable pensar la planeación de un hospital con la ubicación de los servicios en los extremos, obligando a los camilleros a un traslado a través de pasillos largos y fríos a pacientes que muchas veces están cubiertos solo con una ligera sábana.

Es primordial considerar en las instalaciones lo que se conoce como “amenidades”, que para muchos podrían parecer secundarias o incluso irrelevantes. Sin embargo, para hablar de calidad se debe contar con servicios de apoyo complementarios (y suplementarios) como: televisión en salas de espera y de ser posible en los cuartos de hospitalización; un sillón sofá o un sofá cama para los familiares; pequeños espacios de distracción y descanso.

No está por demás subrayar la importancia de contar con instalaciones limpias, ventiladas, agradables a los sentidos; con colores relajantes y aromas agradables, poco ruidosas y de ser posible, con música ambiental de fondo, con baños equipados y en buen estado, con habitaciones dignas y decorosas, servicios de alimentación higiénicos y seguros, hospitalización con rampas o elevadores acordes al tamaño de la institución<sup>17</sup>, entre otros.

**Recursos tecnológicos.** Un componente ineludible de la calidad en la atención a la salud es la tecnología de soporte. Si analizamos un consultorio médico, la tecnología es básica; pero requiere cuando menos de: estetoscopio, baumanómetro, otoscopio, oftalmoscopio y faringoscopio, así como una báscula, un negatoscopio y un botiquín de primeros auxilios con todo lo necesario<sup>18</sup>. En caso de que el consultorio sea de alguna especialidad, entonces deberá contar además con equipo específico. Para el equipamiento, la Secretaría de Salud federal (SS) ha publicado ya suficientes Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y guías de equipamiento que le permiten a cualquier médico identificar lo que debe tener<sup>19</sup>.

Si la unidad es una clínica, centro de salud, hospital o centro médico, debe disponer de la tecnología adecuada para el diagnóstico y en su caso, tratamiento establecido. Por ello, la definición de Crosby es la más aplicable a los servicios de salud: la calidad se evalúa conforme a lo establecido, a lo comprometido. No se espera que un consultorio de primer nivel de atención o un centro de salud comunitario tenga un tomógrafo porque en esas unidades se hacen procedimientos diagnósticos de otra índole (más sencillos). En cambio, no es aceptable que tal tecnología esté ausente en un hospital de alta especialidad.

<sup>17</sup> SS, Innovaciones en Gestión Hospitalaria, el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad, México, SS, 2006, pp. 106-9.

<sup>18</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, publicada en DOF, 17 de abril de 2000, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47 fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

<sup>19</sup> Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), Serie: Tecnologías en Salud, Vol. 2, Modelos y Guías de Equipamiento Médico, México, CENETEC, 2007.



Sin duda, el avance de las telecomunicaciones y la informática en general permitirá rápidamente recuperar tiempos y resarcir rezagos. La telemedicina será la herramienta del siglo XXI para acortar brechas en materia de atención y cuidado de la salud. Se podrán consultar a expertos que estén en diferentes unidades hospitalarias en todo el país, evitando en muchos casos el desplazamiento del paciente y los costos que ello implica.

Se darán pasos agigantados en la homologación de la calidad cuando por vía telefónica se envíe de manera automática a todos los pacientes que dispongan de un teléfono celular, el recordatorio de la toma de sus medicamentos, de la realización de exámenes o de las citas de control con su médico.

Una estrategia del Gobierno federal que pronto será una herramienta de valor incalculable en los servicios de salud, es el impulso a la interoperabilidad de los sistemas de información. Con esta estrategia se podrán compartir archivos de texto o de imagen entre diferentes unidades de servicios de atención a la salud para ser más eficientes en los procesos de diagnóstico y tratamiento de los usuarios<sup>20</sup>.

Los sistemas de información robustos son herramientas que deben incorporarse lo antes posible en la gerencia de los servicios de salud. Con estos sistemas podremos identificar con oportunidad cuando disminuya el abasto de cada medicamento, o insumos para la operación de la unidad.

Identificaremos los costos de la atención con mucho mayor precisión; los expedientes de cada uno de los pacientes podrán movilizarse en la red informática y ser vistos o utilizados desde cualquier parte del mundo, entre otras ventajas<sup>21</sup>.

Los sistemas de seguridad informática están avanzando a ritmo vertiginoso, por lo que también será posible compartir por la web la información de todos los pacientes que así se requiera, con la garantía de que no se hará mal uso de la información confidencial.

Tan importante es la adquisición de la tecnología como el mantenimiento de la misma. La calidad requiere y exige el estado óptimo de operación de los recursos tecnológicos y el surtimiento adecuado y oportuno de los insumos necesarios para que operen.

Una pregunta básica hoy día es saber si las unidades hospitalarias por medio de sus órganos rectores, dispondrán de equipos adquiridos o en arrenda-

---

<sup>20</sup> <http://www.ignaciopara.com/la-interoperabilidad-de-los-sistemas-de-salud/>

<sup>21</sup> *Innovaciones en Gestión Hospitalaria*, op. cit., pp. 129-55.

miento, ya que este último es un modelo que permite actualizar con frecuencia los equipos tecnológicos que evolucionan con sorprendente rapidez.

**Recursos Materiales.** Son entendidos como aquellos que se utilizan para la operación cotidiana de la unidad en todos sus aspectos. Se requieren desde gasas, alcohol, algodón y abate lenguas para un consultorio, hasta reactivos, placas y otros consumibles para los equipos de diagnóstico y tratamiento. Otros insumos para la operación además de los sustantivos, son los de apoyo a actividades administrativas y de soporte, tales como material de limpieza, tóner, papelería básica, agua, luz, teléfono, etc. No puede haber calidad de atención en un lugar donde se vaya la luz constantemente o donde falte el agua. O se puede trabajar con una pared despintada, pero no en un quirófano sucio o que no haya sido sanitizado con los químicos indicados tras una cirugía.

Es fundamental que los recursos materiales estén en tiempo y forma y no demoren días, semanas o meses en ser restituidos, pues los procesos se ven afectados de manera considerable. Cada vez más debemos sentirnos ofendidos y avergonzados frente a la población civil cuando hay que decirles que deben acudir a la unidad más cercana a realizarse los estudios de laboratorio o gabinete porque en la propia no hay reactivos, el aparato está descompuesto o el técnico no se presentó a trabajar.

Sin duda, todos son aspectos importantes, pero los medicamentos tienen particular relevancia por ser el vehículo mayormente requerido para la curación de buena parte de las enfermedades de los pacientes que acuden a las unidades de salud. La gerencia de los medicamentos debe tener un giro para tener una administración propia más eficiente o subrogar el servicio a un tercero, ya que no es raro identificar la ineficiencia para su disposición y entrega. (En la literatura de gerencia hospitalaria se sugiere, como ejemplo, separar la administración de la farmacia interna de las unidades, de la farmacia de consulta externa.)

**Recursos Financieros.** Al igual que los recursos materiales, los recursos financieros son indispensables para la calidad en la operación de cualquier organización. Damos por hecho que no es necesario extenderse en la explicación de que una institución sin pago de los gastos básicos no puede funcionar. En las instituciones públicas, los sueldos y salarios son parte de estos costos fijos, así también el agua, la luz, el teléfono o la conexión a internet. Debe tenerse presente también la importancia de contar con un fondo revolvente para atender imprevistos, de acuerdo a la normatividad vigente.

La transparencia y rendición de cuentas, sumada a los sistemas de control y seguimiento de ingresos propios y ejercicio de presupuesto, son políticas ineludibles e incuestionables. La automatización de los procesos, en particular para el seguimiento minucioso del ejercicio del gasto, resulta básico hoy día. Debe haber total vinculación con las instancias fiscalizadoras, externas e internas, para evitar desvío de recursos.

La suficiencia presupuestal es básica para poder cumplir con el programa de trabajo. La adecuada e inteligente elaboración de la propuesta es fundamental para la correspondiente asignación de recursos. No es raro escuchar que se pidió un monto determinado y sobre ese se autorizó la mitad o dos terceras partes. Está claro que si el presupuesto está bien hecho y bien fundamentado, pero no es autorizado, entonces no podremos hablar de calidad en todos los procesos y seguramente habrá deficiencias en algunos rubros.

## 5. DIMENSIÓN DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL

No hay peor enemigo de la calidad que la soberbia. El no querer ver los errores, el no aceptar las fallas, el negar las equivocaciones. La soberbia es la mejor forma de mantener y perpetuar los errores. Cuando el responsable de un proceso no admite que la falla es del equipo humano (ya sea del médico, enfermera, técnico, trabajadora social o personal administrativo), del sistema de información, de las instrucciones dadas, de los sistemas de control administrativo, de la falta de supervisión, etc.; el error puede repetirse una y otra vez, ocasionando frecuentemente consecuencias cada vez más graves y de mayor repercusión en el desempeño institucional.

Es fundamental para que haya calidad, que las organizaciones identifiquen adecuadamente y con oportunidad las incidencias y reincidencias de lo que está aconteciendo. Tan importante y necesario es identificar los errores, los desaciertos, las equivocaciones, las fallas, las omisiones de cualquier índole, como los aciertos y las experiencias de éxito, las innovaciones que favorecieron la operación institucional generando éxitos específicos o generalizados, temporales o permanentes. El concepto es que las organizaciones, entendidas no solo como los directivos que conducen la gerencia y toman decisiones en un constante devenir, sino todos los actores que forman parte de la institución, deben aprender de los aciertos y errores que acontecen en el día a día, para

tomar medidas de prevención y corrección en un caso, o de implementación y multiplicación en el otro.

Las organizaciones que aprenden sobresalen de las demás pues reducen riesgos y errores y multiplican éxitos, de manera que la sociedad a la que pertenecen divulga estos hechos y los promueve.

En el sector público, si las organizaciones no aprenden de sus aciertos y errores (y ello significa repetir las equivocaciones una y otra vez) no afecta la permanencia de la institución pues no se puede desaparecer. Los directivos justifican una y otra vez el porqué se hacen mal las cosas (o por qué no se hacen); y con la respectiva documentación que ampara el procedimiento administrativo, quedan exculpados de toda responsabilidad. El afectado es el usuario denominado “derechohabiente” en las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSEMYM...).

Solo con la cultura de la mejora continua se pueden modificar inercias y rezagos, comportamientos históricos que forman parte de usos y costumbres institucionales, difíciles de cambiar. Se requiere además de la voluntad, una enorme energía para romper rumbos y rutinas obsoletas o caducas y estar alerta para identificar áreas de oportunidad y mejora. De otra forma, pasarán frente a los directivos o tomadores de decisiones las mejores opciones para optimizar procesos y lograr mejores resultados.

Así como la certificación es una estrategia óptima para evaluar la actualización, capacitación y competencias diversas de los recursos humanos, también hay diferentes tipos de capacitación indispensables para evaluar que se estén llevando a cabo las mejores prácticas en el quehacer institucional. Las certificaciones ISO son un ejemplo<sup>22</sup>, entre otros, de lo que pueden y deben hacer las instituciones para estandarizar sus procesos y garantizar al usuario la similitud (y de ser posible, la exactitud) de un proceso.

En la normalización es importante sin embargo tomar en cuenta que, a diferencia de una industria donde se fabrican piezas para motores y se requiere la repetición exacta para mantener los costos de fabricación y la calidad del producto estándar, en los servicios de salud hay de manera natural una va-

---

<sup>22</sup> ISO es un conjunto de normas sobre calidad y gestión continua de calidad, establecidas por la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés). Se pueden aplicar en cualquier tipo de organización o actividad orientada a la producción de bienes o servicios. Las normas recogen tanto el contenido mínimo como las guías y herramientas específicas de implantación, además de los métodos de auditoría. Cf. [http://es.wikipedia.org/wiki/Normas\\_ISO\\_9000](http://es.wikipedia.org/wiki/Normas_ISO_9000).

riabilidad de diferente dimensión por las características individuales de cada paciente; es decir, hablamos de procesos complejos, lo que obliga a considerar situaciones propias de cada caso.

Otro tipo de certificaciones más específicas para las unidades de salud entran justamente en esta dimensión, como la certificación de la *Joint Commission* (JCAHO) o la del Consejo de Salubridad General, ejemplos de prestigio internacional y nacional, respectivamente.

## 6. DIMENSIÓN DE EFICIENCIA: COSTO/BENEFICIO

Ofrecer atención a la salud de la mejor calidad, no debe interpretarse como destinar los mayores y más costosos recursos al paciente. Donabedian señala cinco combinaciones posibles donde se asocia el beneficio obtenido con la calidad. La primera combinación es atención excesiva (y por lo tanto, más costosa) y no necesariamente de mayor calidad (por ejemplo, pedir estudios de tomografía para una contractura muscular o el tratamiento con antibióticos de última generación para atender una gripe); y sin embargo, no produce daño. El segundo escenario es cuando la atención es excesiva y además produce daño (totalmente aberrante, que se da por ejemplo cuando se interna a un paciente ambulatorio y contrae una infección intrahospitalaria). El tercer escenario es cuando los recursos son insuficientes, por lo que la atención a la salud es parcial; por ejemplo, estudios de laboratorio o gabinete incompletos, ya sea porque no hubo recursos para pagarlos o porque los equipos estaban descompuestos o no se disponía de los reactivos. La cuarta posibilidad es cuando la atención es ineficiente y el costo de atención no corresponde a los beneficios esperados, lo que significa desperdicio. Esto se da cuando se le aplica un antibiótico de última generación a un paciente, y no se identificó que las bacterias de ese paciente ya habían generado resistencia inmunológica. Por lo tanto, la quinta opción es la de mayor calidad, cuando lo que se le indica al paciente, ya sea para los estudios de diagnóstico como para el tratamiento, es lo óptimo de acuerdo a lo indicado por las mejores prácticas, señalado en la primera dimensión. Existe calidad cuando a los beneficios se les resta la suma de los riesgos más los costos.

La calidad no necesariamente aumenta cuando se invierten más recursos.

Hay un límite donde no es posible aumentar la calidad y se corre el riesgo de demeritar el trabajo y mermarla. Si a un paciente se le invierte dinero para

realizar un exceso de estudios de laboratorio o de gabinete, es muy probable que no se modifiquen las cifras en plazos cortos, y se corre el riesgo de radiar innecesariamente o de lastimar al paciente al obtener muestras excesivas de sangre u otros fluidos. La eficiencia en el máximo de calidad significa alcanzar los logros a un costo razonable, sin omitir pero sin excederse. La calidad debe ser medida en función de los resultados obtenidos sobre los esperados.



# LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA ESTRATEGIA DE GRAN ESCALA

*Enrique Ruelas Barajas\**

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), lanzada formalmente el 22 de enero de 2001, fue la primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo que permitió, por una parte, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención médica que se desarrollaban de manera aislada, tanto en el sector público como en el privado y, por la otra, estimular a aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención para sus pacientes. De esta manera, la Cruzada se convirtió en una plataforma para la convergencia y el avance que, impulsada desde el Gobierno Federal, adquirió el rango de política pública, a diferencia de lo que habían sido los programas institucionales, independientes unos de otros.

Esta estrategia de gran escala fue producto de un proceso de maduración de tendencias generadas desde varias instituciones durante muchos años y formó parte del inicio, junto con otras políticas públicas, de una nueva era del Sistema Nacional de Salud (SNS), caracterizada por los intentos para lograr una cobertura universal efectiva que se ha acentuado en los últimos años.

Ello da en el presente una dimensión adicional a la trascendencia de la Cruzada si consideramos que no es posible conceptuar ni lograr la efectividad si no es con calidad, entendida como valor esencial, como estrategia y como resultado de cualquier sistema de salud.

---

\* Senior Fellow, Institute for Healthcare Improvement (IHI); Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.



La tendencia hacia una cobertura universal efectiva es cada vez más clara en todo el mundo y, por consiguiente, la calidad empieza a ser reconocida explícitamente como un ingrediente fundamental, por lo que la proyección de la Cruzada ha empezado a ser reconocida internacionalmente.

El proyecto denominado *Joint Learning Network*, iniciado en 2011 y auspiciado por la Fundación Rockefeller para fortalecer los sistemas de salud de 10 países de ingresos medios y bajos en África y Asia, y apoyado técnicamente por el *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) de los Estados Unidos de América, ha considerado a la experiencia mexicana de la Cruzada como punto de partida para definir los componentes de lo que debiesen ser estrategias de alcance nacional, es decir, de gran escala, para fortalecer los sistemas de salud, mejorar la calidad y lograr la búsqueda efectividad.

Este capítulo debe ser interpretado como un testimonio personal que narra la experiencia de construcción y ejecución de esa estrategia a lo largo de varios años. En consecuencia, no se trata de un texto académico para analizar en detalle una política pública pues ello se hace más adelante en otros apartados, con mayor espacio y profundidad. Tampoco se trata de repetir, ni siquiera de sintetizar lo que quedó plasmado en detalle en el documento oficial en cuestión<sup>1</sup> pues la tarea sería incompleta de cualquier manera.

Ello me obligará ocasionalmente a hablar en primera persona como lo hago ahora, algo no siempre elegante en un documento académico, aunque lo haré con la prudencia necesaria para evitar el posible protagonismo individual, que no es objeto de esta narración, pues han sido muchos los intérpretes de esta historia aunque no mencionaré nombres deliberadamente para evitar omisiones. No obstante, en algunos casos será imprescindible reconocer cargos para establecer los puntos de referencia de manera que la descripción pueda ser contextualizada. En alguna versión más amplia de este episodio, será justo dar a conocer a quienes con su compromiso y talento hicieron posible que lo que fue una propuesta llegase a ser una realidad aunque, a fin de cuentas, jamás se hará plena justicia pues fueron miles los profesionales quienes desde las trincheras del Sistema de Salud contribuyeron y contribuyen cada día a que los servicios sean cada vez mejores.

El capítulo se estructura en tres secciones: La primera trata de las plataformas sobre las cuales se construyó esta estrategia y da cuenta de múltiples

---

<sup>1</sup> Secretaría de Salud, “Programa de Acción. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, México, 2001.

esfuerzos durante muchos años antes. La segunda describe el diseño, la construcción y la ejecución de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como estrategia convertida en política pública desde y hacia la convergencia de iniciativas y acciones para continuar mejorando los servicios. Al ser esta narración un testimonio individual, no se dará un balance de resultados, no obstante, se hará referencia somera a las acciones ejecutadas. Finalmente, el capítulo concluye con algunas reflexiones para seguir construyendo una historia de lo que podría ser.

## PLATAFORMAS HACIA LA CONVERGENCIA Y LA MEJORA

Denomino aquí como plataformas al conjunto de acciones que a lo largo de los años permitieron construir paso a paso lo que llegó a ser una estrategia de gran escala que solo pudo ser de esta magnitud en la medida en la que fue convertida en política pública sobre la base de una clara y constante fundamentación. Se propone agrupar esas acciones en diferentes categorías que constituyan cada plataforma, con objeto de dar coherencia al análisis de conjuntos de temas que sustentan y contribuyen a explicar la Cruzada como estrategia y como política pública. Ojalá este caso pueda dar testimonio de lo que es posible hacer como resultado de la convergencia de talentos y voluntades dirigidos a través del tiempo hacia objetivos comunes superiores a los intereses parciales, individuales e institucionales que, lamentablemente, prevalecen en la actualidad del país más allá del Sistema Nacional de Salud.

Se proponen siete plataformas: empírica, conceptual, educativa, cultural, institucional, internacional y político-financiera.

### PLATAFORMA EMPÍRICA

Está constituida por el conjunto de experiencias concretas y más visibles que marcaron el rumbo de las acciones para mejorar la calidad en los servicios de salud.

La experiencia más remota claramente identificable en México fue el esfuerzo concreto para auditar expedientes médicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a finales de la década de los años cincuenta del siglo XX.

Esta acción corresponde a lo que ha sido considerado como una estrategia de “aseguramiento” de la calidad, es decir, la necesidad de verificar el cumplimiento de requisitos que garanticen que se hizo lo que debió haberse hecho a los pacientes para manejar adecuadamente su episodio de enfermedad, en este caso, a través de los expedientes de cada uno de ellos.

Más adelante, al inicio de la década de los setenta, bajo los auspicios de la Academia Nacional de Medicina se estableció la certificación de especialistas, que treinta años después se extendería hacia los médicos generales y que creó un punto de referencia para otros profesionales en este país.

Al principio de la década de los noventa, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina fundó el sistema de acreditación de estos establecimientos y se convirtió así en una de las primeras experiencias, si no la primera, de acreditación entre pares de la educación universitaria en México.

En 1999, el Consejo de Salubridad General retomó una iniciativa fallida del principio de esa década, empezó todo de nuevo y dio origen a la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, con lo cual comenzó la certificación de hospitales y más adelante, de otro tipo de servicios de salud.

En 2003, como parte de la reforma a la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud, se introdujo la obligatoriedad para que las unidades de atención que otorgaran servicios cubiertos por el Seguro Popular debiesen ser acreditadas. En ese momento, la acreditación a cargo de la Subsecretaría federal denominada entonces de Innovación y Calidad, fue concebida como un primer escalón de requisitos a ser cumplidos y demostrados para facilitar que el siguiente paso fuese lograr la certificación del Consejo de Salubridad General.

Hasta aquí se han enumerado las experiencias de aseguramiento que pueden ser identificadas como parte de esta plataforma empírica. Es interesante señalar que, durante muchos años y no solamente en México, existió la creencia de que por el mismo hecho de cumplir estándares o normas, se mejora lo que se hace. En otras palabras, evaluar fue sinónimo de mejorar por el mero hecho de evaluar. Podría decirse que aún ahora prevalece esta creencia entre algunos.

Este paradigma se rompió en los servicios de salud de nuestro país como resultado de la implantación de “círculos de calidad” en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en 1985. Se trató de la primera experiencia de “mejora continua”. Ésta fue la primera en demostrar en México los resultados de

mejora como producto de una intervención diseñada para tal propósito. Además, fue también la primera documentada en el mundo en la que participaron médicos y enfermeras, pues las pocas experiencias existentes, particularmente en los Estados Unidos de América, se habían realizado en servicios de apoyo hospitalario, no clínicos.

Es interesante mencionar que, a falta de alguna mejor denominación, a esa estrategia la llamé “garantía de la calidad”, concepto que tuve oportunidad de discutir un año después de iniciada, en 1986, personalmente con el Dr. Avedis Donabedian, pilar del estudio sobre la calidad de la atención médica en el mundo, y miembro en esos años del Consejo Consultivo del Centro de Investigaciones en Salud Pública de la Secretaría de Salud, cuyo director había sido su alumno dilecto, y del cual yo era Subdirector. Donabedian usaba en esa época conceptos como Monitorización (*monitoring*) y Valoración o Estimación (*assessment*) para describir lo que debería hacerse en favor de la calidad de la atención médica. El argumento bajo análisis en nuestra conversación era que empezaba a hacerse cada vez más evidente que ni la monitorización, ni la valoración, estimación o evaluación eran suficientes para mejorar. No pudimos llegar a conclusión alguna sobre el mejor término para describir lo que se desarrollaba entonces en el INPer, sino hasta 1992 cuando el propio Donabedian reconocería como apropiados a los servicios de atención médica, términos como “mejora continua”, “calidad total” y herramientas metodológicas utilizadas hasta entonces en el ámbito industrial, durante su discurso inaugural del congreso anual de la *International Society for Quality in Healthcare* (ISQua) que se realizó en México. Actualmente, nombres como círculos de calidad y garantía de la calidad han dejado de ser usados para formar parte del término más universal ahora aceptado: mejora de la calidad.

En la Secretaría de Salud, el antecedente inmediato de la Cruzada fue el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad de la Atención impulsado desde la Subsecretaría de Coordinación Sectorial, antecesora directa de la Subsecretaría de Innovación y Calidad. Se trató de una estrategia fundamental pues la experiencia adquirida por este programa de alcance nacional en las unidades de la propia Secretaría, permitió identificar las variaciones en los niveles de calidad entre estados de la República, entre unidades de primer nivel y entre hospitales. También permitió esbozar un primer intento de mejora continua en gran escala. Es indispensable reconocer además, que en la década de los

ochenta se estableció en la propia Secretaría un marco de referencia para la evaluación de los servicios de salud desde una Dirección General creada para tal propósito que posteriormente desapareció. Este marco de referencia que originó una publicación, coincidía justamente con los tiempos en los que imperaba la evaluación como herramienta única para mejorar.

A las experiencias de evaluación, de aseguramiento y de mejora continua del sector público, se sumaron las del sector privado en varios hospitales, así como las de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), de Qualimed y de Dimensión Interpersonal. FUNSALUD realizó en 1994 la primera encuesta de satisfacción de la población mexicana con los servicios de salud, junto con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, que se repetiría en 2000. Además, en 1996 publicó un pequeño libro con la primera propuesta para el establecimiento de una estrategia nacional para mejorar la calidad de la atención como parte del estudio “Economía y Salud” que sustentó buena parte de las políticas de salud del sexenio 2000-2006. Qualimed, por su parte, fue la primera firma consultora especializada en la mejora de la calidad creada en 1995 y, a partir de 1996, realizó entre otros proyectos, las primeras evaluaciones comparativas de la calidad de la atención en hospitales con estándares internacionales que, en 1999, se convertirían en fundamento de los criterios de certificación del Consejo de Salubridad General, y diseñó e implementó, en apoyo a la Secretaría de Salud, el Programa de Mejoramiento Continuo ya mencionado. Dimensión Interpersonal, también una firma privada, realizaría las primeras encuestas externas de satisfacción de pacientes con la calidad de la atención hospitalaria, principalmente en hospitales líderes del sector privado.

Así, a las experiencias del IMSS de auditoría médica, y de mejora continua del INPer mediante círculos de calidad con personal clínico y a las demás que han sido mencionadas, sucedieron muchas otras similares en instituciones públicas y privadas en México que sería imposible enumerar por su incremento desde entonces.

De esta manera, las experiencias acumuladas durante la segunda mitad del siglo pasado, tanto de evaluación, como de aseguramiento y de mejora continua, constituyeron una sólida plataforma empírica para fundamentar el diseño e implantación de una estrategia en gran escala: la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, que daría comienzo al principio del siglo en curso.

## PLATAFORMA CONCEPTUAL

El hecho de haber iniciado en 1985 una estrategia aparentemente desconocida y sin referentes apropiados en los servicios de salud en cualquier otra parte del mundo, obligó a tratar de entender y explicar conceptualmente lo que se desarrollaba en el Instituto Nacional de Perinatología, en contraste con lo que se hacía hasta entonces. Ahora lo sabemos, se trataba de distinguir a la mejora continua, del aseguramiento, como estrategias complementarias. Mi transición laboral a unos meses de haber iniciado la experiencia de los círculos de calidad desarrollada en el INPer, hacia el Centro de Investigaciones en Salud Pública, precursor del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), transformó el proyecto. De ser uno de implementación de una propuesta estratégica, pasó hacia otro de investigación-acción como esfuerzo conjunto acordado por los directores de ambas instituciones.

Se propició así la necesidad de conceptualizar y explicar académicamente el fenómeno en cuestión. Entonces propuse la necesidad de entenderlo como un modelo que combina la monitorización y la evaluación de la calidad por una parte, y el diseño, desarrollo y cambio organizacionales por la otra. De esta manera se reconocía, en primer lugar, la importancia de la medición sistemática y de la evaluación, a la vez que se hacía explícita la necesidad de diseñar la organización para desempeñar sus funciones adecuadamente, la importancia del aprendizaje, la participación y el compromiso del personal para mejorar y, finalmente, el reconocimiento de que cualquier proceso para mejorar implica un cambio y que cualquier cambio en una organización debe y puede ser conducido consciente y deliberadamente.

Hoy todo esto parece una descripción de lo obvio. Años más tarde, se sustituiría en el modelo el concepto de desarrollo por el de cultura organizacional y lo ampliaría para hacer explícito el componente de ejecución. Sin embargo, tal como ha sido descrito, éste fue el cimiento conceptual original que permitió diseñar la Cruzada.

No obstante, en la medida en la que la estrategia se fue afinando durante el periodo de transición entre gobiernos (agosto-noviembre de 2000), el modelo se expandió hasta incorporar de manera explícita otras variables indispensables como la educación, la información, la estandarización, la participación ciudadana y la confluencia de diferentes tipos de estrategias además de

la mejora continua, como el aseguramiento o el *benchmarking*, teniendo todo ello como enfoque principal a los pacientes. Este fue, finalmente, el modelo conceptual que, de manera esquemática, fue publicado en el documento descriptivo de la Cruzada.

Es justo reconocer que en el proceso de conceptualización a lo largo de los años surgieron definiciones y análisis de autores mexicanos y extranjeros que enriquecieron, sin duda, la profundidad y amplitud de los conceptos y del modelo. Algunas de estas aportaciones se revisan más adelante.

#### PLATAFORMA EDUCATIVA

La plataforma conceptual surgida de las experiencias concretas enriquecidas por el desarrollo del tema en el mundo se convirtió, a su vez, en sustento de una serie de cursos y congresos que posteriormente derivaron en diplomados. Después del inicio de la Cruzada, durante los últimos 12 años, esta plataforma se ha seguido enriqueciendo con el establecimiento de una especialidad de carácter clínico (Calidad de la Atención Clínica) de una maestría, y con la incorporación de una materia optativa sobre calidad y seguridad de la atención médica a nivel de pregrado en la Facultad de Medicina de la UNAM. En efecto, desde los primeros cursos impartidos en la Escuela de Salud Pública de México en 1986, el número de programas de diversa índole se fueron multiplicando a través de instituciones educativas y de atención a la salud, públicas y privadas.

A los diferentes programas educativos hay que sumarle los congresos que, dedicados exclusivamente a este tema, fueron organizados exclusivamente durante casi diez años por la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECASA), como se denominó a ésta durante sus primeros años, hasta antes del inicio de la Cruzada. Cabe señalar que el primero de todos fue en 1992 cuando la ISQua realizó el congreso ya mencionado en nuestro país bajo los auspicios de la recientemente creada SOMECASA, del INSP y de la Asociación Mexicana de Hospitales. Ésta última también incorporó el tema de manera regular en sus cursos y congresos anuales a partir de entonces.

A ello siguieron un sinnúmero de publicaciones, desde los primeros artículos publicados por la revista *Salud Pública de México* en la segunda mitad de la década de los ochenta, que tuvieron una importante penetración también en otros países de América Latina, hasta libros de autores mexicanos ya en la

década de los noventa, que se sumaron a las traducciones de libros especializados extranjeros.

Todo ello contribuyó a manera de plataforma a sustentar la Cruzada, pues el tema era conocido y entendido ya por muchos. No se empezaría desde cero; tampoco podría decirse que se ha logrado consolidar esta plataforma que, por definición, deberá seguir evolucionando continuamente.

#### PLATAFORMA CULTURAL

Sin duda, las plataformas empírica y educativa dieron visibilidad al tema de la calidad, que así fue adquiriendo espacio y valor entre los profesionales de la salud que se habían acercado a programas de capacitación, a congresos, y entre quienes participaban en proyectos concretos para mejorar la calidad.

Si la cultura organizacional debe ser entendida como: un conjunto de aprendizajes de grupos humanos que enfrentan realidades comunes para las cuales esos aprendizajes resultan útiles y por consiguiente valiosos como para ser transmitidos de grupo en grupo a través de generaciones, no hay duda de que la plataforma cultural se fue configurando poco a poco en nuestro país a partir de hechos evidentemente reconocibles. Por ejemplo, el valor que le dio el IMSS a la evaluación de la calidad de la atención médica a través de las auditorías de expedientes en las décadas de los sesenta y setenta fue introduciendo el tema en esa institución.

El hecho de haber incorporado por primera vez en México a la calidad de la atención médica como una línea de investigación en el Centro de Investigaciones en Salud Pública en la segunda mitad de la década de los ochenta, debe haber empezado a ejercer alguna influencia que después se haría visible para el personal no solamente clínico sino también de salud pública.

Como ocurre con cualquier cultura organizacional, el peso que el liderazgo de una organización da a un tema o comportamiento, es una variable fundamental para impulsarlo como valor en esa cultura. En otras palabras, es la mejor manera de darle valor a un valor. El término “calidad y calidez” acuñado durante el sexenio 1988-1994 desde los más altos niveles de la Secretaría de Salud, contribuyó a fortalecer ese valor.

Un par de años antes del inicio de la Cruzada, el IMSS estableció un premio a la calidad con el respaldo técnico de la Fundación Mexicana para la



Calidad Total, que otorgaba entonces el Premio Nacional de Calidad. En ese periodo, y como responsable del premio en el IMSS se creó *ex profeso* un área dedicada al tema de la calidad. Este hecho merece ser destacado pues se trata del primer premio de este género en el país, de la primera estructura organizacional formal para este propósito, y surge en un momento histórico en el que, en los albores del Tratado de Libre Comercio de América del Norte, la calidad adquiriría mucho mayor valor que antes, no solo para el sistema de salud sino para la economía mexicana en su conjunto.

En el sector privado, el hecho de que la Clínica Cuauhtémoc y Famosa, de Monterrey, ganara en el arranque del siglo XXI el Premio Nacional de Calidad, otorgado por primera vez a una organización de atención médica, fue sin duda un incentivo muy poderoso para motivar a las instituciones privadas a emular lo que ya era posible lograr. El mensaje fue claro: Brindar servicios de alta calidad y competitivos es posible en los servicios de salud, se reconoce, es importante y, por consiguiente, tiene valor.

No obstante los desarrollos múltiples de esta plataforma, aunque aún incipientes, fueron útiles para lograr compromisos hacia una política pública del alcance de la Cruzada. El valor de la calidad en el SNS tuvo y tendrá que seguir siendo mucho más fortalecido.

#### PLATAFORMA INSTITUCIONAL

Después de la descripción de las plataformas anteriores, es obvio pensar que sin el sustento institucional, nada de lo enumerado hubiese rebasado el nivel de una entelequia efímera. Las instituciones, públicas y privadas, han sido el origen, el soporte y el continente de acciones y resultados de los que se ha aprendido para seguir mejorando. Para cuando se propuso la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, ya muchas instituciones impulsaban esfuerzos en esa dirección. Se trataba entonces de hacerlas convergentes mediante una política pública articulada por medio de una estrategia, ésta a su vez sustentada en todas estas plataformas.

#### PLATAFORMA INTERNACIONAL

La proyección internacional que adquirió México como resultado de sus avances en la materia facilitó el intercambio de ideas, métodos y acciones en ambos sentidos. Enriqueció la discusión, elevó el aprendizaje y amplificó la visibilidad del

grado de desarrollo de nuestro país hacia afuera, y de la calidad de la atención hacia adentro. La pertenencia del Dr. Donabedian al Consejo Consultivo del Centro de Investigaciones en Salud Pública, junto con otros destacados académicos internacionales y nacionales fue un factor fundamental. La realización del congreso mundial de la ISQua y las varias publicaciones que trascendieron fuera de nuestras fronteras, y la posición ocupada por México de la Presidencia del Consejo Directivo de esta misma Sociedad, abrió puertas al intercambio de experiencias de primera mano. La Cruzada sería observada desde otras latitudes como experiencia única en el mundo.

#### PLATAFORMA POLÍTICO-FINANCIERA

Esta plataforma se define como una relación mutua de ambos factores en tanto que no hubiese sido posible contar con financiamiento para la Cruzada sin el respaldo político y, por otra parte, no habría sido suficiente el apoyo político si no se hubiese expresado en un financiamiento concreto para instrumentar una política pública.

Cabe mencionar que esta plataforma se fue construyendo a través de los años, como las demás. En efecto, como se ha señalado, la calidad empezó a ser un tema de investigación-acción en el marco de un centro creado como consecuencia de la llegada de un Secretario de Salud de origen académico en el sexenio 1982-1988. No solo eso, sino que durante ese sexenio se dio un lugar preponderante a la salud como política pública. Baste mencionar la modificación constitucional para incorporar a la protección de la salud como un derecho, imposible de ser cumplido si los servicios que se otorgan no se ofrecen con calidad. He citado ya la visibilidad que dio el lema “calidad y calidez” acuñado durante la siguiente Administración, 1988-1994, y empleado por el propio Presidente de la República y por el Secretario de Salud federal en turno. En el periodo 1994-2000, por primera vez un Secretario de Salud estableció dos políticas explícitamente dirigidas a mejorar la calidad: el Programa de Mejoramiento Continuo de la Calidad, ya citado, y la creación de la certificación de establecimientos de atención médica que fueron continuados durante el último año de ese periodo por el Secretario que ocupó el cargo al final de ese Gobierno.

Llegamos así al periodo que nos ocupa: 2000-2006. Desde el periodo de transición, el tema contó con el respaldo del entonces Presidente electo. Cuan-

do en agosto de 2000 se le presentaron los posibles temas que configurarían el Programa Nacional de Salud, el primero en ser aprobado por él, ya con este nombre, fue la Cruzada por la Calidad. Tal fue su respaldo que la ceremonia de lanzamiento de esta estrategia fue encabezada por el ya entonces Presidente de la República en enero de 2001, a pocas semanas de haber tomado posesión. Este hecho, además, ratificó el respaldo político de todos los sectores. Estuvieron presentes todos los Secretarios de Salud del país, los directivos de las principales instituciones educativas con carreras de la salud, los presidentes de las Academias de Medicina, Cirugía y Pediatría, los presidentes de los Colegios de profesionales y los directivos de las asociaciones de prestadores de servicios privados y de la industria farmacéutica, así como los líderes sindicales de las instituciones de seguridad social y de la propia Secretaría de Salud. Por supuesto, el respaldo del Secretario de Salud federal desde que fungió como coordinador del equipo de transición y durante toda su gestión, resultó fundamental no solamente por su posición sino por su amplio conocimiento del tema y su muy clara visión de la necesidad de contar con una estrategia coherente para otorgar protección financiera y así aumentar el acceso a servicios que fuesen de buena calidad.

## LA CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA POLÍTICA PÚBLICA

La información con la que se contaba a mediados del año 2000, producto de las evaluaciones de satisfacción de la población, de satisfacción de pacientes, y de los niveles de calidad técnica en más de 200 unidades de la Secretaría de Salud, así como los resultados del proceso de certificación de hospitales del Consejo de Salubridad General en los sectores público y privado, hacían evidentes los retos: enormes variaciones en los niveles de calidad técnica e interpersonal entre Estados del país, entre instituciones, entre sectores y al interior de los Estados, de las instituciones y de los sectores. La consecuencia obvia era que para un mexicano el recibir atención de buena calidad dependía de su suerte al ser atendido en una unidad con buen nivel de calidad o no. Esto se hizo no solo evidente sino absolutamente inaceptable.

En cuanto a los niveles de satisfacción, era preocupante constatar que de acuerdo con las percepciones de la población, el nivel de calidad percibida era muy bajo. Los datos precisos se encuentran en el Programa de Acción de la Cruzada y en las fuentes originales de resultados de las encuestas realizadas.

Los ingredientes para diseñar e implementar una política pública dirigida a mejorar estas condiciones estaban dados y eran incuestionables, entre ellos: Existía una necesidad sentida que ya había sido expresada en las encuestas. Había una necesidad manifiesta de homologar los niveles de calidad técnica. Había voluntad política y existía competencia técnica en el sistema. Todo ello auguraba un futuro promisorio para una política de esta naturaleza.

Por otra parte, eran conocidos los múltiples esfuerzos realizados por instituciones públicas y privadas en todo el país para mejorar su calidad, aunque estos esfuerzos eran independientes unos de otros y sin una coherencia que contribuyera a disminuir la variabilidad antes citada. Parecería que, si la tendencia fuese reorientada ligeramente, conduciría hacia la convergencia. Faltaba la articulación.

Finalmente, al inicio de la Administración, la Cruzada ya estaba insertada en el marco de una política pública más amplia: el Programa Nacional de Salud.

## EL CONTEXTO DE LA CRUZADA COMO POLÍTICA PÚBLICA: EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD

En el Equipo de Transición se construyó un diagnóstico tan preciso como fue posible, de las condiciones prioritarias que debían ser atendidas. Con base en éstas se definieron los objetivos del Programa y las estrategias para alcanzarlos.

Los retos se definieron de la manera más concreta posible como: 1) Equidad; 2) Calidad; 3) Protección Financiera. Para el primer reto el objetivo fue reducir las inequidades en salud; para el segundo, mejorar las condiciones de salud de la población y el trato digno; para el tercero, asegurar justicia financiera para la atención de la salud. De acuerdo con cada objetivo se establecieron las tres estrategias: Seguro Popular, Cruzada Nacional y Arranque Parejo en la Vida.

Vemos una gran coherencia y codependencia entre las tres estrategias, lo cual conduciría hacia una sinergia que fortalecería a las tres. Así, la Cruzada no fue una política pública aislada, sino una de tres grandes estrategias enmarcadas en una política pública más amplia articulada como Programa Nacional de Salud.

## LA CONSTRUCCIÓN DE LA ESTRATEGIA

Escribí la primera versión de la estrategia de la Cruzada a partir de la última semana de agosto de 2000, ya como miembro del equipo de transición, en cuanto el Presidente electo aprobó esta iniciativa. Integramos un equipo líder con la participación de seis miembros, cuatro de ellos protagonistas de los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención en el IMSS y dos provenientes de Quali-med, por tener un conocimiento directo del Programa de Mejora Continua de la Secretaría de Salud, una amplia experiencia con hospitales del sector privado, y una estrecha relación con FUNSALUD al haber participado en los proyectos realizados por esta organización mencionados anteriormente.

Tras varias repeticiones de análisis y ajustes a esa primera versión en el equipo líder, elaboré una nueva versión para ser compartida con grupos más amplios. Se constituyeron dos grupos de aproximadamente 20 personas cada uno: Grupo 1 y Grupo A. Su composición fue tan plural como fue posible. Acudieron a la invitación representantes de instituciones de salud y educativas del sector público y privado, de la industria, de diferentes profesiones y de varios Estados del país. La razón de tener dos grupos separados, aun con una composición similar, fue para evitar que posibles participaciones protagónicas en un solo grupo pudiesen sesgar las opiniones de los demás, sin opción a contrastarlas con otro grupo equivalente que pudiera ofrecer opiniones diversas. Estos grupos se reunieron en dos ocasiones. Después de la primera reunión hacia el final de octubre, ajusté nuevamente la estrategia de acuerdo con las opiniones recibidas y con el consenso de los miembros del equipo líder. En la segunda reunión, a mediados de noviembre, se solicitó a los participantes de ambos grupos reunidos por separado que evaluaran la versión prácticamente final de acuerdo con los siguientes criterios: claridad, congruencia interna, efecto motivacional, integridad, aplicabilidad, horizonte temporal razonable y riesgo de fracaso. Los resultados de las evaluaciones de ambos grupos fueron favorables y muy similares en todos los aspectos.

A partir de ese momento y durante las últimas semanas previas a la toma de posesión del nuevo Gobierno, se levantó una encuesta, tanto con pacientes como con prestadores de servicios de salud del sector público, para identificar el grado de necesidad que sentían de que la calidad fuese mejorada y sus expectativas hacia una estrategia como la propuesta. La coincidencia de resultados fue notable y muy favorable.

Con los resultados de la evaluación de los grupos y de las encuestas, la Cruzada estaba lista para empezar. Para ello, como parte de la propia estrategia se configuró un Plan de Arranque cuyo espectro temporal sería de 100 días a partir del momento de la toma de posesión del nuevo Presidente de la República.

## EL NOMBRE

El nombre de esta estrategia lo había utilizado a manera de arenga durante los años previos para invitar a quienes quisieran comprometerse con la mejora de la calidad, a sumarse a una cruzada a favor de ésta. No era sólo el antecedente sino el significado mismo de la palabra lo que justificó su empleo. Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, “cruzada” significa un esfuerzo dirigido hacia el logro de un fin elevado. En este caso, el fin elevado era evidente y se hizo explícito a partir de las visiones a corto y largo plazo y del objetivo general de la estrategia.

## LOS COMPONENTES

### IMAGEN VISUAL

Como en el caso de cualquier marca comercial, los logotipos evocan imágenes mentales que sintetizan expectativas o que permiten a los consumidores identificarse plenamente con un producto o servicio. El valor radica en la capacidad sintética de lograr la transmisión de un mensaje condensado que se graba fácilmente en la mente, que atrae la atención y que da identidad a un producto o a una causa.

El logotipo de la Cruzada fue cuidadosamente diseñado de manera que integrara en una sola imagen los conceptos que debían guiar la búsqueda y la explicación de la calidad en sus dos dimensiones: la técnica, expresada por un estetoscopio colocado en los oídos de una carita feliz, y la interpersonal en la parte final de la manguera del estetoscopio dibujada a manera de un corazón.

La carita feliz se articuló posteriormente con el sentido de lo que debiese ser buscado y logrado: sonrisas, que es el gesto universal que expresa satisfacción. Para ello, y después de meses de intentar varias opciones, se me ocurrió usar la palabra Sonríe a manera de acróstico para facilitar la transmisión del mensaje. La Cruzada debería buscar sonrisas por medio de: Seguridad para los pacientes, Oportunidad en la atención, Necesidades y expectativas satisfechas,

y luego las dos dimensiones en dos vertientes con el uso de las tres últimas letras: Resultados clínicos que pudiesen ser medidos a partir de Indicadores que aseguraran la Efectividad; y Respeto para los pacientes, Información que pudiesen entender sobre su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento, y Empatía. Pronto, el posicionamiento del logotipo fue evidente en un buen número de establecimientos de atención en todo el país, públicos y privados, por lo menos hasta el final de la Administración.

### VISIÓN 2006

Resultó indispensable complementar la imagen visual con una visión explícita que diese coherencia al resto de la estrategia: “La calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional del sistema de salud y existen evidencias confiables de mejoras sustanciales a través de todo el sistema que son percibidas con satisfacción por los usuarios de los servicios, por la población en general y por los prestadores de los servicios”.

### VISIÓN 2025

Aunque las visiones son ambiciones, éstas deben ser tan realistas y potencialmente alcanzables como sea posible. Por otra parte, en un sistema de gobiernos sexenales era conveniente fijar una ambición que pudiese trascender con objeto de tomar el aliento necesario para ello mediante las acciones en el corto plazo. De esta manera, el avance hacia una visión para 2006 debía tener, a su vez, una imagen aún más lejana. La visión propuesta para 2025 fue:

“El sistema de salud mexicano satisface la gran mayoría de las necesidades y expectativas de los usuarios directos e indirectos de los servicios de salud y de los prestadores, y posee un muy alto y homogéneo nivel de calidad-eficiencia.”

A estas visiones se agregó una especificación de características puntuales que hicieran aún más explícito el *desiderátum*, así como principios básicos que debiesen orientar el rumbo hacia esas ambiciones.

## OBJETIVO GENERAL

“Elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población”.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Enfocados en el usuario:

- Proporcionar un trato digno sin excepción a todos los usuarios de los servicios de salud.
- Proporcionar a los pacientes atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.
- Elevar la satisfacción de los usuarios y atender sus expectativas.
- Dirigidos a las organizaciones prestadoras de servicios de salud:
- Elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo.
- Arraigar la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones.
- Reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad.

Dirigidos a la población general:

- Proporcionar información que oriente la búsqueda de servicios de buena calidad.
- Mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios con datos verídicos.
- Desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud.
- Incorporar a la población en la vigilancia de la calidad de los servicios.

## ESTRATEGIAS

Se propusieron tres grandes estrategias: impulso al cambio, aprendizaje y respaldo, y sustentación. Dentro de cada una de éstas se agruparon setenta líneas de acción que, de manera matricial, se organizaron en cuatro niveles para cada estrategia: usuarios, prestadores, organizaciones y sistema.



## FACTORES CLAVE

El listado exhaustivo de setenta líneas de acción agrupadas por niveles en cada una de las tres estrategias, sería muy útil a manera de partitura para la conducción de la Cruzada al más alto nivel de la Subsecretaría de Innovación y Calidad; no obstante, podría haber hecho muy confuso su despliegue. Con objeto de enfocar la atención de los líderes, de los ejecutores, de los prestadores de servicios de salud e incluso de la población interesada en el tema, se agruparon estas líneas en 10 factores clave que fueron prácticamente parte del mensaje cotidiano para divulgar y posicionar la estrategia. Esos factores fueron:

1. Códigos de ética
2. Educación sobre, para y de calidad
3. Información hacia y desde el usuario, y sobre y para el desempeño (esto es, rendición de cuentas)
4. Sistemas (estructuras y procesos) de mejora continua
5. Reconocimiento del desempeño
6. Estandarización de procesos
7. Monitorización de resultados
8. Certificación de individuos y organizaciones
9. Racionalización estructural y regulatoria
10. Participación ciudadana.

## INDICADORES

Cualquier política pública debe contar con los indicadores y los sistemas de información necesarios para evaluar sus avances y logros. En este caso, era triplemente importante tener indicadores y crear el sistema de información necesario; primero, por tratarse de una política pública de tal magnitud en el marco de otra más amplia de enorme trascendencia; segundo, porque tal como sabemos, uno de los aforismos más conocidos de la mejora de la calidad dice:

“No es posible mejorar lo que no es controlado, no es posible controlar lo que no es medido y no es posible medir lo que no está definido”. Finalmente, porque sería necesario predicar con el ejemplo: si se trataba de mejorar la calidad, era necesario desplegar la Cruzada con calidad, o sea, muy bien.

Se definieron en un inicio 50 indicadores agrupados en una matriz de 3×4 en cuyas 12 celdas se identificaron indicadores para medir, por una parte, cali-

dad en el primer nivel de atención, en hospitales y en ambos espacios y, por la otra, trato digno, atención médica efectiva, estructura de las organizaciones y estructura del sistema.

Se diseñó un sistema de información denominado INDICA para recibir los datos en tiempo real y que, a través de Internet, fuese transparente para cualquiera que deseara conocer el comportamiento de cada uno de los indicadores. De los 50 indicadores propuestos, fue posible monitorizar 17 a lo largo del periodo. Esto constituyó una lección: es bueno ser ambiciosos porque abre el espectro de lo deseado, pero es muy importante ser realista aunque se deba sacrificar la ambición en aras de lo factible.

#### METAS:

En el Programa de Acción de la Cruzada se hicieron explícitas las metas que debían alcanzarse. Estas metas fueron definidas para cada uno de los diez factores mencionados.

## LA EJECUCIÓN

Se describirán aquí los principales elementos que hicieron posible la ejecución de la Cruzada: estructuras organizacionales, características funcionales y liderazgos.

#### ESTRUCTURAS ORGANIZACIONALES

Un principio elemental de la administración es que toda función debe estar respaldada por una estructura. Es importante señalar que es fácil invertir el orden de prioridades y crear estructuras que no tienen una función suficientemente justificada. En este caso, el principio se aplicó con parsimonia. En efecto, la Subsecretaría de Coordinación Sectorial bajo cuya estructura se encontraba la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, responsable en su momento del Programa de Mejora Continua de la Calidad, fue modificada en varios sentidos. Por una parte, se le cambió el nombre a Subsecretaría de Innovación y Calidad con el propósito de hacer evidente la prioridad asignada al tema y a la estrategia en la Secretaría de Salud federal. La importancia fue aún mayor si se considera que se trataba de la Subsecretaría de mayor jerarquía después del Secretario de Salud. Pero no fue solamente un cambio de nombre, importante en sí mismo, sino un rediseño organizacional completo que tomó cuatro años en

ser completado con objeto de alienar todas la funciones necesarias para apoyar cabalmente el despliegue y ejecución de una estrategia como la Cruzada.

De igual modo, la hasta entonces Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud fue fusionada con la Dirección General de Enseñanza en Salud y se convirtió en la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

Las razones que impulsaron este cambio fueron, entre otras, el reconocimiento de que la enseñanza, o más ampliamente considerada, la educación de los profesionales de la salud, no tiene otro propósito que el de atender las necesidades de salud de la población, y eso solamente se logra si lo que se aprende y se hace, se hace con calidad. De otra manera, concebir a la educación y, menos aún, solamente a la enseñanza como un fin en sí mismo es una aberración lógica. Para quienes este cambio significó una pérdida de espacios para la enseñanza en la Secretaría de Salud, seguramente no tenían clara la misión, no de enseñar, sino de educar a profesionales de la salud. Al contrario de lo percibido por algunos, se le dio a la contribución de la Secretaría de Salud en la formación de recursos humanos un sentido elevado más allá de la tramitación burocrática de plazas para pasantes en servicio social o para residentes de especialidades. Por otra parte, con la fusión y el cambio de nombre se trató entonces de mandar un mensaje claro al sustituir los nombres que hacían referencia a los medios, por aquellos otros que enfatizaran los objetivos a lograr, por ejemplo: mejorar la calidad, no regular (que es un medio y no un fin); orientar la formación hacia la calidad, no solamente hacer trámites (nuevamente un medio y no un fin); contribuir a la educación, no solamente a la enseñanza (un componente de la educación y no su sentido más amplio). Esta fue entonces la Dirección General responsable de la instrumentación de la Cruzada.

El rediseño de la Subsecretaría permitió alinear funciones clave mediante las estructuras necesarias a través de las siguientes Direcciones Generales: Información en Salud, Evaluación del Desempeño, Planeación y Desarrollo en Salud, Calidad y Educación en Salud y, finalmente, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).

Para desplegar la Cruzada se crearon Comités Estatales de Calidad en cada entidad federativa con la participación de representantes de las instituciones públicas y privadas más representativas. En cada Estado fue nombrado un Líder de Calidad que fuese responsable de la ejecución local.

En algunos Estados, la estructura organizacional de la Secretaría de Salud federal fue reproducida de tal manera que se crearon direcciones que, con dife-

rentes denominaciones, cumplieron una función equivalente a la de la DGCEs. Los grupos de Avales Ciudadanos fueron una estructura innovadora, independiente y muy útil en el apoyo al avance de la Cruzada.

Por supuesto, existió un Comité de Conducción, presidido durante los primeros años por el Subsecretario de Innovación y Calidad, y más tarde por el Director General responsable, constituido por los representantes del más alto nivel de las áreas médicas de las instituciones de seguridad social y por los funcionarios responsables de la ejecución en cada una de éstas.

#### ALGUNAS CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES

Tal vez una de las más importantes fue el espacio que el Secretario de Salud federal asignó en la agenda de las reuniones trimestrales del Consejo Nacional de Salud para presentar los avances de la Cruzada. Al final de esta presentación a cargo del Subsecretario de Innovación y Calidad, algunos Secretarios de Salud (invitados para tal propósito) presentaban ejemplos de sus éxitos y dificultades en el desarrollo de la estrategia. Al final se abría la sección de comentarios y preguntas. Este espacio resultó fundamental para fortalecer el valor de la calidad en la política pública, de la Cruzada como estrategia y de la participación activa de todos al más alto nivel.

Las reuniones semanales del Comité de Conducción fueron indispensables, particularmente durante los primeros meses en los que se avanzó de a poco en el despliegue de las acciones.

Contar con el Sistema INDICA permitió monitorizar los avances y establecer retroalimentación con los participantes. Es importante reconocer que ello ocurrió a pesar de saber que la confiabilidad de la información probablemente no era la esperada. No obstante, se trataba de inculcar el valor de la generación de información no para otros sino para la propia toma de decisiones en las unidades y en los Estados.

Destacan varios elementos como ejemplo de las características funcionales más importantes de la ejecución. El primero de ellos fue el intenso esfuerzo de capacitación emprendido principalmente durante los primeros años. Ello permitió no solo entrenar a un gran número de profesionales de la salud en el uso de herramientas elementales para la mejora de la calidad, sino que se convirtió en un vehículo de diseminación de la Cruzada como estrategia.

En segundo lugar, el Foro Nacional de Calidad, establecido como uno de

los elementos más visibles de la Cruzada, cumplió cabalmente su misión al convertirse en un punto de encuentro masivo que se proyectó hacia la siguiente Administración como referente para quienes trabajan en el tema.

Por último, pero tan importante como los demás, fueron las acciones dirigidas a involucrar a líderes y a personal de los servicios a través de reconocer sus logros y a hacerlos partícipes de la estrategia de gran escala. Entre éstas, destaca la creación de premios nacionales de calidad para cada una de las instituciones, y los acuerdos de gestión para reconocer y apoyar financieramente iniciativas que pudiesen demostrar mejoras.

#### ALINEACIÓN DE LIDERAZGOS

Un elemento fundamental para la ejecución de cualquier estrategia es el ejercicio del liderazgo. En este caso se alienaron prácticamente todos los liderazgos necesarios: el Presidente de la República, el Secretario de Salud, el Subsecretario de Innovación y Calidad, los Secretarios de Salud estatales (en su enorme mayoría comprometidos con la Cruzada), el Director General de Calidad y Educación en Salud y de los demás directores generales de esa Subsecretaría, los directores, subdirectores y jefes de departamento de esa Dirección General, y los Líderes de Calidad estatales. Cabe señalar que la fuente de poder de una parte importante de esos liderazgos no estaba fincada solamente en las posiciones ocupadas sino en el grado de conocimiento del tema y en la experiencia en la ejecución de acciones tendentes a mejorar la calidad en servicios de salud.

En resumen, y sin haber considerado todos los elementos de manera analítica, la combinación de estructura, función y liderazgo permitió ejecutar buena parte de las acciones propuestas.

#### ALGUNOS RESULTADOS DE LA EJECUCIÓN<sup>2</sup>

Los resultados de las acciones ejecutadas se agruparán en cada uno de los 10 factores mencionados. Antes de ello, es justo e indispensable reconocer que todo esto fue realizado con la participación de un sinnúmero de instancias de la propia

---

<sup>2</sup> Esta sección pretende ser un recuento de lo ejecutado; no de todo, sino de lo que se podría considerar más relevante. No es, por tanto, una presentación de datos producto de una evaluación, tema de otros capítulos de esta publicación. Tampoco lo que se mencionará podría ser considerado como logros, por lo menos desde mi perspectiva, pues únicamente las evaluaciones externas y el consenso de quienes podrían emitir un juicio más neutral los podrían definir como tales si así lo ameritasen.

Secretaría de Salud, del Consejo de Salubridad General, de las instituciones de seguridad social, de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales Federales de Referencia, de hospitales privados, Academias, Sociedades médicas y Asociaciones; y por supuesto, de miles de personas que trabajan en el Sistema Nacional de Salud y de cientos de ciudadanos que voluntariamente se sumaron en carácter de Avales. Los avances fueron resultado de la convergencia de esfuerzos de muchos.

1. Códigos de Ética: Código de Conducta para Personal de Salud; Código de Ética para las Enfermeras y Enfermeros de México; Código de Ética en Hospitales Privados; Código de Conducta de los Avales Ciudadanos; Carta de los Derechos de los Pacientes; Carta de los Derechos de los Médicos; Carta de los Derechos de las Enfermeras; Código de Ética de los Odontólogos.
2. Educación de, sobre y para la calidad: Aproximadamente 60,000 personas capacitadas en temas de mejora de calidad; emisión de la Norma Oficial Mexicana NOM-234, que exige a los establecimientos de salud recibir alumnos de escuelas de medicina siempre y cuando éstas estén acreditadas.
3. Información: CALIDATEL (sistema de recepción de quejas, sugerencias y felicitaciones de la ciudadanía), certificado por ISO-9000; 17 de los 50 indicadores fueron continuamente monitorizados en aproximadamente 7,500 unidades en todo el país y de todas las instituciones.
4. Sistemas de Mejora Continua (estructuras y procesos): 32 Comités Estatales de Calidad instalados; 620 procesos de mejora documentados.
5. Reconocimiento del Desempeño: Creación del Premio Nacional de Calidad de la Secretaría de Salud federal; creación del Premio de Calidad del ISSSTE; entrega del Premio IMSS junto con las demás instituciones; Premio de Calidad de Hospitales Privados; acuerdos de gestión mediante los cuales se entregaron apoyos por cerca de 110 millones de pesos para la realización de proyectos de mejora.
6. Estandarización de Procesos: recomendaciones de la CONAMED para la realización de procesos específicos con criterios de calidad; estandarización de la atención en unidades de urgencias; diseminación de acciones concretas para la seguridad de los pacientes.
7. Monitorización de Resultados: Además de lo ya mencionado sobre el Sistema INDICA, desde la oficina del Presidente de la República se

estableció un sondeo de la satisfacción de la población con las políticas públicas por medio de encuestas mensuales. La Cruzada fue monitorizada estrechamente a través del seguimiento de los niveles de abasto de medicamentos en el sector público que cada mes era enviado directamente al Presidente de la República.

8. Certificación de Individuos y Organizaciones: reingeniería del proceso de certificación del Consejo de Salubridad General; certificación por ISO-9000 de las oficinas del Secretario de Salud, del Subsecretario de Innovación y Calidad, de la Subsecretaría de Administración y Finanzas; de la CONAMED, de la COFEPRIS, de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, y de la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud.
9. Racionalización Estructural y Regulatoria: rediseño de la estructura organizacional de la Subsecretaría de Innovación y Calidad y creación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
10. Participación Ciudadana: 1,170 grupos comunitarios constituidos como Avaluos Ciudadanos; 1,153 unidades avaladas en todo el país; Premio Nacional de Transparencia otorgado por la Secretaría de la Función Pública (SFP) y el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) a la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud por la creación y resultados de la estrategia de Avaluos Ciudadanos; creación de una política de interculturalidad en salud con la correspondiente estructura orgánica, la Dirección de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

## REFLEXIÓN FINAL: HACIA UNA HISTORIA DE LO QUE PODRÍA SER

En México se han emprendido muchas acciones a través de los años para construir plataformas que mejoren la calidad de la atención médica del Sistema Nacional de Salud. Sobre éstas se fincó una estrategia de gran escala que adquirió el rango de política pública y que ahora es reconocida mundialmente como pionera en su género.

La convergencia buscada se hizo posible a pesar de la fuerte tendencia centrífuga de las instituciones, una amenaza permanente a la confluencia de esfuerzos; que por cierto constituye la única opción para reducir las variaciones de los niveles de calidad que contribuyen a las inequidades del sistema de sa-

lud. A su vez, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud fue también una plataforma para el programa SICALIDAD.

No obstante, es necesario preguntar ahora si el camino a seguir debe ser prolongación lineal de lo anterior. Después de lo narrado, me atrevo a decir que no. Estas últimas plataformas han sido amplias por la variedad de acciones y por su alcance geográfico e institucional y han constituido un fundamento importante para avanzar; sin embargo, ahora se necesita profundidad para mejorar la calidad de la atención a problemas específicos sin perder la proyección nacional ni la convergencia de todos. Por ejemplo, nos agobian problemas de salud que parecen difícilmente controlables, como la diabetes y la hipertensión. La atención a los adultos mayores, con excepcional calidad, es imperiosa no solamente porque cada vez serán más, sino porque la merecen. Al mismo tiempo, las muertes maternas e infantiles son inaceptables, dado el grado de desarrollo del país y, a pesar de los logros, aún tenemos rezagos. Sin duda son muchos más los problemas que aquejan a nuestra sociedad, como ocurre en muchos otros países. No obstante, son tantos que es necesario priorizar para enfocar, enfocar para avanzar, y avanzar para seguir mejorando la calidad. Esta es la única manera de hacer realmente efectivas las coberturas del sistema.

Tratemos de imaginar lo que podría ser la salud de los mexicanos si enfocamos nuestros esfuerzos para mejorar la atención a los problemas, no sólo urgentes sino trascendentes. Tratemos de imaginar lo que podría ser una prevención efectiva. Tratemos de imaginar lo que sería el sistema de salud si aprovechamos las experiencias y fortalecemos las convergencias hacia prioridades comunes. Tratemos de imaginar lo que podría ser para una persona recibir siempre, bajo cualquier circunstancia y en cualquier lugar del país, en el sector público o privado, la atención que necesite con la mayor calidad. Tratemos de imaginar lo que podría ser si eliminásemos estudios innecesarios, procedimientos innecesarios, prescripciones innecesarias. Tratemos de imaginar lo que sucedería si evitásemos causar daños a los pacientes. Hay que tratar de imaginar lo que podría ser para cualquier humano ser tratado siempre como tal, cuando más lo necesita.

Tenemos que atrevernos a imaginar lo impensable para lograr lo imposible. Hemos hecho historia. Las grandes plataformas ya existen. Es indispensable aprovecharlas y seguirlas mejorando. Pero hay que construir ya una nueva historia: la historia de lo que podría ser.





# FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ESTOMATOLOGÍA

*Enrique Padilla\**

*L. Javier Espinosa\*\**

*Fernando Calderón\*\*\**

Regular la educación en salud, se ha constituido en una tarea prioritaria para las dos instancias gubernamentales que tienen la atribución de hacerlo; la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Salud (SS). Ambas articulan sus actividades a través de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS). Concretamente, corresponde a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), (SS), analizar la situación que impera en el funcionamiento de las instituciones educativas y coordinar esfuerzos con la Dirección General de Educación Superior Universitaria (SEP), para generar acuerdos orientados hacia la homologación de una educación con calidad en las áreas de la salud.

La capacitación odontológica tanto a nivel de pregrado como de posgrado adquiere matices muy peculiares, que la distingue sobre las otras áreas de la salud. Las lagunas existentes en la legislación educativa ha permitido la proliferación descontrolada de escuelas que imparten estos estudios, muchas de las cuales presentan un egreso de profesionales de la salud bucal que no se ajusta a los estándares de calidad y competencias necesarias para proporcionar atención digna y segura a la población.

---

\* Director de Estomatología, Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

\*\* Subdirector de Enseñanza y Difusión en Estomatología, DGCES.

\*\*\* Jefe del Departamento de Vinculación y Difusión en Estomatología, DGCES.

La formación de recursos humanos en estomatología en México está influenciada por la escuela americana, enfocada en un punto de vista biologicista de la enfermedad. Bajo esta perspectiva, se da mayor énfasis a la curación que a la prevención y se fomenta la repetición de tratamientos, lo que ocasiona un gran dispendio de recursos en los ámbitos público, privado y social de la estomatología, que a su vez impactan en el ámbito educativo.

En los registros proporcionados por la Dirección General de Profesiones (SEP), encontramos que para el año de 1970 el país contaba con un total de 10,317 cirujanos dentistas; de los cuales 26 tenían maestría, 2 doctorado y ninguno de ellos había obtenido una especialidad<sup>1</sup>.

En 1980 la cifra de estomatólogos se duplicó, llegando a 20,297. A partir de ese momento también aparecieron los especialistas, con 10 profesionales que obtuvieron su cédula. Los que tenían maestría llegaron a 42, y la cantidad de dentistas con doctorado se mantuvo en 2.

El auge de la apertura de escuelas de odontología se manifestó al inicio de la década de los ochenta. A los Estados se les dio autonomía para otorgar el Reconocimiento de Validez Oficial (RVOE), por parte de la SEP; y en 1983 se crea la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

Para 1990, el total de estomatólogos era de 60,285. Se incrementó notablemente el interés de ellos por realizar una especialidad ya que para esa época se tenían registrados a 680. Por su parte, 242 ostentaban el grado de maestría y 18 el doctorado.

Era evidente la gran oportunidad que representaba la apertura de una escuela de estomatología. Por ello, la iniciativa privada se interesó en llevarla a cabo, y ante una legislación en educación que ya había sido rebasada, los empresarios encontraron grandes facilidades para el funcionamiento de escuelas de pregrado o de posgrado en esta materia, incluso de una manera independiente a las licenciaturas del área.

Sin embargo, las instalaciones distaron y todavía distan mucho de ser las adecuadas, pues las capacitaciones tienen lugar en casas o en algunos casos hasta garajes. Pero con ello, la matrícula no ha dejado de aumentar: para el

---

<sup>1</sup> Se debe hacer notar que las medidas que se tomaron en esta época, como respuesta a los acontecimientos políticos en la década los sesenta (paro nacional de médicos, aulas rurales portátiles para educación primaria y secundaria), dieron lugar a la aparición de nuevas escuelas y las que ya funcionaban, incrementaron considerablemente su matrícula.

año 2010 se contabilizaron 140,648 cirujanos dentistas con cédula profesional, 9,876 especialistas, 1,145 con maestrías y 63 profesionistas con doctorado.

Es pertinente señalar que estos datos que nos proporciona la Dirección General de Profesiones, son registros que se obtuvieron desde 1947, y que muchos estomatólogos ya fallecieron o nunca ejercieron la profesión.

Haciendo un recuento de las instituciones educativas que han tenido un mayor número de egresados en México, hasta el año de 2012, podemos ver que por mucho la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), es la principal institución formadora de recursos humanos en estomatología, con 51,059 egresados. Por su parte, la Universidad Autónoma de Nuevo León cuenta con 10,250, la Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo con 9,976, mientras que la Universidad de Guadalajara ha tenido 9,598 graduados y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla 7,615.

La matrícula de las escuelas que tienen registro actualmente es de 43,840 alumnos, en un total de 124 planteles, de los cuales 80 son particulares y capacitan al 28% de los alumnos, mientras las públicas forman al 72% restante.

El egreso por año se estima en 6,000 pasantes que deberán llevar a cabo un servicio social. Aproximadamente 5,500 son adscritos para ello a la Dirección de Estomatología (DGCES), y una cifra cercana a los 3,400 realizan su servicio en instalaciones de la Secretaría de Salud.

## FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS A NIVEL DE POSGRADO

Este es un rubro al que históricamente se le había dado poca importancia. Quien quisiera abrir una escuela de posgrado en una especialidad en particular, tenía que seguir los trámites solicitados para una escuela de licenciatura. Sin embargo, ello perdía de vista que los requisitos deben ser aún mayores, pues son necesarios equipo, instrumental, material y recursos humanos docentes más especializados que los demandados a nivel de pregrado. A su vez, la literatura de apoyo para la formación es más especializada y se debe contar con materiales, equipo e instrumental para hacer investigación, además del personal calificado que lo opere.

Otro gran inconveniente con el que nos encontramos, es la amplia variedad de nombres con que se designa a las especialidades en estomatología. Pudimos detectar hasta 79 nombres. La denominación más abundante es Ortodoncia, que cubre el 42.51%; le sigue Endodoncia, con el 10.52%; en tercer lugar está Odon-

topediatria con el 8.06%; y en cuarto Periodoncia con el 2.21%. A partir de ahí, la variedad de nombres se multiplica con representaciones en menor porcentaje.

Algunos centros educativos brindan servicio solamente en fin de semana o una vez al mes, los profesores que imparten cursos en ocasiones no son especialistas y en muchos casos no están certificados por el consejo reconocido de la especialidad correspondiente. Hemos detectado que hay posgrados que operan en una ciudad mientras que los profesores viven en otra. Por otro lado, muchos de ellos no están sustentados por una licenciatura en estomatología. Organismos como la *Association for Dental Education in Europe* en su XXI Congreso Anual celebrado en Grecia en 2005, asumió que: “los posgrados en estomatología, deben ser la consecuencia de una escuela de licenciatura en odontología”.

En nuestro país existen 193 cursos con una matrícula de 3,156 estomatólogos. De éstos, hay 154 que cuentan con especialidades en 12 áreas y una matrícula de 2,696 alumnos. Estas especialidades son impartidas en 85 escuelas particulares con 1,651 alumnos, y en 69 públicas, que cuentan con 1,045 alumnos. En cuanto a maestrías se refiere, se tiene registro de 39, en 9 áreas y con 438 residentes.

Es preciso abundar en este punto, pues a muchos posgrados con características de especialidad los denominan como maestría por considerar que con ello se aumenta el prestigio. Sin embargo, quien aspira a adquirir una capacitación que le otorgue mejores habilidades técnicas y científicas para brindar atención en salud, debe cursar una especialidad. Posteriormente, si la persona se interesa por hacer investigación, podrá hacer una maestría en ciencias, pues las maestrías con nombre de especialidad no existen.

Por su parte, los diplomados no alcanzan el rango de grado académico, son solamente cursos de actualización y deben ser reconocidos como tal. Tampoco puede haber diplomados con el nombre de la especialidad y solamente podrán referirse a algún tema específico de esa especialidad.

De los artículos 3º, 4º y 5º constitucional, se desprenden enunciados que habilitan tanto a la Secretaría de Educación Pública como a la Secretaría de Salud, para emprender acciones en vías de regular la educación en salud, pero es sin duda la ley reglamentaria del artículo 4º de la Carta Magna en donde mayor sustento encontramos para desarrollar las actividades necesarias, siendo los artículos siguientes los más representativos:

Artículo 30. En los términos de esta Ley, es Materia de Salubridad General:

VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud

Artículo 6o. El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:

Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas; Impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud;

Artículo 7o. La coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud, correspondiéndole a ésta:

XI. Apoyar la coordinación entre las instituciones de salud y las educativas, para formar y capacitar recursos humanos para la salud;

XII. Coadyuvar a que la formación y distribución de los recursos humanos para la salud sea congruente con las prioridades del Sistema Nacional de Salud;

Artículo 89.- Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud.

Artículo 90.- Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con esta:

I.- Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país.

Artículo 92. Las Secretarías de Salud y de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, impulsarán y fomentarán la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos para los servicios de salud, de conformidad con los objetivos y prioridades del Sistema Nacional de Salud, de los sistemas estatales de salud y de los programas educativos.

## COMITÉ DE ESTOMATOLOGÍA

En su conformación participaron las siguientes instituciones: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, Facultad de Estudios Superiores de Zaragoza, Universidad Intercontinental, Universidad Autónoma de Querétaro, Universidad Autónoma de San Luis Potosí,

Universidad Latinoamericana, Universidad Justo Sierra, Universidad Autónoma del Estado de México, Instituto Politécnico Nacional CICS Milpa Alta, y la Dirección de Estomatología.

## PROCESO DE REGULACIÓN

La SEP, a través de la Dirección General de Educación Superior Universitaria, otorga el RVOE. Para que esto suceda, le solicita a la DGCES (SS) que emita una opinión técnica. A partir de ello, la Dirección de Estomatología, tomando como referencia la Guía Disciplinar “Criterios Mínimos Esenciales”, hace el análisis de las escuelas que pretenden ofertar las carreras afines a esta rama médica, para que finalmente sea el Comité de Estomatología quien valide la resolución, sea ésta favorable o desfavorable.

Sin embargo, la Guía Disciplinar resulta inadecuada para la evaluación de los posgrados de estomatología. Por ello, con el fin de actualizarla se convocaron a grupos técnicos de las siete especialidades troncales reconocidas en esta profesión. Hasta el momento dos de ellos ya concluyeron la Guía Disciplinar que le corresponde a sus especialidades y los documentos ya fueron validados y aprobados por el Comité de Estomatología en marzo de 2015.

El Grupo Técnico de Ortodoncia inició trabajos en el año 2009 y concluyó su documento en el año 2014. Posteriormente, el Grupo Técnico de Endodoncia, inició reuniones en el mes de mayo de 2013 y finalizó su Guía Disciplinar en noviembre de 2014. Por su parte, el grupo técnico de Periodoncia se encuentra en proceso de elaborar la Guía Disciplinar de su especialidad, la cual lleva un avance del 40%.

Las escuelas que obtuvieron el RVOE previo a la aplicación de esta nueva Guía pueden operar sin problema ya que los criterios para obtenerlo no funcionan de una manera retroactiva. No obstante, tenemos claro que algunos de estos centros lo hacen bajo estándares que no son adecuados. En el seno del CIFRHS se contempla que tenga una temporalidad, con el fin de que al cumplir el periodo que se determine, se apliquen procesos de evaluación actualizados y de esta manera se apoye a las escuelas para orientarlas hacia la educación de calidad y excelencia que se pretende.

Por otro lado, existe la educación estomatológica que opera fuera de la legalidad, lejos del alcance regulatorio de la SS y de la SEP, en la que se ofertan servicios con la promesa eterna de un RVOE en trámite. Esta situación se agrava

cuando los alumnos terminan su carrera y al exigir un título y cédula profesional se encuentran con la amarga realidad de que la escuela jamás debió de iniciar actividades sin este reconocimiento por parte de la SEP.

Los alumnos que desean matricularse en cualquier institución educativa, tienen la obligación de consultar con la SEP respecto al estatus de ésta, y si no tiene RVOE, por ningún motivo deberán inscribirse y podrán denunciar ante la Procuraduría del Consumidor esta inconsistencia. Cualquier ciudadano está facultado para evidenciar esta situación, por su parte, los gremios odontológicos de los Estados tienen la obligación de asumir una postura de vigilancia al detectar la apertura de nuevas escuelas en su localidad.

#### Examen nacional de aspirantes a residencias estomatológicas

Con la finalidad de favorecer la calidad de la formación de recursos humanos para la atención de segundo nivel, se hizo la reingeniería del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE). El examen es ahora más transparente, objetivo y equitativo y se encuentra bajo la supervisión del Comité de Estomatología, al que desde 2011 se le otorgó mayor responsabilidad en la toma de decisiones. El examen sirve para seleccionar aspirantes a estudiar una especialidad (residencia) estomatológica en alguna de las sedes asociadas al ENARE.

A su vez, existe un formato de mínimos curriculares para el área de la salud propuesto por el Comité de Evaluación. El objetivo es que las escuelas que imparten la licenciatura en estomatología cuenten con los elementos mínimos necesarios para una formación que fomente la cultura de calidad.

Actualmente tanto la Secretaría de Salud como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), siguen el formato desarrollado para el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM) para el que se estableció el proceso de registro vía internet, lo que facilitó al aspirante su inscripción. Así, se construyó la matriz del catálogo de reactivos de acuerdo al modelo de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

De igual forma, se implementó un grupo de trabajo conformado por los responsables académicos de las trece sedes de especialidades, que actualmente son: cirugía maxilofacial, estomatología pediátrica y prótesis maxilofacial; además de profesores de licenciatura y posgrado que se encargan de elaborar los reactivos mediante un proceso transparente y objetivo, desarrollado en la Dirección de Educación en Salud, sin posibilidad de robo o filtración de los



reactivos, ya que cuenta con candados de seguridad informática muy confiables y el proceso es verificado por personal del Órgano Interno de Control de la Secretaría de Salud y notarios públicos contratados para ese fin.

En el año 2013 se registraron 768 aspirantes y se realizaron 5 talleres de reactivos. El examen se aplicó en la FES Iztacala por cuarta ocasión, siendo seleccionados 42 residentes nacionales, además de 3 del Hospital para el Niño Poblano que se volvió a unir al ENARE, y 1 extranjero.

Para el año 2014 se registraron 839 aspirantes, se realizaron dos talleres de reactivos, y fueron seleccionados 42 residentes nacionales y 3 extranjeros.

A mediano plazo, se pretende que el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE), se transforme en el Examen Nacional de Aspirantes a Especialidades Estomatológicas (ENAE), incluyendo todas las especialidades y no únicamente las residencias.

De esta forma, las instituciones educativas que ofrezcan especialidades estomatológicas, deberán asociarse al ENAE, demostrar que están acreditadas, y pertenecer a la Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología (FMFEO), lo que garantizará la calidad de la educación impartida en dichas instituciones.

## SERVICIO SOCIAL EN ESTOMATOLOGÍA

Sus orígenes datan del año 1952, y fue resultado del éxito que ya se había logrado para tener servicio social en medicina y enfermería. Hoy día se tienen registradas a 123 instituciones educativas susceptibles de recibir campos clínicos para los pasantes que egresan de sus programas. (En 1970 se contaba con 20 escuelas y en 1996 se tenía un registro de 56).<sup>2</sup>

En el año se llevan a cabo dos promociones para dar inicio a la prestación del Servicio Social: en febrero y en agosto. A partir de la promoción de febrero del 2014, se incrementó el monto de las becas para el Servicio Social en Estomatología, pasando la Beca Tipo A, de \$200.00 a \$500.00, la Beca Tipo B, de \$300.00 a \$700.00 y por último la Beca Tipo C, de \$600.00 a \$1,400.00.

Desde el año de 1998 no se había realizado ningún aumento en el monto de las becas para Servicio Social en estomatología y fue hasta noviembre del 2013 que se logró este ansiado incremento, aunque aún es inferior a los gastos

---

<sup>2</sup> Compilación de documentos Técnico-Normativos para el desarrollo Académico y Operativo del Servicio Social. (CIFRHS, 1996).

que muchos de los pasantes tienen en traslado, vivienda y alimentación cuando se desplazan a lugares distantes de donde residen.

El día 7 de agosto de 2014, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la NOM- 009-SSA3-2013, en la que se especifican criterios para la utilización de los establecimientos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología.

Para elaborar este documento fueron convocadas diferentes instituciones involucradas con el servicio social en las carreras de estomatología y medicina. Destacaron la participación de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, la Dirección de Normatividad, y la Dirección de Estomatología.

Así, en la NOM quedaron plasmados lineamientos relacionados con la seguridad y el compromiso que deben asumir los pasantes y esta fue la primera ocasión en que se contempló el quehacer de un estudiante de odontología a la par del de medicina (con especificaciones para cada profesión).

Uno de los privilegios de que gozan los egresados que ostentan los mejores promedios, es que en las pasantías podrán seleccionar el campo clínico que más se apegue a sus expectativas, por lo que estos recursos humanos con mejores competencias, normalmente permanecen en sus comunidades de origen, incluso devengando la Beca Tipo A, que es la más baja en remuneración.

El ejercicio de atención a la salud bucal en comunidades de alta marginación por parte del programa de servicio social se enfrenta a un severo inconveniente, pues requiere de un consultorio dental equipado para llevarlo a cabo, por lo que dichas regiones carecen de la prestación de pasantías, quedando confinadas a áreas urbanas.

## OBJETIVO DEL SERVICIO SOCIAL EN ESTOMATOLOGÍA

1. Contribuir a la conservación de la salud de la población del país.
2. Contribuir a la solución de problemas de salud buco-dental en la población, principalmente de los grupos minoritarios, a través de la realización de funciones y actividades desprendidas de los programas prioritarios del sector salud.
3. Participar en el logro de los objetivos y las metas de los Programas Nacional y Estatal de salud relacionados con la Estomatología.
4. Contribuir al desarrollo de la comunidad, especialmente en poblacio-

nes rurales, zonas marginadas urbanas, y aquellas con mayor carencia de servicios de salud.

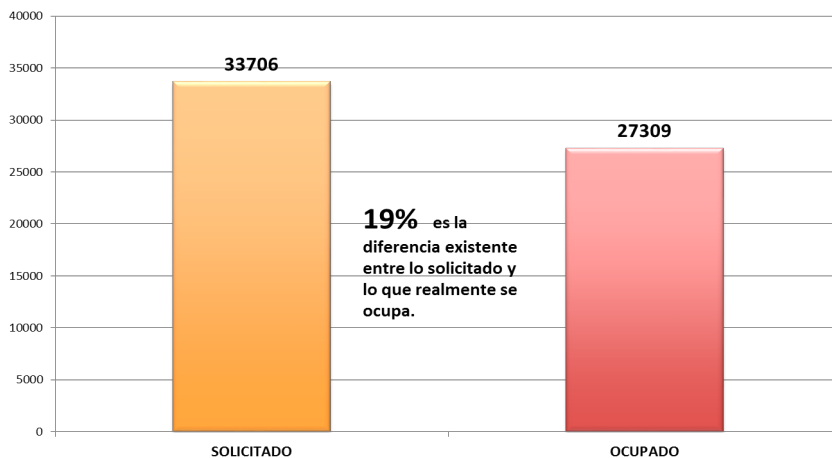
5. Implantar acciones de salud buco-dental según las necesidades de la población, la estructura de los servicios y los programas.
6. Coadyuvar con las instituciones de Educación Superior para consolidar la formación del estomatólogo, fortaleciéndole una conciencia de solidaridad y compromiso social para que actúe como ente de cambio y brinde a la población un servicio de calidad con sustento profesional, humanístico y ético.
7. Contribuir a la formación académica y capacitación del prestador del servicio social.

La administración del servicio social en estomatología, se lleva a cabo a través del Sistema de Administración del Servicio Social (SIASS). La Dirección de Estomatología (DGCES), tiene la responsabilidad de registrar los datos en dicho sistema, pero también de gestionar el presupuesto con el que los pasantes recibirán el pago de su beca. Esta es una labor compleja, toda vez que al requerir a los Estados con un año de anticipación el presupuesto para los pasantes, generalmente se solicita una cantidad muy superior de becas, a las que en realidad se van a asignar. Debemos reconocer que en los últimos años esta situación se ha visto reducida. Las instituciones educativas realizan de una manera más eficaz y responsable el análisis de los estudiantes que van a egresar, lo que ayuda a acortar la brecha entre lo solicitado y lo ocupado sin rebasar el techo presupuestal asignado.

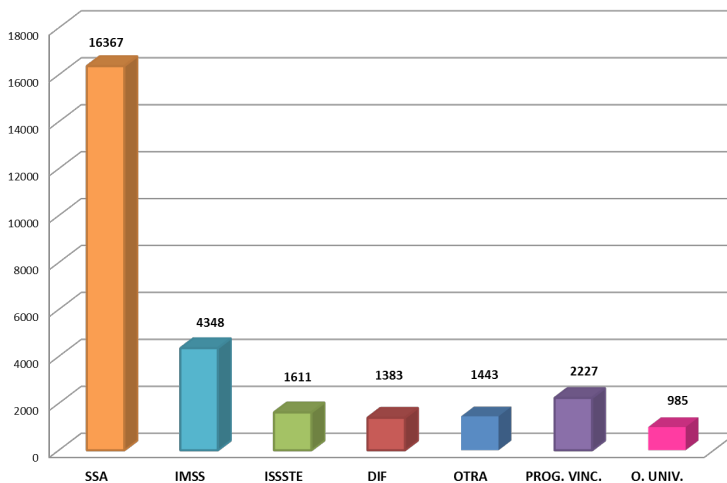
En la administración del servicio social (programación, asignación y ocupación) participan diversas instancias de la Secretaría de Salud que se vinculan con los Estados para poder llevar a cabo la gestión de los recursos económicos ante la Secretaría de Hacienda. Contar con previsiones cercanas al gasto real permite agilizar la secuencia de trámites y que los pasantes reciban sus pagos en tiempo y forma, queden debidamente registrados y les sea asignada la póliza de seguro correspondiente.

La siguiente gráfica muestra la brecha entre los montos solicitados y los realmente utilizados, aunque como puede observarse, la diferencia ha disminuido con el tiempo.

### Campos Clínicos Solicitados y Ocupados del 2008-2013 en Estomatología



### CAMPOS CLÍNICOS OCUPADOS DEL 2008 A FEBRERO 2013



## PROSPECTIVA DEL SERVICIO SOCIAL EN ESTOMATOLOGÍA

El servicio social se incorporó a la Dirección de Estomatología apenas en julio de 2010, con la intención de integrar contenidos y experiencias sociales al programa académico del mismo.

En el 2013 se tenían registradas 108 escuelas dentro del catálogo de Universidades a las que se les otorgarían campos clínicos, mientras que para el 2015, ya son 123. Definitivamente este incremento traerá complicaciones para que el presupuesto no sea rebasado y que todos los egresados dispongan de una beca. No obstante que se han hecho gestiones para que los recursos económicos se aumenten en todas las áreas, no se tiene la certeza de que se cuente con ellos para el 2016.

Derivado de las inconsistencias presentadas, el servicio social en el área de estomatología se ha distanciado de los principios fundamentales que dieron lugar a su implantación. Es imprescindible crear la infraestructura necesaria con campos clínicos suficientes y perfectamente equipados y desarrollar estrategias que permitan que todos los pasantes realicen sus actividades frente a los pacientes, ya sea a través de promoción, prevención y curación, con la tutoría de un estomatólogo. En la medida de lo posible, habrá que evitar que esta prestación se cumpla ejerciendo funciones administrativas o ajenas a las actividades propias de la implementación de la salud bucal, y cuando la ocasión lo amerite, los pasantes podrán integrarse a un proyecto de investigación, coordinado por un profesional calificado.

Algunas instituciones educativas llevan a cabo actividades extramuros en comunidades de muy alta marginación para proporcionar servicios odontológicos de calidad a estos ciudadanos. A este respecto, llama la atención el programa que tiene la Facultad de Odontología de la UNAM, con pasantes de servicio social y residentes de sus diferentes especialidades, que se valen de unidades de transportación terrestre y equipos dentales portátiles. Consideramos que este es un modelo que se debe adoptar en el Sector Público, sobre todo si aspiramos a cumplir las metas nacionales II, III y IV que se encuentran dentro del “Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018” y que refieren a Educación de Calidad, México Próspero y Cobertura Universal en Servicios de Salud con Calidad.

## CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN ESTOMATOLÓGICA

En la década de los cincuenta, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) fue la primera institución en el país que adoptó medidas dirigidas a brindar servicios de atención a la salud con calidad y seguridad. Posteriormente esta postura trascendió a todo el sector público para convertirse en una política que ha impulsado la Secretaría de Salud mediante cursos de capacitación, programas de acreditación y estímulos a la calidad en el desempeño. Entre los antecedentes más recientes encontramos la Cruzada Nacional por la Calidad, erigida a finales del siglo XX y que en 2006 se transformó en SICALIDAD. Es dentro de este programa, que en 2007 se incluye a la odontología a través del programa Calidad en la Atención Odontológica (CAO), que en la actualidad tiene asociadas a 650 unidades que brindan atención estomatológica dentro del Sector Público y algunas escuelas de odontología. La encargada de coordinar este programa es precisamente la Dirección de Estomatología (DGCES),

Bajo este programa se realizan cursos en donde los fundamentos de calidad y seguridad han sido integrados al ejercicio de los quehaceres propios de la atención a la salud bucal. Los conceptos de Calidad Técnica y Calidad Administrativa son difundidos con el propósito de que el tercer componente, que es la Calidad Percibida, sea captada por el usuario y alcanzar el objetivo final, la satisfacción del paciente.

Hemos centrado el interés en el primer nivel de atención, sin perder de vista los otros dos niveles. El cirujano dentista que presta sus servicios debe ser más resolutivo. Está claro que de los pacientes que acuden a recibir atención estomatológica en la Secretaría de Salud, solamente el 12% regresan con el propósito de someterse al saneamiento básico (no integral).

Como un componente indiscutible para brindar atención estomatológica de calidad y seguridad, es necesario incorporar servicio estomatológico especializado al sector público. Esta figura existe dentro del catálogo de puestos, pero por alguna razón no se ha impulsado. Si se pretende brindar servicios de atención buco-dental de mejor calidad, resulta de capital importancia que el primer nivel de atención tenga un segundo y un tercero al cual puedan referir los tratamientos que rebasen sus competencias.

Otro aspecto que merece especial atención y que incide transversalmente, en la calidad y la seguridad es la prescripción de medicamentos. Se debe pro-

porcionar capacitación técnica con el fin de hacer un uso racional de los medicamentos. El ahorro en los recursos económicos al erario público sería considerable y el remanente podría ser aplicable a la implementación de los procesos de calidad y seguridad, así como a la contratación de asistentes dentales, que son imprescindibles para la atención estomatológica. Una gran ventaja que se presenta en esta profesión, es que la mayoría de las emergencias se pueden resolver con procedimientos operatorios en el sillón dental, pasando a segundo término el empleo de fármacos.

Es necesario que el odontólogo se integre en los comités de la unidad y debería crearse un comité de calidad y seguridad en atención estomatológica, que involucre a personal de intendencia, administrativo, de enfermería, médico de urgencias y de vigilancia, con el propósito de diseñar estrategias y protocolos dirigidos a la reducción de tiempos de espera, la optimización de la atención del paciente, la elaboración y revisión más eficiente del expediente clínico integrado, el registro preciso y claro en la hoja de evolución, asepsia y antisepsia del equipo, instrumental y campo operatorio, acciones de tamizaje, así como disponer de tiempo para establecer una comunicación amigable y cordial con el usuario.

Con la intención de desarrollar un modelo de aprendizaje, es indispensable la creación de un centro de registro de eventos adversos. Para ello sin embargo, será necesario sensibilizar a los dentistas del servicio público, para explicarles que no sería con fines punibles, y que las personas que reportaran casos serían conservadas en el anonimato. En la Dirección de Estomatología sesionan los Grupos Técnicos de especialistas considerados líderes en su ámbito de competencia, quienes podrían revisar los casos, para emitir recomendaciones que reduzcan considerablemente estos inconvenientes.

Sería de gran relevancia profundizar en la elaboración y revisión del expediente clínico integrado, sobre todo si son pacientes que están siendo atendidos de otra enfermedad en la unidad, conciliar cita con cita tanto medicamentos como procedimientos realizados y en general tener una comunicación ágil con los médicos tratantes. Todo esto se realizaría a través del consentimiento válidamente informado del paciente, que podría contar con la asesoría de algún familiar si es necesario.

## PROYECCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA

De acuerdo a las directrices de proporcionar servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, que traza la presente Administración en materia de calidad en salud, se requiere un Sistema de Salud eficiente que brinde resultados que impacten directamente tanto en la atención recibida, como en el beneficio otorgado.

Por ello, la Dirección de Estomatología destaca cuatro componentes para fortalecer a la estomatología y reducir el rezago en salud bucal de nuestra población.

Primero, como se señala en Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”. Es bajo esta garantía constitucional, que emana el cimiento legal que regula el ejercicio de la profesión. Segundo, en el marco del Pacto por México, se estableció el Acuerdo para lograr una sociedad de derechos y libertades. Uno de los derechos es el acceso universal a los servicios de salud y por ello se requerirá igualar la cobertura y la calidad entre los diversos proveedores de servicios. Tercero, la Organización Mundial de la Salud (OMS), define al equipo de salud “como una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible”. Cuarto, la promoción de la formación y actualización de los recursos humanos para la salud.

Actualmente, en materia de calidad en la atención estomatológica se trabaja como lo indica el objetivo del Programa de Acción Específico 2013 – 2018, “Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica”, en donde se establece el seguimiento a las acciones que impacten en los servicios de estomatología mediante un sistema de calidad centrado en la seguridad del paciente y la formación de profesionales de la salud bucal competentes que respondan a las necesidades de la población dentro de un marco regulatorio del ejercicio de la práctica odontológica.

Para lograrlo, se persiguen los siguientes objetivos específicos:

- Vincular acciones con diversos sectores de la estomatología para lograr acuerdos en materia de calidad y la prestación de servicios estomatológicos más seguros y efectivos.
- Reducir las asimetrías de la calidad en la atención estomatológica mediante la generación, aplicación y difusión, de instrumentos encaminados a homogeneizar la práctica de la profesión estomatológica.



- Elevar las competencias del capital humano involucrado en la atención a la salud bucal desde su formación académica, influyendo en la malla curricular de los programas de estudio y en la participación y/o generación de programas y/o temas de capacitación.
- Incidir en procesos de garantía de calidad en estomatología que incluyan al capital humano (Certificación Profesional), así como de material, equipo e instalaciones (Certificación y/o Acreditación de Unidades de Atención con Servicio de Estomatología).
- Implementar proyectos de Gestión de Riesgos, (Notificación de eventos adversos, aplicación de herramientas de análisis, emisión de acciones correctivas, medición del impacto y supervisión).
- Impulsar la participación del servicio estomatológico en las acciones dirigidas a la Institucionalización y Gestión de la Calidad emitidas por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (Incentivos por la Calidad en Salud).

Resulta imprescindible actualizar el marco regulatorio del ejercicio de la profesión estomatológica que asegure el viraje que se plantea, sin ello las iniciativas tomadas corren el riesgo de tornarse inviables.

La estandarización de la profesionalización del personal de la salud, infraestructura, equipo, técnicas, así como el uso de tecnologías de la información, deberán estar alineadas con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población.

En 2013, la OMS publicó la Guía de seguridad para la atención en salud<sup>3</sup>, con la instrucción de que se debe integrar a la malla curricular de las carreras que brinden atención en salud. No obstante su difusión, reconocemos que no ha tenido el impacto deseado.

Bajo este concepto, insistimos en la importancia de que las escuelas de estomatología adopten a la calidad y seguridad, así como a la odontología legal, como asignaturas oficiales de sus planes de estudio y que cada materia en particular integre estos conceptos como capítulos de su temario. Estamos convencidos de que implementar esta cultura, en los recursos humanos, permitirá elevar el nivel de la atención en los sectores público, privado y educativo en beneficio de la población.

---

<sup>3</sup> [www.who.int/patientsafety/education/curriculum/toolsdownload/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/toolsdownload/en/index.html)

# CALIDAD DE LA FORMACIÓN DEL CAPITAL HUMANO EN ENFERMERÍA

*Juana Jiménez Sánchez\**

*María Alejandra Arredondo Pérez\*\**

## INTRODUCCIÓN

Ante la creciente necesidad de salvaguardar la seguridad de las personas que acuden diariamente a recibir servicios de salud y de asistencia social –sea con propósitos de prevenir enfermedades o de mantener y recuperar la salud– las autoridades de sector salud y educativo han establecido mecanismos de aseguramiento de la calidad del capital humano en formación. Para el caso de enfermería, la condición de formar personas con un alto nivel de competencia técnica, profundo sentido ético-profesional y compromiso social, ha representado un desafío en las últimas décadas, especialmente porque hoy más que nunca se tiene muy claro el compromiso de dispensar cuidados de enfermería con calidad y con gran respeto para la dignidad humana.

En ese sentido, es indispensable que la formación del capital humano de enfermería contribuya a dar respuesta a los retos del sistema

---

\* Directora de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y Coordinadora de la Comisión Permanente de Enfermería.

\*\* Coordinadora Normativa de Enfermería, de la Dirección de Enfermería, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

de salud, relacionados con cobertura, calidad, enfoque hacia la persona y el uso eficiente de los recursos. Para afrontarlos, el Programa Sectorial 2013-2018 de la Secretaría de Salud ha planteado objetivos para: cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; consolidar las acciones de protección y promoción de la salud y prevención de enfermedades; asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; reducir los riesgos de la población en cualquier actividad de su vida; avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud; y asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud<sup>1</sup>.

De igual forma, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en el Programa de Acción Específico 2013-2018 ha retomado dichos objetivos y planteado la necesidad de generar diversas acciones entre las cuales se encuentran: la instrumentación de mecanismos que permitan la homologación de la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, el fortalecimiento de la gestión de la calidad, así como garantizar la formación y actualización permanente del capital humano en salud, alineados con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población<sup>2</sup>.

Asimismo, la Dirección de Enfermería en la colaboración de la Comisión Permanente de Enfermería tiene entre sus objetivos contribuir al fortalecimiento de la calidad y pertinencia de los programas de formación de enfermería que pretende lograr mediante el despliegue de estrategias y líneas de acción, incluidas en un Programa Rector 2013-2018, lograr los objetivos planteados en los programas sectorial y específico de la Secretaría de Salud.

Este capítulo, tiene como propósito hacer una revisión de las condiciones en las que se está formando el capital humano, los retos presentes y una visión hacia el futuro en el campo de la enfermería.

## ESTADO DEL ARTE DE LA FORMACIÓN DEL CAPITAL HUMANO EN ENFERMERÍA

Durante las últimas décadas, la profesión de enfermería ha tenido cambios importantes que han sido favorecedores en algunos casos, pero que también han detonado una serie de situaciones críticas por las repercusiones que han presentado.

<sup>1</sup> Secretaría de Salud. Programa Sectorial 2013-2018, México (Acceso 13-07-2015). Disponible en: [http://www.dgces.salud.gob.mx/contenido/dgces/descargas/index/ps\\_2013\\_2018](http://www.dgces.salud.gob.mx/contenido/dgces/descargas/index/ps_2013_2018).

<sup>2</sup> Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica. México, 2014. p. 14.

A continuación se hará referencia a algunos de los factores analizados y establecidos como puntos de partida para situar en dónde estamos y hacia dónde debe transitar la enfermería en México.

Primero, es conveniente señalar que la profesión de enfermería, a diferencia de otras disciplinas, se forma en tres niveles académicos: medio superior, licenciatura y posgrado; por tanto, la complejidad para regular y garantizar la calidad de los egresados es mayor. En números aproximados, a la fecha México cuenta con 708 escuelas y facultades de enfermería, las que de acuerdo a la fuente de financiamiento pueden clasificarse en públicas o privadas de las cuales, 434 son de nivel medio superior y 274 corresponden a nivel licenciatura (Gráfica 1).

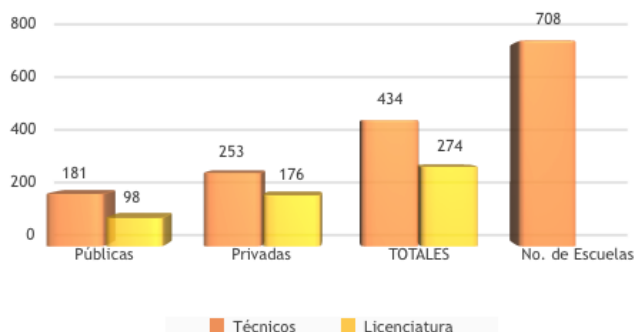
Sobre este último dato existe una situación preocupante; el incremento en el número de instituciones privadas que ofertan programas de licenciatura ha pasado de 40 en 2012 a 176 en 2015, lo cual significa un incremento de 400%; en todo caso parecería que esto vendría a solventar la preocupación por el déficit, que como país se tiene sobre el número de personal de enfermería, ya que el índice actual de enfermeras por 1,000 habitantes es de 2.7; mientras que el promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es de 8.7 enfermeras por 1,000 habitantes.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Centro de México OCDE. Brifien -Nota México 2014 (Acceso 17-julio-15) Disponible en: <http://www.oecd.org/centrodemexico>

**GRÁFICA 1**  
**REGISTRO DE ESCUELAS DE ENFERMERÍA POR NIVEL DE FORMACIÓN,**  
**SEGÚN FUENTE DE FINANCIAMIENTO.**

**Escuelas y Facultades de Enfermería**  
**México, 2015**



**Registro de escuelas de enfermería por nivel de formación, según fuente de financiamiento.**

Fuente: Datos recabados por la Dirección de Enfermería, DGCES, México, 2015.

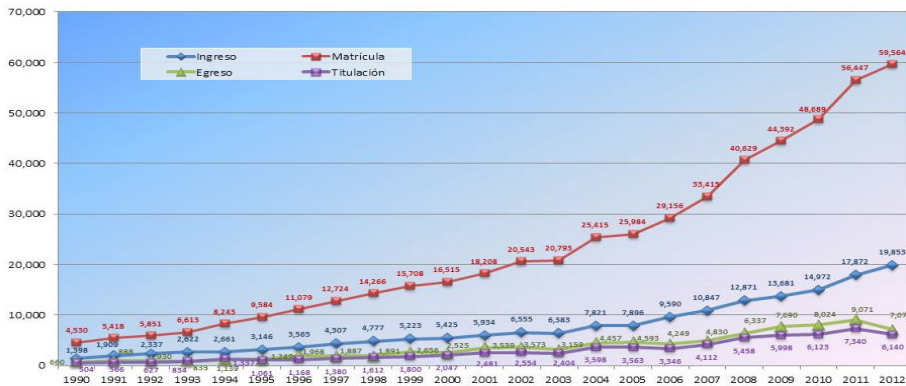
Sin embargo, dichas instituciones no necesariamente operan con programas educativos alineados a los estándares de calidad establecidos por la autoridad en la materia, la Secretaría de Educación Pública (SEP). La preocupación para la Secretaría de Salud (SS), es que los egresados de las escuelas que no cubren los estándares de calidad, generan miles de egresados con competencias limitadas que se traducen en potenciales riesgos para la seguridad de los pacientes. En un siguiente apartado se hará mención de la calidad de la formación de los egresados de estas instituciones privadas.

Respecto a la cantidad de egresados, la gráfica 2 muestra el comportamiento observado durante las últimas décadas en el que se aprecia una brecha importante entre el ingreso y la titulación de licenciatura.

## GRÁFICA 2

### Nacional

Comportamiento de la Matrícula, Ingreso, Egreso y Titulación de alumnos de la carrera de enfermería Serie histórica 1990-2012



FUENTE: Anuario Estadístico Población Escolar de Licenciatura en Universidades e Institutos Tecnológicos de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior 1990-2012

Derivado de lo anterior, se desprenden los siguientes datos: del nivel licenciatura, cada año egresan en promedio 11,842 alumnos. Respecto de los egresados del nivel medio superior, la cifra aproximada es de 33,704, lo que genera una cifra anual aproximada de 53,554, de los cuales sólo 30,380 alumnos se incorporan al Programa Nacional de Servicio Social en calidad de pasantes. Este hecho puede calificarse como una debilidad en cuanto a la eficiencia terminal de las carreras de enfermería.

Algunas instituciones educativas han estudiado el fenómeno del abandono escolar y lo atribuyen principalmente a problemas de calificación, económicos e indisciplina. Otros factores más importantes fueron los atribuidos a embarazos, ingreso a la vida laboral y adicciones.<sup>4</sup> Con relación a estudios concluidos, la deserción hacia el ejercicio profesional de la enfermería puede deberse a varios fenómenos. Entre otros se anotan los siguientes: Las escuelas que no cuentan con la acreditación<sup>5</sup> o con una opinión técnica académica favorable

<sup>4</sup> Secretaría de Educación Pública. Programa de Mediano Plazo CONALEP, 2013-2108, México, 2015. p 22

<sup>5</sup> La acreditación de un programa académico del tipo superior, es el reconocimiento público que hace una organización acreditadora no gubernamental y reconocida formalmente por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior, en el sentido de que el programa cumple con ciertos principios, criterios, indicadores y estándares de calidad en su estructura, así como en su organización, funcionamiento, insumos y procesos de

de sus planes y programas de estudio, no tienen acceso a realizar prácticas en los campos clínicos de las instituciones de salud públicas del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta política establecida por acuerdo entre las autoridades de la SS y la SEP a través del órgano colegiado de consulta, asesoría y apoyo técnico creado para ello -la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud<sup>6</sup> (CIFRHS)-constituye una estrategia para limitar el ingreso a las instituciones de salud a alumnos insuficientemente preparados que puedan exponer a los pacientes a riesgos innecesarios que provoquen eventos adversos. Esto porque ante todo, se privilegia salvaguardar la seguridad de los pacientes y con ello, el derecho constitucional de protección a la salud de los mexicanos.

Se suma a lo anterior que las escuelas sin las acreditaciones respectivas tampoco pueden acceder a realizar su servicio social en las sedes incorporadas en el Catálogo de Instituciones de Salud del Programa Nacional de Servicio Social de Enfermería<sup>7</sup>, por lo que generaciones completas de egresados se quedan imposibilitadas para titularse.

Otro argumento relativo a la deserción es la exigencia de cumplir con situaciones que van más allá de la exigencia tradicional para estudiantes de carreras de áreas no relacionadas con la salud. Durante la etapa de formación, especialmente en los primeros ciclos del plan de estudios, estas condiciones se constituyen en un filtro que permite identificar si realmente existe vocación de servicio, dado que las condiciones laborales en el ejercicio profesional requieren de personas con una clara conciencia de la gran responsabilidad que representa el cuidado de las personas y, para lograr esto, se exige una formación sustentada en los más altos valores y principios éticos y humanísticos que van más allá de la exigencia para otras carreras no relacionadas con el área de la salud.

Asimismo, las condiciones de remuneración en el campo laboral no son correspondientes con el nivel de responsabilidad que se asume, por lo que los alumnos buscan el acceso a otras carreras, una vez que terminan el bachillerato bivalente en enfermería, principalmente.

---

enseñanza, servicios y resultados.(COPAES 2015)

<sup>6</sup> Secretaría de Salud. "Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud", Diario Oficial de la Federación (DOF), México, 12 de diciembre de 2006. (Acceso 1-05-2015.) Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/reg121206.pdf>

<sup>7</sup> Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Dirección de Enfermería. Catálogo de Escuelas de Enfermería Incorporadas al Programa Nacional de Servicio Social de Enfermería. México 2015.

Lo anterior es solo un esbozo y algunos de los argumentos que en este breve espacio se pueden señalar, sin embargo, un análisis exhaustivo podría dar respuesta puntual al alto índice de deserción de la carrera de enfermería.

## MECANISMOS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DE LOS EGRESADOS DE LA CARRERA

Uno de los mecanismos de aseguramiento de la calidad es la acreditación de planes y programas de estudio llevada a cabo por organismos colegiados. Para el caso de las carreras de enfermería de nivel superior, el responsable de este proceso es el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE), el cual a la fecha tiene un padrón de escuelas acreditadas correspondiente a 12% de las escuelas de nivel superior. De éstas, solo una privada ha buscado esta certificación de la calidad de sus programas<sup>8</sup>.

Esta situación no es alentadora, si se suma a la condición que tienen las aproximadamente 434 escuelas de enfermería de nivel medio superior, que por el momento no son atendidas por este organismo acreditador. Para estas escuelas, como ya se mencionó, la SS y la SEP, por medio de su órgano colegiado, la CIFRHS, y de la Dirección de Enfermería de la DGCES, con la colaboración de la Comisión Permanente de Enfermería, han establecido un mecanismo para verificar que estas escuelas cuenten con un proyecto educativo adecuado que satisfaga las demandas y necesidades del sector salud y las aspiraciones de tipo profesional de enfermería.

El mecanismo regulador es la emisión de una Opinión Técnico-Académica (OTA). Dicha opinión se basa en la revisión del plan y programas de formación y en el cumplimiento de los “Criterios Esenciales de para la Evaluación de los Programas de las Carreras de Enfermería”<sup>9</sup>, los cuales integran los requerimientos de infraestructura física, docente, bibliohemerográfica, entre otros, pero especialmente elementos de carácter disciplinar que garanticen que la formación de enfermería esté sustentada en bases científicas, filosóficas y pedagógicas.

Los criterios se traducen en los elementos base, que idealmente deben con-

<sup>8</sup> Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE). Programas acreditados: (Acceso 22-07-2105) Disponible en: <http://www.comace.mx/>

<sup>9</sup> Secretaría de Salud. Criterios esenciales para evaluar planes y programas de las carreras de enfermería. (Acceso 23-07-2015). Disponible en: [http://enarm.salud.gob.mx/documentacion/criterios\\_esenciales/120228\\_criterios\\_esenciales\\_enfermeria\\_v1.pdf](http://enarm.salud.gob.mx/documentacion/criterios_esenciales/120228_criterios_esenciales_enfermeria_v1.pdf)



tener un plan de estudios de las carreras del área de la salud, entendiéndose por plan de estudios: el conjunto estructurado de asignaturas, actividades y experiencias de aprendizaje agrupadas con base en criterios y objetivos prefijados, que conlleva un sentido de unidad y de continuidad en sus programas, con el fin de dar coherencia a los estudios de cada carrera.

Por lo anterior, los “Criterios Esenciales para la Evaluación de Planes y Programas de Estudio de las Carreras de Enfermería”, son definidos como un instrumento técnico-administrativo-pedagógico útil para que el grupo evaluador lleve a cabo el proceso de revisión y evaluación. Se trata de una guía estructurada conformada por un conjunto de elementos o criterios medibles, que permiten emitir de manera objetiva una OTA a la SEP, como parte del trámite para el otorgamiento del Reconocimiento de Validez Oficial de Estudios (RVOE) a una escuela privada de nueva creación o que actualice su plan y programas. En el caso por instituciones educativas de orden público que por su condición jurídica gozan de autonomía y no requieren RVOE, se estableció la obtención de éste como requisito para la utilización de campos clínicos para prácticas clínicas y servicio social.

Estos criterios contienen nueve aspectos esenciales de tipo pedagógico -basados en la metodología de Frida Díaz Barriga- que a su vez representan los elementos más importantes para la formación de personal de enfermería, pues consideran los aspectos que la caracterizan como una disciplina, desde la definición de la misma y del metaparadigma, entre otros.

Con esta acción se pretende que cada proceso evaluativo realizado, contribuya a garantizar que los planes de estudio cuenten con los elementos necesarios para la formación del capital humano de enfermería en las instituciones que imparten estas carreras, de forma tal, que su compromiso se refleje en programas académicos que permitan a los estudiantes adquirir y fortalecer los cuatro pilares de la educación: “saber ser”, “saber saber”, “saber hacer” y “saber convivir”<sup>10</sup>. Por otro lado, se busca que los saberes teóricos-prácticos de la profesión se refrenden en el plan de estudios, a fin de favorecer la excelencia en la formación y dar respuestas efectivas a las necesidades sociales y de mejora de calidad en los servicios de salud, que al mismo tiempo permitan la satisfacción de las motivaciones de carácter profesional.

Los criterios disciplinares son: campo disciplinar, perfil profesional, perfil

---

<sup>10</sup> Delors, Jacques. Los cuatro Pilares de la educación. En: La Educación encierra un tesoro. México: El correo de la UNESCO. pp.91-103.

de ingreso, perfil del docente, organización y estructura del plan de estudios y curricular, programa de estudio o académico, campo clínico y organización académica administrativa, normas de evaluación, infraestructura y equipamiento.

De acuerdo con los registros de la Dirección de Enfermería, la emisión de la OTA para las carreras de enfermería han tenido un comportamiento preocupante, debido a que más de 50% de los planes y programas de estudios que son sometidos a la opinión, son dictaminados con OTA no favorable y la mayoría de las escuelas requieren de tres o más revisiones posteriores para obtener la OTA favorable. Las causas que motivan estos dictámenes, por orden de importancia, los siguientes:

Contenidos curriculares disciplinares insuficientes; algunos alcanzan sólo 30% para la formación profesional, son planes de estudio bivalentes que privilegian los contenidos de conocimientos generales. Esta insuficiencia se refleja en las competencias del egresado, que con dificultad se incorpora al mercado laboral, dadas las exigencias del sistema de salud, de proveer a los usuarios de servicios de calidad y libres de riesgos.

Los planes no reúnen los requisitos en cuanto a diseño curricular; generalmente les falta determinar las necesidades de la población y de la profesión, situación que es muy importante debido a que las instituciones que pretendan formar personal de enfermería, deben considerar las oportunidades que hay en el mercado laboral. Si bien es cierto que existe un déficit de personal de enfermería en la actualidad, es importante determinar cuáles son esas carencias en los ámbitos locales, estatales o institucionales, para no generar una sobreoferta en esos ámbitos geográficos. Se ha identificado que el problema no es en cuanto al número de escuelas y de egresados, sino a la distribución de los mismos en el nivel nacional. En algunos lugares la matrícula es suficiente para satisfacer las necesidades de los estados, en tanto que en otras entidades se exceda la oferta educativa.

Las condiciones de infraestructura, como laboratorios y bibliotecas, así como la firma de convenios con instituciones de salud para las prácticas clínicas, no existen o son deficientes. Estos aspectos son fundamentales para la formación del personal de enfermería, dadas las características de la profesión que tiene un componente eminentemente práctico. En la actualidad, resulta indispensable que las instituciones educativas incorporen al trabajo académico, los recursos didácticos y la tecnología de los simuladores para el desarrollo de

las competencias instrumentales de los estudiantes. Con ello se evita o al menos se reduce la posibilidad de que los pacientes sean sujetos de los procesos de aprendizaje.

La planta docente no corresponde con las materias o prácticas clínicas a desarrollar o supervisar. En ocasiones, las asignaturas de enfermería son impartidas por profesionales de otras disciplinas o se supervisan prácticas clínicas por profesionales médicos, cuando la formación disciplinar sólo debe ser impartida y supervisada por profesionales de la enfermería. Por desgracia, este es un tema que no se ha superado en un porcentaje considerable en las instituciones educativas. Asimismo, se ignora la necesidad de mantener una planta docente calificada técnica y pedagógicamente.

## RETOS ACTUALES Y FUTUROS EN LA FORMACIÓN DEL TALENTO HUMANO EN ENFERMERÍA

Superar las condiciones mencionadas implica un reto para las instituciones educativas y para el sistema de salud, ante la necesidad de satisfacer una demanda cada vez más numerosa y compleja de cuidados de enfermería, tanto por el incremento en la cobertura de servicios de salud, como por las condiciones de enfermedad de los pacientes. Por ello la imperiosa necesidad de fortalecer la formación no solo en cuanto a la cantidad sino más importante aún, la calidad en la formación.

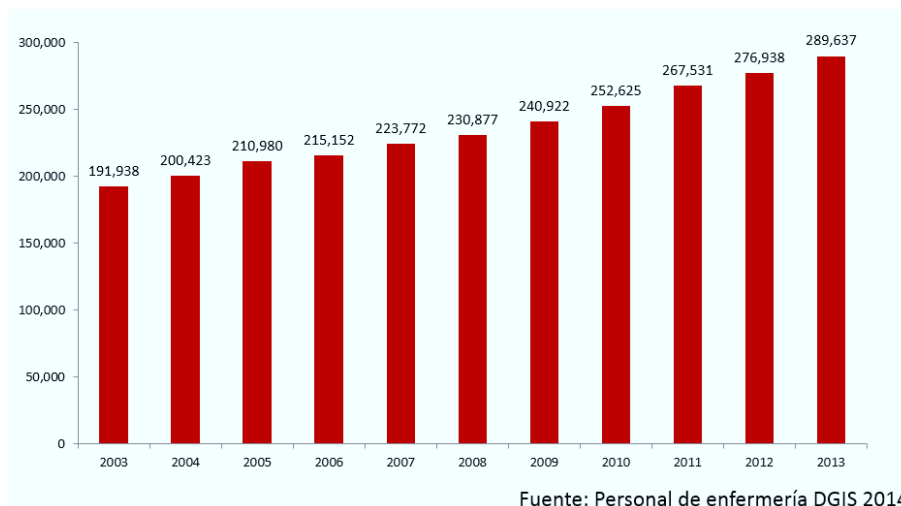
Respecto a la cantidad, algunos datos sobre el número de profesionales de enfermería en América Latina (AL) obtenidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en una encuesta realizada en 2010, permiten identificar la importancia que tiene mantener el número adecuado de estos recursos. Hay más de 80 millones de enfermeras y enfermeros en el mundo y de estos más de 5 millones están en AL. Según la encuesta, aproximadamente 60% de la fuerza de trabajo en salud está compuesta por personal de enfermería y 80% de las necesidades de atención a la salud están cubiertas por enfermería.

No obstante las cifras anteriores, hay dos situaciones que inciden en cuanto a la suficiencia de personal de enfermería: la escasez y la distribución de estos recursos humanos. La OMS sostiene que se necesita un mínimo de 23 profesionales de enfermería por cada 10,000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud. La realidad, sin embargo, es muy diferente. En el estudio

realizado por la OMS/OPS en AL, encontró que de 35 países que registraron sus datos, 10 tenían menos de 15 enfermeras(os) por cada 10,000 habitantes. Seis de los 10 tenían menos de 10 profesionales de enfermería. Esto significa que más de 50% de los países de AL que participaron en la encuesta tienen menos de 20 enfermeras y enfermeros por 10,000 habitantes. En cuanto a la distribución, se documentó que de los 5 millones de personal de enfermería que había en AL, más de 57% están concentrados en Estados Unidos.

En cuanto a México, es importante mencionar que a pesar de que el capital humano de enfermería está por debajo del estándar de la OCDE (2.7 por 1000 habitantes en comparación con los 8.7 recomendados) destaca el hecho de que durante los últimos años ha habido un incremento importante de personal que labora en las instituciones de salud. Según datos de la Dirección General de Información en Salud, en 2003 había 191,938 profesionales de enfermería, en 10 años esta cifra aumentó a 288,637; es decir casi 100 mil más en ese periodo (Gráfica 3).

**GRÁFICA 3**  
**PLAZAS DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**



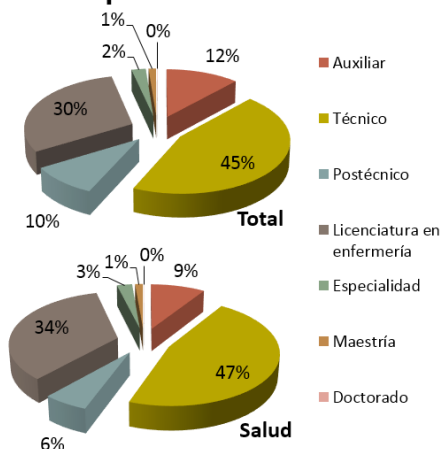
Lo importante además es que la composición también cambió. En 2006 solo 18% tenían estudios de licenciatura en enfermería; mientras que para 2014 este porcentaje se elevó a 30% en todas las instituciones y 34% en la Secretaría

de Salud (Gráfica 4), lo anterior, debido en parte a que en 2006 se inició el Programa de Promoción por Profesionalización para Personal de Enfermería para reconocer los esfuerzos que las y los trabajadores de enfermería hacen para continuar con su formación académica y con ello mejorar la calidad de los servicios de enfermería y la seguridad de los pacientes.

GRÁFICA 4

**Nivel de formación del personal de enfermería**

NIVEL ACADÉMICO	SALUD	TOTAL
Auxiliar	11,612	34,248
Técnico	59,328	130,266
Posttécnico	7,580	27,660
Licenciatura en enfermería	44,005	87,197
Especialidad	3,252	6,642
Maestría	1,652	3,479
Doctorado	49	145
<b>Total</b>	<b>127,478</b>	<b>289,637</b>



Fuente: Sistema de Información y Administración de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) Diciembre 2014

La razón de este reconocimiento está relacionado con la seguridad que representa para las instituciones de salud saber que la calidad del capital humano es garantía de mejora de los cuidados que se prestan. Asimismo, porque permite superar situaciones no deseadas como la realización de procedimientos no fundamentados en la teoría, sino basados en rutinas o el empirismo o la posibilidad para que los roles de desempeño del profesional de enfermería se adecuen al nivel de preparación académica.

Otros elementos que constituyen los pasos para contribuir a lograr la calidad de los servicios de salud, es la formación del capital humano de enfermería con bases científicas y humanísticas sólidas y desarrollo de habilidades y destrezas específicas que den respuesta a las demandas de salud actuales y futuras, así como la formación de especialistas.

La condición epidemiológica y demográfica del país demanda profesionales

de enfermería con dominios en campos como la geriatría, oncología, salud mental y psiquiatría, por citar algunos. Sin embargo, persiste la formación de especialistas en campos tradicionales, como: pediatría, cuidados intensivos, médico quirúrgico, entre los de mayor demanda (Cuadro 1). Urge una transformación que permita en el mediano plazo la formación de especialistas que cubran las demandas de atención de una población con tendencia hacia un incremento de adultos mayores de 65 años y con enfermedades crónicas.

La transformación implicará también transitar de los cursos “posttécnicos”, que mantiene la misma tendencia que los estudios de posgrado en enfermería de capacitar en los aspectos clínicos tradicionales (Cuadro 2) y que no promueven el crecimiento profesional ya que se trata de capacitación para el trabajo y en consecuencia no genera un grado académico. Es necesario dar paso a la promoción de estudios de posgrado, para contribuir a garantizar un cuidado profesional altamente calificado.

En ese mismo sentido, existe una corriente mundial impulsada por diferentes organismos gubernamentales y asociaciones civiles para que en los países se trabaje en favor de desarrollar estrategias para lograr la cobertura universal de salud y el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud. Una estrategia de la cual existen evidencias sobre su efectividad y los beneficios económicos asociados, es la Práctica Avanzada de Enfermería (EPA), en áreas como la atención primaria. Sin embargo, esta práctica ha generado controversias con otros profesionales del área de la salud, quienes ven este rol ampliado de enfermería como un competidor en el ejercicio de la práctica independiente, que ha requerido de la revisión y regulación por cuerpos especializados en la defensa de los consumidores.<sup>11</sup>

La EPA se ha entendido y aplicado de diversas maneras en los países en los que se ha implantado (en Canadá y Estados Unidos desde hace más de 60 años). Por ello, el Consejo Internacional de Enfermeras ha dado una definición que en términos generales engloba las siguientes características: la denominación de práctica experta derivada del conocimiento de nivel avanzado (posgrado) y experiencia permite la toma de decisiones complejas, un ejercicio profesional ampliado, la adquisición de nuevas responsabilidades, tales como la

<sup>11</sup> OCDE. Sesión III Abogacía: Incorporación de las políticas de competencia en la política económica general y medidas adoptadas por el gobierno en los países de América Latina y el Caribe. En: Foro Latinoamericano de Competencias. ( Acceso 23-07-2015) Disponible en : [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/LACF\(2014\)17&docLanguage=Es](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DAF/COMP/LACF(2014)17&docLanguage=Es)

elaboración de juicios valorativos para diagnosticar y referir pacientes para su ingreso hospitalario o para su atención por otros profesionales de la salud, y la competencia para prestar servicio de consultoría a otros dispensadores de servicios de salud.<sup>12</sup> Asimismo, la EPA está caracterizada por poseer habilidades para la generación, análisis y aplicación de los resultados de la investigación para guiar el trabajo clínico en su ejercicio profesional.

**CUADRO 1.**  
**OFERTA EDUCATIVA DE ESTUDIOS DE POSGRADO EN ENFERMERÍA MÉXICO, 2015**

Especialidad	Número de instituciones que la ofertan
Administración y Docencia	18
Pediatría/ Neonatología	17
Cuidados intensivos	14
Quirúrgica	13
Salud Pública	8
Nefrología	6
Gerontología/ Geriatría	4
Urgencias	4
Materno infantil	4
Cardiología	3
Oncología	2
Psiquiatría	2
Estomas	2
Perfusión	1
Industrial	1
Neurología	1

Respecto al servicio social, se hace necesario hacer un replanteamiento de las condiciones en las que ha operado en los últimos años. La Ley General de Salud en el Título Tercero, Capítulo II, referente al servicio social de pasantes y profesionales, en el Artículo 87 establece que la prestación del servicio social

<sup>12</sup> CIE. Enfermera de atención directa/enfermera de práctica avanzada: definición y características. (Acceso 23-07-15) Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/1b\\_FS-Enfermera\\_atencion\\_directa\\_practica\\_avanzada-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-Enfermera_atencion_directa_practica_avanzada-Sp.pdf)

deberá realizarse en unidades médicas del primer nivel de atención y de manera prioritaria en áreas de menor desarrollo económico y social.

**CUADRO 2.**  
**OFERTA EDUCATIVA DE CURSOS POSTÉCNICOS EN ENFERMERÍA MÉXICO, 2015**

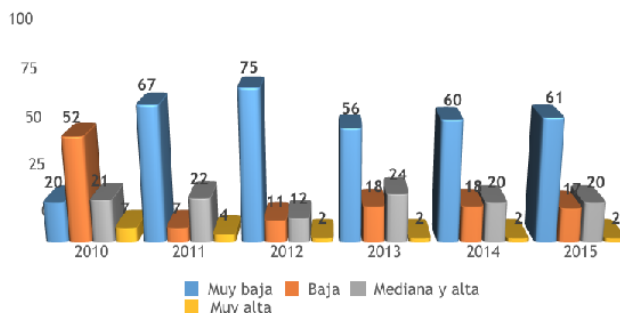
<b>Curso</b>	<b>No. de instituciones que ofertan</b>
Administración y Docencia	18
Salud Pública	9
Cuidados Críticos	8
Quirúrgica	6
Perinatal	6
Pediátrica	6
Del anciano	5
Rehabilitación y Cultura Física	2
Oncológica	2
Salud Mental	1
Cardiovascular	1

La realidad es que en los últimos decenios esta situación se ha desvirtuado por múltiples factores que requieren de un análisis a profundidad que permita a las instituciones educativas replantear nuevos esquemas de prestación que hagan efectivo el espíritu del servicio social. El gráfico 5 muestra cómo ha venido transformándose la aplicación del programa en los últimos cuatro años; un concentración mayor en áreas de muy baja y mediana marginación.



### GRÁFICO 5

Campos clínicos ocupados por pasantes de las carreras de enfermería por áreas de marginación 2010 - 2015



## CONCLUSIONES

Si bien durante los últimos años se ha insistido en la necesidad de establecer políticas mucho más exigentes sobre los requisitos que deben observar las instituciones educativas que forman el capital humano en enfermería, también es cierto que ha sido una situación difícil debido a la falta de respaldo jurídico en ese sentido, por lo que los esfuerzos hechos hasta el momento han solucionado solo en parte la problemática expresada en este capítulo que trató los aspectos más relevantes de la formación de profesionales de enfermería.

A pesar de lo difícil que ha resultado, también es una verdad que para la Dirección de Enfermería de la SS (con la responsabilidad de coordinar la Comisión Permanente de Enfermería) éste ha sido un tema prioritario porque es muy claro que la calidad y la seguridad de los pacientes constituyen una responsabilidad ética que se debe fomentar durante todo el proceso de formación. Por ello, la mejora de la educación deberá ser un tema de gestión permanente en la agenda de trabajo de las instituciones de salud y educativas.

El enfoque, en este sentido, será promover políticas que cierren la brecha entre lo que se enseña en las escuelas y las habilidades que el mundo de hoy demanda: desarrollar personas con competencia para un aprendizaje a lo largo de la vida. En la misma línea, se necesita que las instituciones educativas inviertan de manera más efectiva en el desarrollo de la investigación y la tecnología

para que el capital humano en formación desarrolle una mayor capacidad para generar servicios de calidad técnica e interpersonal.

Todo lo anterior tiene un común denominador, la manera en que se da y opera la formación del capital humano de enfermería, la cual está determinada en gran medida por las condiciones en las que se desarrolla el proceso educativo. Si no hay una sólida e integral formación profesional, es entendible que se refleje en prestación de servicios de mala o baja calidad y haya usuarios insatisfechos de sus expectativas y en los servicios de salud que se le proporcionan.



# PROGRAMA DE ESTÍMULOS A LA CALIDAD

*Josefina Arellano G.\**

*Jorge Enríquez Hernández\*\**

## INTRODUCCIÓN

El interés por incentivar al personal de salud para elevar la calidad de la atención de los servicios que se prestan a la población, no es tema nuevo en el Gobierno Federal. El Programa de Estímulos a la Calidad tiene su origen en 1997.

Si bien en sus inicios se estableció como mecanismo para apoyar la economía del personal de enfermería que laboraba directamente en las comunidades del país -con requisitos que no incluían una evaluación del desempeño y sí un esfuerzo por la capacitación permanente- a lo largo del tiempo ha ido reestructurándose hasta convertirse en una valiosa herramienta de reconocimiento al personal y se ha constituido como pieza clave para la evaluación de la calidad de la atención que se otorga a los usuarios de los servicios de salud.

Los retos que ha significado su operación y el compromiso de quienes conforman la extensa red de Comisiones y Comités a lo largo del país, ha permitido que se consolide como un reconocimiento basado en evidencias objetivas que año con año busca transparentar su operación.

---

\* Subdirectora de Normativa de Procesos Educativos en Salud/DGCES, SS.

\*\* Director de Procesos Normativos en Salud/DGCES, SS.

Si consideramos que la evaluación del desempeño del personal nos permite conocer si el desarrollo de las actividades institucionales responde a las necesidades de la población, estimamos entonces que este programa constituye una herramienta fundamental en la evaluación de la calidad de la atención.

A partir de 2004 se estableció un mecanismo de evaluación de “360 grados” o evaluación integral, por considerarse la herramienta óptima para medir el desempeño y las competencias y a partir de los resultados diseñar programas de desarrollo.

La evaluación de 360 grados se basa en la recolección de información de múltiples fuentes (jefe inmediato, evaluado, compañeros, usuarios...), lo que permite apreciar de manera integral el resultado del desempeño, competencias, habilidades y comportamientos específicos esperados del trabajador(a) para el logro de los objetivos de la institución.

Los resultados obtenidos permiten además detectar áreas de oportunidad del individuo, el equipo de trabajo y la organización, a fin de implementar acciones que permitan una mejora integral en el desempeño organizacional.

Para la obtención de mejores resultados, es necesario que el trabajador conozca las conductas esperadas en su desempeño, así como el resultado de su evaluación, hasta identificar de manera individual las habilidades y competencias que deberá reforzar para tomar decisiones personales en favor de la institución.

## ANTECEDENTES

En 1994, la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), en coordinación con la Secretaría de Salud (SS), implementaron el programa “Enfermeras en Solidaridad”, como una estrategia complementaria a las acciones de apoyo y reforzamiento de la infraestructura en unidades y centros hospitalarios del Gobierno Federal.

Se seleccionó este grupo de trabajo no solo por constituir el núcleo más numeroso dentro de las unidades de salud en todo el país y ser uno de los eslabones de mayor importancia en la prevención, curación y rehabilitación, sino como reconocimiento a su vocación de servicio público, espíritu solidario y desarrollo profesional.

El programa se regía por cuatro principios básicos:

1. Respeto a la voluntad, iniciativas y formas de organización locales

2. Impulso a la participación social
3. Corresponsabilidad entre sociedad y gobierno
4. Transparencia, honestidad y eficiencia en el manejo de los recursos.

Entre sus objetivos, señalaba:

1. Otorgar un estímulo económico y apoyar la superación profesional de las enfermeras con mejor desempeño, calidad humana y probada eficiencia;
2. Favorecer el desarrollo de la enfermería en el país, la competencia creativa del personal, su acción comunitaria y el trato adecuado a los usuarios, para contribuir a superar la calidad y calidez de los servicios de salud;
3. Impulsar el reconocimiento de la sociedad al personal de enfermería y favorecer la participación de la comunidad en los programas y servicios de atención a la salud y bienestar social.

El estímulo contemplado consistía en un diploma y un incentivo económico anual único por un monto equivalente a mil nuevos pesos, que se entregaba por medio de cheque nominal, en un acto al que asistían los trabajadores de la unidad y autoridades locales. Además, se otorgaban becas de 4,000 nuevos pesos para la superación profesional, aplicables a actividades de capacitación y actualización en temas prioritarios para la unidad de salud y la comunidad, en el marco de la programación institucional.

La coordinación operativa del programa era responsabilidad de las delegaciones estatales de la SEDESOL, mismas que apoyaban y asesoraban a los Comités de Salud, efectuando la coordinación interinstitucional con la SS, la Secretaría de la Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM) y las Contralorías estatales, lo que promovía la participación armónica de la comunidad y los gobiernos de las entidades. La Coordinación de Programas de Salud asesoraba la aplicación del marco normativo del programa. Los recursos presupuestales para el pago de becas eran aportados por la SEDESOL.

La forma de realizar la calificación quedaba establecida por parte de cada institución o unidad y se aplicaba a partir de las jefaturas de enfermería. Ésta debía ponderar los siguientes aspectos:

1. Formación académica
2. Antigüedad
3. Desempeño en el servicio (asistencia, puntualidad, permanencia en el

lugar de trabajo, respeto y trato cálido al usuario, eficiencia y calidad técnica)

4. Actividades académicas en servicio
5. Identidad y compromiso institucional
6. Participación en acciones comunitarias
7. Otras actividades sobresalientes

Para participar en el programa, lo(a)s empleado(a)s debían tener nombramiento de base o al menos un año cumplido en servicio en cualquier nivel de atención, con nombramiento como “auxiliares de enfermería” o “enfermero(a) general o especialista”, con ejercicio de actividades operativas en su unidad y acciones administrativas, docentes y de campo.

El número de estímulos se definía por las instituciones de salud de acuerdo con el universo de enfermero(a)s de base en cada unidad, considerando que el beneficio del estímulo económico se debía otorgar en promedio a un 20 al 40% del personal de enfermería de probada eficiencia y vocación de servicio comunitario de las siguientes instituciones: SS, SEDENA, Unidades del Estado Mayor Presidencial, SEMAR, ISSSTE, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), IMSS-Solidaridad, Servicios de Salud de los Gobiernos Estatales, Cruz Roja e Instituto Nacional Indigenista (INI), en las 32 entidades federativas. En 1995 se entregaron 22,882 incentivos económicos y 1,026 becas, correspondientes a un ejercicio presupuestal de N\$ 26,986,000.00 (veintiséis millones, novecientos ochenta y seis mil nuevos pesos).

En el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, se señalaba como una de las estrategias para lograr los objetivos de los programas de desarrollo de recursos humanos para la salud: “Diseñar un esquema de incentivos para que la remuneración sea proporcional al desempeño e impulsar el servicio civil de carrera en el área de la salud(...)”, y estipulaban que se debían desarrollar mecanismos que permitieran evaluar la calidad de los programas educativos y su repercusión, tanto en la prestación de los servicios, como en el quehacer de los trabajadores de la salud.

El 23 de octubre de 1996, el presidente de México, Ernesto Zedillo Ponce de León, anunció que se pondría en funcionamiento un programa para reconocer la labor de los profesionales en Salud a partir de 1997, por lo que la SS, por medio de la Subsecretaría de Servicios de Salud y la Dirección General de

Enseñanza en Salud, basados en el programa “Enfermeras en Solidaridad”, elaboró una propuesta para implementar el “Programa de Estímulos al personal de Enfermería”.

Los estímulos se destinaban a personal de enfermería de probada eficiencia y vocación de servicio comunitario adscrito a: SS, SEDENA, SEMAR, Unidades del Estado Mayor Presidencial, Servicios de Salud de los Gobiernos Estatales, Departamento del Distrito Federal (DDF), DIF, IMSS-Solidaridad, ISSSTE, PEMEX, Cruz Roja e INI, en las 32 entidades federativas.

Para obtener el estímulo se requería ser trabajador de base o con un año cumplido de servicio en cualquiera de los tres niveles de atención. Participaban auxiliares de enfermería, así como enfermeras generales y especialistas que realizaran trabajo operativo en la unidad de salud, además de acciones administrativas, docentes y de campo.

La programación estatal de actividades exigía la coordinación con las instituciones participantes, con el fin de determinar el universo del personal de enfermería, la disponibilidad de recursos financieros, las acciones de asesoría y apoyo, y las actividades de seguimiento, contraloría social y evaluación del programa. De acuerdo con la propuesta, los trabajos debían efectuarse de noviembre a diciembre.

El proceso para el otorgamiento de los estímulos y las becas se mantenía como en el programa anterior. Desde el nivel federal, la Comisión Interinstitucional para la Formación de los Recursos Humanos en Salud (CIFRHS) definiría el número de estímulos a repartir según el universo de enfermero(a)s. Los oficios de aprobación de los recursos debían ser emitidos por la SS a nombre del titular de la institución, para que gestionaran el trámite de liberación y la emisión de los cheques nominales que debían entregarse en un acto público estatal.

El seguimiento y la evaluación debían realizarse en el seno de los Comités Estatales, que reportarían estas acciones al Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recursos Humanos para la Salud, mismo que se encargaría de la evaluación estatal del Programa, para llevar a cabo el seguimiento, control y evaluación general.

La propuesta incluía dos formatos de evaluación con los siguientes criterios:

A partir de noviembre de 1996, se integró un grupo de trabajo encargado de revisar la propuesta del programa y las observaciones o sugerencias emitidas por las instituciones involucradas, instituciones educativas en enfermería y las



entidades federativas. De estos trabajos surgió el “Programa de Estímulos a la Productividad y Calidad del personal de Enfermería”. Con éste se inició un sistema de evaluación del desempeño del personal de enfermería que sirviera para otorgar los estímulos en condiciones de equidad y justicia, al considerar que la evaluación aceptada por los participantes conseguiría fomentar el deseo de superación y mejoramiento continuo, la permanencia y el arraigo institucional. Se pretendía, además, que a partir de una evaluación sistematizada se fortalecieran las motivaciones de servicio responsable y humanístico propios de la profesión, favoreciendo el perfil de enfermería que las instituciones demandaban para ofrecer la mayor calidad de los servicios y que por medio de este proceso se cultivara la competitividad, la autoevaluación y una cultura de la evaluación permanente.

El 10 de febrero de 1997 se estableció el Comité Nacional de Estímulos a la Productividad y Calidad del personal de Enfermería, y el 14 del mismo mes se realizó en la Ciudad de México el “Taller de Difusión y Operación del Programa”, para darlo a conocer al personal de las jefaturas de enseñanza y las jefaturas de enfermería de las entidades federativas, quienes tendrían la responsabilidad de su operación, a fin de identificar las funciones que debían desarrollar.

Las instituciones participantes eran: SS, SEDENA, SEMAR, Estado Mayor Presidencial, ISSSTE, IMSS-Solidaridad, Secretaría de Comunicaciones y Transportes (SCT), DIF, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal y los Servicios de Salud en las 32 entidades federativas.

Los objetivos del Programa fueron:

1. Impulsar el reconocimiento institucional al personal de enfermería y estimular la participación de la comunidad en los programas y servicios de atención a la salud.
2. Favorecer el desarrollo de la enfermería en el país, la competencia creativa del personal, y el trato adecuado a los usuarios, para contribuir a mejorar la calidad y el sentido humano con que se prestan los servicios de salud en nuestras instituciones públicas.
3. Otorgar un reconocimiento escrito y un estímulo económico mensual, durante un año, al personal de enfermería de las instituciones públicas del país, que tras una evaluación objetiva y homogénea alcancen los mejores niveles de desempeño, calidad humana y eficiencia en el cumplimiento de su trabajo.

Entre sus características destacaba lo siguiente:

1. El ingreso al programa y permanencia del personal se efectuaba mediante la solicitud del interesado, entrega de documentación y la evaluación que realizaban los Comités Locales y Estatales establecidos para ese fin.
2. Para ser evaluado debía cubrir los siguientes requisitos: dos años de servicio en la institución y 90% de asistencias comprobadas respecto a todos los días laborables, con excepción del conteo de las vacaciones programadas y los permisos para asistir a actividades de actualización y capacitación concluidas con éxito.
3. Los estímulos económicos se distribuirían de forma equitativa por Entidad Federativa y se asignarían de acuerdo a la disposición presupuestal, por categoría y puntaje obtenido.
4. Los casos de inconformidad eran dictaminados por el Comité Nacional.

La evaluación del personal se realizaba en cuatro rubros:

1. Autoevaluación. El trabajador determinaba si reunía los requisitos necesarios para participar en el programa.
2. Evaluación del Comité Local. Seleccionaba y calificaba a los aspirantes a participar en el programa.
3. Evaluación del Comité Estatal. Dictaminaba las solicitudes de los aspirantes.
4. Evaluación del Comité Nacional. Validaba (en caso procedente) el dictamen de los Comités Estatales.

El proceso de evaluación consideraba tres criterios generales para calificar el desempeño:

1. Responsabilidad y Competencia
2. Relaciones humanas y Actitud en el trabajo
3. Superación y Desarrollo.

Se elaboraron formatos de evaluación que contenían los criterios y el valor de cada uno de ellos, además de los indicadores y parámetros del puntaje a otorgar, los cuales se ponderaban por frecuencia (“siempre”, “frecuente” y “ocasional”). Incluían algunos indicadores en que solo se cuantificaba la frecuencia de mayor ponderación, por considerarse esenciales en el quehacer de la enfermería e indispensables en la atención al usuario.

Para establecer el marco legal de la operación del programa, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) expidió la “Norma para la Aplicación de Estímulos a la Productividad y Calidad a favor del personal Médico y de Enfermería (USC 01-1997)”, con vigencia del 1 de mayo de 1997 al 30 de abril de 1998, en la que se señalaba la distribución de los estímulos de acuerdo al universo total y el monto del estímulo basado en el salario del trabajador.

Se integró un Comité Nacional, presidido por el Subsecretario de Coordinación Sectorial de la SS. El Secretariado Técnico era representado por personal de la Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Coordinación Sectorial y la Dirección General de Enseñanza en Salud, más 32 Comités Estatales presididos por el titular de los Servicios de Salud en el Estado; el Secretariado Técnico recaía en el Responsable de Enseñanza de la SS en la entidad. Los integrantes debían ser los representantes de las instituciones participantes y las instituciones educativas, federaciones y Colegios estatales de enfermería. Este Comité debía establecer las Comisiones Locales necesarias en las Unidades de la entidad.

El envío de resultados locales incluía, además del acta correspondiente, el listado nominal de los beneficiarios en formato especial con la firma en cada hoja de los integrantes de la Comisión y en el caso del Comité Estatal, avalado por los integrantes del mismo. En cumplimiento al Acuerdo surgido en el seno de la X Reunión del Consejo Nacional de Salud (CNS), relativo al inicio de las acciones del programa, el 28 de julio de 1997 se publicó la Convocatoria para el Programa y los resultados se dieron a conocer en octubre de ese año.

La SHCP, a través de la Unidad de Servicio Civil, emitió el 1 de mayo de 1998 una actualización de la “Norma para la Aplicación de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del personal Médico y de Enfermería (USC-EST-04-1998)”. En ella se establecía: cambio de nombre del programa; pago cuatrimestral; un sistema de evaluación; criterios de evaluación; elaboración de un reglamento; publicación de una convocatoria y promoción de un Comité Nacional, Comités Estatales y Comisiones de Trabajo, con señalamientos de las obligaciones que en la operación del Programa tienen las dependencias y entidades respecto a la integración y resguardo de expedientes.

Para ello, se solicitó a las dependencias y entidades participantes que presentaran propuestas útiles para mejorar la operación y el sistema de evaluación, con base en los documentos con que se estaba operando el Programa, agregando los apartados en los que se describían las funciones y atribuciones del Comi-

té Nacional, los Comités Estatales y las Comisiones Locales. Del análisis de los documentos recibidos se derivaron modificaciones a la operación del programa en relación con el que se aplicó en la promoción anterior. Con ello se pretendía facilitar el manejo de la información en todos los niveles de operación y dar mayor claridad al procedimiento de evaluación, tanto a los participantes como a los responsables de efectuarla.

El formato de evaluación que se aplicaría al personal sería el correspondiente a su código funcional y se complementó con una “Guía del Evaluador” como apoyo, en la que se recomendaba que para la selección de los parámetros se utilizarían los siguientes rangos: Siempre (del 100 al 95% de las veces); Frecuente (del 94 al 75% de las veces) y Ocasional (del 74 al 50% de las veces).

Se implementó un formato de solicitud de participación, una guía para currículum vitae y una cédula de inconformidad; se emitió un modelo de acta final para los comités estatales; se establecieron claves estatales para asignación de folios a los expedientes de lo(a)s participantes; en cuanto al sistema de evaluación, se eliminó el formato para “Enfermeras en Administración Central” y se incluyeron dos nuevos formatos: uno para Enfermero(a)s Jefes y Subjefes en Segundo y Tercer Nivel de Atención; otro para Enfermero(a)s en Enseñanza Clínica en Segundo y Tercer Nivel de Atención. Se utilizó un sistema de manejo computarizado de la información del programa, elaborado en el programa DBASEIII Plus.

Aun cuando las normas hacendarias ordenan la aplicación del programa también para personal médico, al no contarse todavía con los instrumentos de evaluación, en esta promoción participó sólo el personal de Enfermería. Se publicó la Convocatoria para esa promoción el 8 de enero de 1998. Ahí se señalaba que el periodo a evaluar era del 1 de junio de 1997 al 30 de abril de 1998.

Durante el tercer bimestre de 1997 se integró un grupo de trabajo en el Comité Nacional, a fin de ampliar las áreas de la salud beneficiarias del programa, contemplando para ello a los médicos, cirujanos dentistas, químicos, biólogos, veterinarios, psicólogos y trabajadores sociales.

En abril de 1998 se efectuó una reunión con los representantes administrativos de las instituciones participantes en que se entregaron para su análisis, los montos de recursos financieros requeridos para incluir, en una primera etapa de ampliación del programa, a médicos, cirujanos dentistas y trabajadoras sociales, en el cual informaron que no se contaba con los recursos financieros

para ello. Se reiteró que cada institución debería realizar las gestiones pertinentes ante la SHCP.

El 24 de junio de 1998 se llevó a cabo una reunión del Comité Nacional. Ahí se informó a los representantes institucionales que a partir de ese año se integrarían al programa los médicos y odontólogos y se entregó a los asistentes el programa correspondiente para su análisis y revisión. El 30 de junio de 1998 se expusieron los comentarios de cada institución durante la reunión del Comité. El Programa fue enviado a la Unidad de Servicio Civil de Hacienda, para que se emitiera la autorización correspondiente para su operación, fundamentada en la Norma emitida en mayo.

Para la Promoción 1998-1999 y a propuesta de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, se efectuó una nueva revisión de las cédulas de evaluación y algunos ajustes de redacción e indicadores del criterio III (Superación y Desarrollo). Para mejorar el proceso administrativo, se estableció que la totalidad del estímulo fuera cubierto en el mismo año mediante tres pagos liberados en los meses de agosto, octubre y diciembre, con el tabulador vigente entonces.

Los objetivos planteados señalaban:

1. Impulsar el reconocimiento institucional al personal de enfermería y estimular su participación con la comunidad.
2. Favorecer el desarrollo de la enfermería en el país, la competencia creativa del personal y el trato adecuado a los usuarios, a fin de contribuir a mejorar la calidad y el sentido humano con que se prestan los servicios de salud en nuestras instituciones públicas.
3. Otorgar un reconocimiento escrito y un estímulo económico anual al personal de enfermería de las instituciones públicas del país que, luego de una evaluación objetiva y homogénea, alcancen los mejores niveles de desempeño, calidad humana y eficiencia en el cumplimiento de su trabajo.

Las metas incluidas en el programa eran las siguientes:

- El índice de ausentismo global del personal de enfermería debe ser menor a 4.5%;
- Abatir el ausentismo no programado para lograr mayor satisfacción de los integrantes del equipo de salud;
- El porcentaje de la plantilla autorizada del personal de enfermería debe estar cubierto en al menos 90%;

- El personal de enfermería debe realizar actividades para las que fue contratado en su totalidad;
- El personal de enfermería debe demostrar habilidad y motivación, así como satisfacción, participación y compromiso con la organización en un 90%;
- En todas las unidades de salud se deberá contar con un programa de capacitación para el personal de enfermería, acorde con las necesidades reales de este personal;
- Disminuir las quejas para el personal de enfermería por trato incorrecto al usuario en los diferentes registros disponibles en la unidad;
- Todas las unidades de salud deben disponer de un módulo o al menos de un buzón para recibir las opiniones, quejas, sugerencias, agradecimientos o inconformidades; se mantendrá un control actualizado de todos los casos;
- Las quejas y sugerencias que resulten pertinentes o procedentes serán atendidas, analizadas, resueltas y se divulgarán sus resultados en un 95%;
- Que el usuario califique favorablemente la apariencia del personal de la unidad, como resultado de una buena imagen del mismo;
- El personal de enfermería debe atender a todo usuario en forma amable, respetuosa y personalizada para fomentar una buena opinión;
- La distribución del personal de enfermería y de las cargas de trabajo debe ser equitativa;
- El jefe inmediato superior debe resaltar aquellos aspectos favorables de todos los integrantes del equipo de trabajo.
- Entre los elementos que se tomaron en cuenta para la evaluación estaban:
  - Currículum vitae que integrara información sobre: formación, superación y desarrollo profesionales, con las acreditaciones documentales correspondientes;
  - Competencia profesional;
  - Desarrollo de actividades relevantes;
  - Asistencia y puntualidad;
  - Productividad a partir de la evaluación de su desempeño laboral;
  - Relaciones humanas y actitud para el trabajo.

El CNS propuso el establecimiento de un Sistema de Evaluación que permitiera llevar a cabo ejercicios de medición sistemática y análisis del Programa, para apoyar la toma de decisiones tendientes a mejorar la calidad de la atención y realizar la valoración de la congruencia de los objetivos y metas planteados con las acciones emprendidas. Para ello, se debían aplicar parámetros de evaluación por entidad, nivel de atención e institución participante, de modo trimestral, semestral o anual.

Para la Promoción 1998-1999, se integró -en los mismos términos que el de enfermería- el “Programa para Médicos y Odontólogos”, bajo lo señalado en la Norma de Hacienda. Para ello debían establecerse Comités Estatales y Comisiones Locales para cada disciplina.

Se incorporaron al Comité Nacional para estas disciplinas, además de los representantes de las instituciones participantes, representantes de: Facultades de Medicina y de Odontología de la UNAM; Escuela Superior de Medicina del IPN; Academia Nacional de Medicina; Academia Mexicana de Cirugía; Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM).

Para la Promoción 2000-2001 (Quinta de Enfermería y Tercera de Médicos y Odontólogos), se unificaron por primera vez los periodos de operación del Programa. Las convocatorias se publicaron el 22 de noviembre de 2000; y se señaló que el periodo de evaluación sería del 1 de marzo al 31 de diciembre del mismo año y los resultados se publicarían en la segunda quincena de abril de 2001. A partir de entonces se facultó a los Comités Estatales para atender las inconformidades y emitir los dictámenes correspondientes, y se informó al Comité Nacional sobre ello.

En la Promoción 2001-2002 (Sexta de Enfermería, Cuarta de Médicos y Odontólogos) se designó como Presidente del Comité Nacional al Subsecretario de Innovación y Calidad, y como Secretario Técnico al Coordinador de Asesores de la misma Subsecretaría. Debido a la reestructuración de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Calidad en Salud y la Dirección General de Enseñanza en Salud se integraron en unidad como la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), amén de incluir la participación de los representantes del área de calidad de las Entidades Federativas en las actividades correspondientes a los Comités Estatales.

Hasta esa promoción se trabajaba con dos convocatorias, tres reglamentos, ocho cédulas de evaluación para enfermería, seis cédulas para médicos y

tres para odontólogos. El pago del estímulo era cuatrimestral pero con retrasos frecuentes.

Con los resultados de la promoción 2000-2001, el Secretariado Técnico realizó una primera evaluación del Programa y determinó que los participantes no tenían información completa, suficiente y oportuna sobre el procedimiento de evaluación, lo que provocaba la presentación de numerosas inconformidades en las Comisiones Locales: las cédulas de evaluación se consideraban subjetivas en un alto porcentaje, la información enviada por los Comités Estatales registraba inconsistencias en los datos administrativos que retrasaban el proceso de liberación de recursos para el pago, y en algunos casos, la información del acta final era incongruente respecto a las listas del padrón de beneficiarios.

Ante ello, se determinó la conveniencia de evaluar aspectos como: formulación, diseño, eficiencia de los medios, recursos utilizados, congruencia con los objetivos planteados, logros obtenidos y apego a la normatividad en la operación. Todo ello, a fin de contribuir con el mejoramiento de las acciones del programa y validar el proceso de evaluación. Este estudio estaría a cargo de la Comisión Interinstitucional de Enfermería.

En forma simultánea, el Secretariado Técnico del Comité Nacional organizó durante febrero de 2002 cinco talleres regionales en los que participaron las 32 entidades federativas. Del nivel federal asistieron el Secretariado Técnico del Comité Nacional y un representante de la DGCES. Asimismo, se contó con la presencia de los Secretarios Técnicos de los 32 Comités Estatales y representantes de las áreas administrativas de la SS de 29 entidades federativas.

Durante estas reuniones, los Comités Estatales de las entidades federativas presentaron su situación y se identificaron 108 propuestas de mejora, de las cuales 54 eran comunes al menos para dos entidades y se clasificaron de la siguiente manera:

En las reuniones se generaron compromisos que, sin contravenir las normas vigentes, permitieran facilitar la operación del programa en ejecución, y dar celeridad a los trabajos de actualización para presentarlos a las autoridades competentes para su autorización.

En reunión del Comité Nacional celebrada en octubre de 2002, el Dr. Enrique Ruelas Barajas, Subsecretario de Innovación y Calidad y Presidente del Comité, comunicó la transferencia del Secretariado Técnico y la operación del Programa a la Dirección General Adjunta de Calidad y Educación en Salud,



como parte de la reestructuración del mismo para alinearlo con los objetivos de la Cruzada Nacional por la Calidad en los Servicios de Salud (2001-2006).

En esa reunión se consignó que tras el análisis de los documentos generados en los talleres, y luego de la revisión histórica del proceso del Programa, la propuesta de modificación se basaría:

1. Diferenciación entre proceso y resultados, ya que se había atendido más al proceso y poco se habían analizado los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los estímulos.
2. Focalizar la atención sobre el personal operativo para una mejoría real de los servicios de salud para la población.
3. Participación con opiniones de la comunidad, de compañeros, superiores y usuarios de los servicios.

Entre los cambios propuestos estaban:

1. Cambio del nombre por el de “Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud”;
2. Selección de candidatos conforme a documentación del año 2002 y evaluación de candidatos basada en su desempeño durante 2003;
3. Una sola convocatoria y un reglamento único para todas las disciplinas participantes;
4. Establecer el pago del estímulo en una sola exhibición al final del año;
5. Participación del aval ciudadano para la evaluación de los candidatos.

Se entregó un ejemplar del documento mediante solicitud de comentarios y sugerencias antes del 2 de noviembre de 2002, para conformar la propuesta definitiva.

La Promoción 2002-2003 operó por primera vez con una sola convocatoria y un reglamento en que se integraron las tres disciplinas. Se solicitaron evidencias del interés mostrado por la superación y el desarrollo profesional y la participación en programas de mejora de la calidad, así como en el cumplimiento de la formación académica del código. Se unificó el formato de asistencia y permanencia y se estableció que el pago se realizaría en una sola exhibición al final de la Promoción, cuando se tuviera la autorización de la Secretaría de Hacienda. Finalmente, se empezó a manejar la información de los beneficiarios mediante el programa informático Access<sup>©</sup> y se replantearon los objetivos y metas.

En 2004 se obtuvo la autorización de Hacienda para hacer algunas modificaciones operativas al Programa, entre las que destacan la adecuación del nombre, la ampliación a un mínimo del 95% de asistencia anual para ser beneficiario; la evaluación prospectiva (año en curso); el establecimiento de un sistema de “evaluación de 360 grados” basado en competencias del desempeño, lo que a su vez conllevó a la elaboración de una cédula de evaluación para todas las disciplinas diseñada bajo estos principios.

Considerando la cantidad de información que implica la operación, confidencialidad y oportunidad del Programa, y para buscar el fortalecimiento de la transparencia en el mismo, a partir de 2005 se diseñó y puso en operación una página web del Programa, que se constituyó como única herramienta de control de la información. Ello facilitó el manejo centralizado en los Comités Estatales y el tratamiento y estandarización de los datos de manera oportuna para rastrear el seguimiento de avances. A partir de esta promoción, cada Comité y Comisión realizó la captura de los datos de sus participantes desde la inscripción.

Para garantizar que los beneficiarios del Programa cumplieran con lo establecido en la Norma tocante a la responsabilidad de atención directa a usuarios, en 2006 se acordó en el pleno del Comité Nacional que el personal con códigos condicionados debería tener un mínimo de 70% del tiempo efectivo laboral contratado en funciones de atención directa a usuarios. Por iniciativa de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, se sometió a autorización de la SHCP y la Secretaría de la Función Pública (SFP) una cédula de evaluación exclusiva para enfermería, a la que harían observaciones y solicitarían adecuarla a los objetivos del Programa.

En ese mismo año, los representantes del Programa IMSS-Oportunidades informaron que al incorporarse su personal al régimen ordinario institucional, dejaron de participar en este Programa, al contar con un mecanismo institucional con objetivos similares.

En 2007 y para facilitar la difusión del Programa, el Comité Nacional determinó que la convocatoria remitiera a un documento que contuviera las bases de participación, con lo que se implementó el sistema de registro en línea para que los interesados pudieran efectuar personalmente su registro al programa, buscando que se involucraran de forma directa en su evaluación y disminuyendo para los responsables operativos del programa la carga de trabajo que implicaba la captura de datos, aun cuando se dejó la opción de entregar en forma

escrita la solicitud de participación, correspondiendo a las Comisiones de la Unidad efectuar el registro en el sistema electrónico.

También se hicieron modificaciones en el proceso de entrega y registro de documentos para sustentar la evaluación, tener mayor claridad respecto al periodo de evaluación y mejorar los procesos de operación en las Comisiones Locales y Comités Estatales. Por ello, se señalaron en la normativa dos etapas del programa (registro y evaluación), teniendo como requisito indispensable el registro de la evidencia que sustentaba la puntuación otorgada en cada criterio y reiterando que la “opinión del jefe” no podría sustituir otros documentos exigibles.

Se iniciaron los trámites para incorporar la categoría de “Excelencia” en el rango de los estímulos otorgados, a fin de distinguir a una persona de cada disciplina y entidad que obtuviera la mayor puntuación en la evaluación, con autorización de la SHCP. Se determinó que las instituciones que contaran con disponibilidad presupuestal para realizar el pago de esta categoría lo hicieran en tanto se emitiera la norma modificada que lo incluyera.

En ese año se iniciaron los trabajos para incorporar a personal de otras disciplinas del área de la salud al programa, estableciendo grupos de trabajo por disciplina para efectuar las adecuaciones a la cédula de evaluación del desempeño que permitieran su aplicación a cada una de ellas, y con la Dirección General de Recursos Humanos para reunir los documentos administrativos requeridos por los órganos globalizadores para el trámite de autorización.

A partir de 2008 se integraron al Comité Nacional representantes de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto y de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud, y se acordó invitar a las reuniones de Comité Nacional a dos o más Secretarios Técnicos de Comités Estatales que participaran en las decisiones tomadas al interior del mismo como operadores directos de los procesos.

Para favorecer la transparencia en las actividades de los Comités Estatales, se estableció que no habría límite en el número de Avales Ciudadanos, acotado antes a dos personas. Y se señalaron funciones para los representantes de recursos humanos y el área de calidad en los Comités Estatales y las Comisiones Locales.

Aunque se habían realizado cambios en el proceso de evaluación, hasta 2007 se tomaban en cuenta actividades del año anterior y el año en curso como

evidencia y requisito de participación, pero a partir de 2008 estas observaciones se eliminaron, por lo que el programa resultó totalmente prospectivo; es decir, solo se consideraban actividades del año en evaluación, destacando el señalamiento de que el participante debía contribuir con la Comisión de su Unidad de adscripción para la presentación de documentos que permitieran su evaluación.

Si bien el mecanismo para realizar el seguimiento del personal en evaluación en la etapa final del Programa lo definían los Comités Estatales, se estableció que se debía considerar: la participación en eventos de capacitación, las actividades como capacitador o ponente, el cumplimiento de indicadores y la asistencia y permanencia.

Para favorecer la participación del personal en acciones del programa sectorial de Calidad, se elaboró y agregó una Cédula de Evaluación específica para esa área. También se elaboraron y aplicaron los formatos para la elaboración de las actas de instalación de Comités Estatales y Comisiones Locales.

El 22 de diciembre de 2008, la Unidad de Política y Control Presupuestario de la Dirección General Adjunta de Técnica de Presupuesto de la SHCP emitió la “Norma para la Aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud”, donde se señaló como sujetos a participar: el personal médico, de enfermería, odontología, trabajo social, química, psicología, rehabilitación, nutrición y técnico. En este documento ya se incluyeron la categoría de “Excelencia” y los formatos específicos para la entrega de resultados de validación y autorización del pago del estímulo.

A partir de 2009, se modificó el nombre del Programa y se incluyeron todas las disciplinas autorizadas, lo que permitió incrementar el personal susceptible de recibir el estímulo.

Para fortalecer las actividades de los Comités y Comisiones, se incluyó en su conformación a un representante del Órgano Interno de Control (OIC), como apoyo en los casos de controversia y la resolución de inconformidades, así como mecanismo de vigilancia de la aplicación adecuada de la normativa vigente.

Se hicieron algunas adecuaciones para fortalecer la objetividad del Programa, al acotar la emisión (por parte del jefe inmediato del participante) de documentos sustento de la evaluación bajo tres criterios, los cuales deberían ser sustentados de sobra para ser otorgados, y lo contenido en la cédula de opinión que para tal efecto estaba entre los formatos de evaluación. También se incluyeron en el glosario de términos aplicables al programa, definiciones del con-

cepto “Permanencia” (cumplimiento del horario asignado y la jornada laboral contratada, así como disponibilidad del trabajador en su horario de trabajo dentro de su unidad de adscripción) y “Documentación oficial” (todo documento, preferentemente en papel membretado, que forma parte de los procesos administrativos establecidos en la institución y/o unidad, en que se registran las actividades de los trabajadores y/o reflejan las mismas en forma clara y precisa, los cuales cuentan con nombre, cargo y firma de la persona competente para validar, autorizar y confirmar su contenido. No debe contener tachaduras ni enmendaduras) para la unificación de criterios al respecto.

Se agregó a la Cédula de Evaluación del Área de Calidad el punto relativo a quejas por el desempeño del trabajador, quien también requiere el informe del área administrativa en el ámbito de su competencia para conceder la puntuación correspondiente. También se puso a disposición de las áreas de recursos humanos un formato para calcular los días laborables (en el programa Excel<sup>®</sup>) que facilita la entrega de esa información.

Con el apoyo de los grupos de las nuevas disciplinas, se elaboraron e incluyeron las cédulas del desempeño para cada una de ellas y se hizo material de apoyo de difusión abierta a través de una página web para la capacitación de los

Durante la Reunión Nacional de Educación en Salud celebrada en 2009 en Nuevo Vallarta, Nayarit, los Secretarios Técnicos de los Comités Estatales propusieron que se redactaran catálogos de evidencias para cada disciplina e institución como instrumento para unificar los criterios de evaluación. La propuesta se comentó con los representantes de cada institución ante el Comité Nacional, apoyaron la idea, y así dio inicio la integración de los catálogos para su aplicación en la siguiente promoción.

Cada institución elaboró -de acuerdo con su normativa, objetivos y características particulares- los catálogos de cada una de las disciplinas, considerando los programas prioritarios, la normativa institucional, las evidencias ya aplicadas y validadas, recomendaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la bibliografía para cada disciplina, y las sugerencias de los grupos de trabajadores que se integraron para apoyar esta actividad.

De manera adicional, para el caso de la Secretaría de Salud, se trabajó en un instrumento para la evaluación individual del expediente médico y notas de enfermería, además de la evaluación directa de procedimientos de esa disciplina que sirvieran como evidencia para sustentar la evaluación.

Para la promoción 2010 se estableció que la inscripción la realizaran los participantes en el programa de manera obligatoria vía Internet, lo que disminuyó la carga de trabajo en las Comisiones de las unidades operativas. En esta promoción se inicia la aplicación de los catálogos de evidencias, los cuales se colocaron en la página web para conocimiento de todos los interesados y también se incluyeron en el reglamento los criterios de desempate. Se determinó dividir el proceso en tres etapas -inscripción, evaluación y seguimiento- para que el participante identificara que continuaba en evaluación hasta diciembre y que debía cumplir con los requisitos especificados para cada periodo.

Al inicio de la promoción, las autoridades del Instituto Nacional para la Atención de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), notificaron que debido a ajustes presupuestales, su personal no participaría en el Programa. Esta situación continúa hasta la fecha.

En 2011, en respuesta a las peticiones enviadas por los Laboratorios Estatales de Salud Pública y los Centros Estatales de Transfusión Sanguínea, unidades que por sus funciones y atribuciones no necesariamente tenían actividad directa con usuarios, se discutió en el Comité Nacional la procedencia de su participación, determinándose que el personal en áreas en donde se desarrollaran actividades con usuarios puede participar en el proceso.

Se acordó precisar en el Reglamento que el personal adscrito a brigadas comunitarias pudiera participar, aun cuando su área de adscripción no fuera una unidad de atención a usuarios, ya que sus funciones se ejercían directamente en una comunidad. Se agregó que cuando el Secretario Técnico de una Comisión Local reuniera los requisitos de participación, su expediente se integraría en la Unidad y se enviaría completo al Comité Estatal para su evaluación.

Para facilitar el manejo de información y disminuir los costos de operación del Programa, se señaló que las actas de instalación y las carpetas ejecutivas de los Comités Estatales y Comisiones Locales se enviarían a partir de esa promoción (escaneadas y con firmas completas), vía correo electrónico, estableciendo plazos específicos para ello.

Como parte de los procesos de supervisión, se incluyó que los niveles centrales de las instituciones podrían solicitar en cualquier momento del proceso el envío de expedientes de participantes para verificar que cumplieran con lo requerido en la norma, señalando que cuando la revisión se realizara en la Tercera Etapa del Programa y no se encuentran debidamente integrados, procedería la baja del participante y notificación ante el OIC.

Se ratificó que toda inconformidad debía ser atendida, aun cuando se presentara fuera de los tiempos establecidos; se señaló que podría hacerse por medio de escrito libre y se actualizó el Catálogo de Evidencias para la cédula de calidad PECD-12; además, se agregó una Guía para la Evaluación de Propuestas de Mejora como PECD-12B.

En la página web se incorporó una función para que al solicitar la inscripción se desplegara un cuestionario de “Diagnóstico de Participación”, con el que el interesado podría identificar si reunía los requisitos para ingresar al Programa. Esta función era informativa y su resultado no condicionaba que pudiera o no inscribirse, ni emitía ninguna constancia de que puede hacerlo. Tampoco era necesario responderlo para inscribirse.

Para la operación del programa en 2012, se realizó una revisión completa de los documentos operativos y normativos del mismo, redefiniendo la denominación de las Comisiones para diferenciar las establecidas en unidades hospitalarias dependientes de los Organismos Públicos Descentralizados (OPD) en Salud de las entidades federativas, y las que correspondían a Órganos Desconcentrados, Descentralizados y Paraestatales. Además se reestructuró el Reglamento de Operación para facilitar la ubicación de la información.

En atención a lo señalado en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, con relación al manejo de datos personales, se implementó el manejo del expediente electrónico del personal en evaluación, al cual el participante ingresa con una clave única para la corrección de su información personal, integración de documentos y llenado de la Cédula de Autoevaluación, teniendo además acceso a su constancia de asistencia y permanencia, cédula de evaluación del desempeño y el concentrado de puntuación, pudiendo consultar de manera permanente su resultado en el proceso.

La operación de este sistema ha obligado a los participantes a involucrarse de manera activa en su evaluación y a informarse con mayor claridad acerca de los requisitos para otorgarle la puntuación, ya que, aun cuando tienen disponible de manera permanente la información, no siempre acceden a ella.

## EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

En la actualidad, en cada entidad federativa se establece un Comité Estatal de Estímulos, que coordina la operación del Programa por medio de Comi-

siones evaluadoras en las unidades operativas de la entidad. En los Órganos Desconcentrados, Descentralizados y Paraestatales, se establecen Comisiones Locales que pueden apoyarse con Comisiones Auxiliares de cada disciplina.

Las funciones, atribuciones y procedimientos de operación del Programa se describen en el Reglamento que emite el Comité Nacional. Toda la información normativa y operativa está disponible en el sitio de Internet <http://dgces.salud.gob.mx/incentivos>, cuyo contenido se actualiza de manera permanente.

El proceso de evaluación contempla seis criterios generales:

1. Opinión del mismo trabajador, de su superior, sus compañeros de trabajo y los usuarios;
2. Calidad Técnica y atención médica;
3. Capacitación y Educación continua;
4. Productividad;
5. Aptitudes;
6. Participación activa en los Programas de mejora continua de la calidad en su unidad de adscripción.

El diseño de los instrumentos elaborados para el Programa incluye la evaluación de las competencias que se consideró que todo el personal de salud debe presentar y desarrollar en forma permanente.

## INSTRUMENTOS

Cédula de Autoevaluación. Contiene 10 preguntas para responder sí o no; el valor máximo de cada una es de un punto, debe ser llenada vía Internet por el trabajador y el sistema refleja la puntuación final en el concentrado. Sólo puede llenarse en una ocasión y no es modificable una vez que el participante la acepta.

Cédula de opinión de usuarios. Consta de 20 preguntas. Las respuestas se evalúan como:

“Siempre” (del 100 al 95% de las veces); Valor de 0.05 puntos

“Frecuente” (de 95 a 75% de las veces); Valor de 0.03 puntos

“Ocasional” (de 74 a 50% de las veces); Valor de 0.02 puntos

“Nunca” (menos del 50% de las veces); Valor de 0 puntos

Son aplicadas por quien determine la Comisión de la unidad de adscripción



durante el periodo de evaluación. Se recomienda un mínimo de cinco cédulas; la calificación se obtiene a partir del promedio de todas las cédulas aplicadas. El participante puede sugerir a quién se le aplicará, pero no debe conocer el resultado de cada cédula aplicada. Otorga un máximo de 10 puntos en la evaluación.

*Cédula de opinión de compañeros.* Su estructura y metodología de aplicación es similar a la de la cédula de opinión de usuarios.

*Cédula de opinión del superior.* Su estructura es similar a la de la cédula de opinión de usuarios; es solicitada por el jefe inmediato del participante y se suma a las cédulas de opinión de compañeros para que el promedio sea la puntuación otorgada al participante, con un valor máximo de 10 puntos.

*Cédula de evaluación del desempeño para cada disciplina.* Están integradas por cuatro criterios generales: Calidad Técnica y atención médica, Capacitación y Educación continua, Productividad y Aptitudes. Cada criterio tiene un valor máximo de entre dos y cuatro puntos, dependiendo de su contenido, el cual se otorga o no según la evidencia presentada (sí o no), y debe corresponder a lo señalado en el catálogo de la disciplina e institución. Tiene un valor máximo de 70 puntos.

Para ser beneficiario del programa se requiere una calificación mínima de 80 puntos; la distribución y monto del estímulo corresponde a lo establecido en la norma emitida por la SHCP.

## REPERCUSIONES DEL PROGRAMA

Los Comités Estatales y la Comisión Interinstitucional de Enfermería han realizado en distintos momentos del Programa algunos ejercicios de evaluación de los efectos del mismo, reportando en general los siguientes resultados:

- Se ha incrementado el desarrollo profesional y técnico, especialmente en el personal de enfermería y las disciplinas de más reciente incorporación.
- Se ha disminuido el ausentismo en el personal de salud interesado en participar en el programa.
- El personal participa activamente en las acciones implementadas en sus unidades para elevar la calidad de los servicios de salud.
- Se ha mejorado el registro de datos operativos en las unidades y la elaboración del expediente clínico.
- Hay mayor participación del personal en actividades de capacitación,

formación profesional e investigación que se realizan en las unidades operativas.

A partir de la implementación de los catálogos de evidencias, se ha favorecido la unificación de criterios de evaluación entre las instituciones, de manera particular entre la SS y el ISSSTE, que ha adoptado algunos formatos de evaluación de procedimientos y documentos tales como el del expediente clínico.

## PROBLEMAS DETECTADOS

Dada la diversidad de elementos que se consideran para la evaluación y otorgamiento de los estímulos, los Comités Estatales y las Comisiones Locales se han encontrado con diversos obstáculos que si bien no son del ámbito de su competencia como áreas de educación en salud, sí afectan la calidad de la atención de los usuarios y la operación del programa, por lo que para su solución se ha trabajado en forma conjunta con las áreas correspondientes, con la intención de otorgar servicios de mayor calidad.

## CÓDIGOS CONDICIONADOS

Si bien el programa señala como requisito cumplir con las funciones establecidas para los códigos funcionales autorizados, en la operación se encontró que personal con códigos denominados “de confianza operativa” y cuyas actividades principales son de tipo administrativo, en algunas unidades con personal insuficiente realizan de manera adicional actividades de tipo asistencial, por lo que, con aprobación de las autoridades hacendarias, se incluyó el catálogo de códigos autorizados para participar como condicionados a demostrar esas actividades, describiendo en el catálogo de evidencias los requisitos para ello.

Con frecuencia se observa que la participación del personal con estos códigos genera inconformidad por parte del personal operativo, quien en muchas ocasiones opta por no participar al considerar que se favorece al personal de confianza para su obtención. Dado que este problema se presenta de manera especial en la disciplina de enfermería, en reunión del pleno del Comité Nacional se sugirió a la Comisión Interinstitucional de Enfermería el diseño de un programa específico para personal administrativo, que pueda operarse de manera simultánea pero independiente.

**CUADRO 1.  
BENEFICIARIOS POR INSTITUCIÓN Y DISCIPLINA 1996-2014**

	Medicina	Enfermería	Odontología	Química	Trabajo Social	Otras disciplinas	Total
Secretaría de Salud*	45,175	123,502	4,254	3,011	2,189	2,937	181,028
Secretaría de la Defensa Nacional	610	10,628	1,074	172	171	531	13,186
Secretaría de Marina	1,933	4,972	721	160	0	430	7,829
Secretaría de Comunicaciones y Transportes	493	138	77	17	0	24	749
ISSSTE	14,885	46,759	983	903	320	432	64,282
DIF Nacional	233	783	53	0	50	34	1,153
INAPAM	12	14	0	0	0	0	26
IMSS-Solidaridad (Oportunidades)	4,290	12,108	110	0	0	0	16,508
Total	67,591	198,904	7,114	4,263	2,730	4,001	284,761
*Incluye las 32 entidades federativas, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Centros de Integración Juvenil (CIJ).							

## JORNADAS LABORALES

En atención al requisito de cumplir con un mínimo de 95% de asistencia y permanencia durante el periodo de evaluación para ser beneficiario del programa y al ser necesaria la constancia de asistencia y permanencia de los participantes, se detectó un alto porcentaje de personal que cuenta con un beneficio otorgado en las unidades por acuerdos sindicales, donde se les asigna una jornada laboral menor a la contratada; incluso, hubo personal con ocho horas contratadas, pero que solo labora entre cinco y siete horas (sin incluir horarios de comida y lactancia-guardería). En estos casos se ha establecido que las horas no laboradas se sumen y contabilicen como días no laborados, lo que implica

que por cada hora no laborada por estas prestaciones, el trabajador no labora (en el lapso de un año) el equivalente a un mes, tiempo que el servicio al que se encuentra adscrito queda sin atención.

Si bien esto ha generado descontento en algunos trabajadores -quienes no renuncian a su beneficio sindical-, otros han solicitado que se les asigne su jornada completa o el ajuste de sus horas contratadas para poder participar en el Programa.

## CONCEPTO DE “ALTA MARGINACIÓN”

Si bien su otorgamiento está claramente definido en la Norma que rige su asignación en las Unidades ubicadas en zonas de alta y muy alta marginación, en la operación del programa se ha encontrado personal que goza de este beneficio sin cumplir con los requisitos señalados.

Dadas las implicaciones legales que ello conlleva, se ha pedido a los Comités Estatales que den vista de estas irregularidades a los Órganos Internos de Control, los cuales han tomado las medidas pertinentes.

## CÓDIGO FUNCIONAL Y FORMACIÓN ACADÉMICA

Es requisito indispensable de participación que se cuente como mínimo con la formación académica correspondiente al código que se ostenta, de acuerdo con el profesograma institucional (aplicable al momento de ingreso en la institución o la creación del código). Por ello se solicita la documentación probatoria del grado máximo de estudios.

En la revisión y validación correspondiente se han encontrado múltiples irregularidades, como el otorgamiento de códigos operativos de nivel profesional a personal administrativo con formación técnica (personal de intendencia con códigos de enfermería; secretarías con códigos de trabajador social; entre otras irregularidades graves). Debe considerarse en estos casos que las plantillas se elaboran para que las unidades cuenten con el personal calificado suficiente para atender a la población. La asignación inadecuada de estos códigos produce un desequilibrio en la carga de trabajo de las áreas ya que, aun contando con los códigos funcionales completos, el personal operativo real es insuficiente.

Otras situaciones detectadas son la presentación de documentos falsos o apócrifos, lo que incluye la contratación de personal sin la capacitación que

dice tener (con el título de un familiar de nombre similar, con cartas de cursar uno o dos años de residencia para obtener el nivel de médico especialista). Ello implica un gran riesgo para la población usuaria del servicio.

Estas irregularidades se notifican de manera inmediata a los responsables de las áreas de Recursos Humanos y Órganos Internos de Control para la atención procedente.

## ÁREAS DE OPORTUNIDAD

Si bien es necesario realizar anualmente la revisión y actualización de los documentos normativos y procesos del programa para mantenerlos en un proceso de mejora continua, se vuelve necesario encontrar los mecanismos que faciliten a las áreas operativas, el análisis e interpretación de los resultados de la evaluación del personal, a fin de que puedan identificar oportunidades de mejora.

Para ello, es indispensable crear conciencia en los responsables de la evaluación de la importancia de la objetividad en la evaluación y la necesidad de que los resultados sean analizados con el trabajador de manera que se perciba como una realimentación a su actividad, y no como una mera acción punitiva o acusatoria en que se destaquen las fallas en lugar de las acciones para favorecer la calidad en la atención.

## REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

<http://www.deguate.com/infocentros/gerencia/rrhh/evaluacion360.htm>

<http://wlb.monster.com/articles/360evaluation/>

[http://www.uscg.mil/hq/cgpc/opm/360\\_Eval.htm](http://www.uscg.mil/hq/cgpc/opm/360_Eval.htm)

[http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/EVALUACION\\_360.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/EVALUACION_360.pdf)

[http://www.asimetcapacitacion.cl/evaluacion\\_360grados.htm](http://www.asimetcapacitacion.cl/evaluacion_360grados.htm) *es.scribd.com/doc/3329830/Formato-de-Evaluacion-360*

<http://thinkandstart.com/2012/05/dale-un-giro-al-desempeno-con-la-evaluacion-de-360/>

<http://dgces.salud.gob.mx/incentivos/bienvenida.php>

## EL DESGASTE LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y SUS EFECTOS EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

*Luis Alberto Villanueva Ega\**

*Miguel Ángel Lezana Fernández\*\**

*José Meljem Moctezuma\*\*\**

La profesión médica definida como autónoma, altruista, científica, humanista y con un alto estatus social ha muerto para la mayoría de sus ejecutantes. El ejercicio actual de la medicina ha derivado en un trabajo enajenado en el que el profesional ha perdido el control sobre la organización de su propia actividad, la cual se ha transformado en algo extraño, ajeno y hostil, tanto para él como para quienes requieren de su servicio. La burocratización, el intenso y abrumador trabajo, la proletarización, la falta de capacitación y la desprofesionalización del médico se acompañan de la disminución del prestigio y la autoestima profesional.

En estos contextos, los fines de la medicina parecen ficciones, el médico vive su actividad profesional como una rutina desgastante y las políticas de calidad no tienen suficientes actores para su implantación. Aquello que debería ser la realización social del individuo se ha convertido en fuente de frustración que repercute en la calidad de los servicios.

---

\* Director de Investigación, Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

\*\* Director General de Difusión e Investigación, CONAMED.

\*\*\* Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

## EL TRABAJO ENAJENADO

Entre marzo y agosto de 1844, Karl Marx (1818-1883) redactó los *Manuscritos económico-filosóficos* siendo el primero de ellos el correspondiente al trabajo enajenado. El concepto de enajenación que utiliza Marx procede directamente de Hegel y de Feuerbach. En Hegel, la enajenación se identifica con el proceso en el que el Espíritu se convierte en objeto, condición que se revierte a través del autoconocimiento. Es decir, cuando el Espíritu no tiene plena conciencia de sí, se enajena en la realidad.

En Feuerbach lo que caracteriza a la enajenación es el fenómeno en el que la persona se desposee de su esencia para transferirla a un dios, el cual no es más que un producto de su conciencia. Esta inversión entre sujeto (persona) y predicado (dios) tiene consecuencias desfavorables: la persona por no tener conciencia se asume como creación de un ser con poder propio que lo domina y lo subyuga. La cancelación de la enajenación religiosa solo llega cuando la persona toma verdadera conciencia de sí misma.<sup>1</sup>

De las dos teorías de la enajenación, es la de Feuerbach la que influyó más en Marx. En los *Manuscritos* el trabajo enajenado es la categoría a la que recurre para explicar la contradicción entre el trabajo como fuente de toda riqueza y la depauperación física y espiritual del trabajador. El trabajador es ajeno a sí mismo, sus productos son ajenos a él, su actividad laboral le es extraña: “¿Qué constituye la enajenación del trabajo? Primero, que el trabajo es externo al trabajador, que no es parte de su naturaleza; y que, en consecuencia, no se realiza en su trabajo sino que se niega, experimenta una sensación de malestar más que de bienestar, no desarrolla libremente sus energías mentales y físicas sino que se encuentra físicamente exhausto y mentalmente abatido. El trabajador solo se siente a sus anchas, en sus horas de ocio, mientras que en el trabajo se siente incómodo (...) No es la satisfacción de una necesidad, sino solo un medio para satisfacer otras necesidades (...), el trabajo en el que el hombre se enajena, es un trabajo que implica sacrificio y mortificación. Por último, el carácter externo del trabajo para el trabajador se demuestra en el hecho de que no es su propio trabajo sino trabajo para otro, que en el trabajo no se pertenece a sí mismo sino a otra persona”.<sup>2</sup>

En los *Manuscritos* también se expone la relación entre productividad y alienación: “El obrero es más pobre cuanto más riqueza produce, cuanto más

crece su producción en potencia y en volumen. El trabajador se convierte en una mercancía tanto más barata cuantas más mercancías produce. La desvalorización del mundo humano crece en razón directa de la valorización del mundo de las cosas<sup>2</sup>. La alienación consiste en el alejamiento del trabajador del control y la capacidad de decisión del contenido, organización y resultados del trabajo; no obstante, cuando éste se convierte en verdadera manifestación del ser de la persona, la objetivación deja de ser enajenada: el trabajador se apropia de los productos de su trabajo; su trabajo y su vida le pertenecen.

Sin embargo, en las sociedades occidentales contemporáneas la alienación se extiende a otras dimensiones de la vida además del trabajo: el consumo de necesidades innecesarias, el tiempo libre frente al televisor, y todo aquello que produzca evasión de una realidad que frecuentemente se vive como hostil y se percibe como de muy difícil transformación. Así, la enajenación involucra también al no-obrero, al empleado, a los sectores de la clase media profesional.

## EL DESGASTE PROFESIONAL

La Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo define el estrés laboral como “las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador”. La ausencia de un proceso de recuperación tras un período de estrés continuo, así como la propia naturaleza acumulativa del mismo puede llevar a estrés crónico.<sup>3</sup> El desgaste profesional o *burnout* se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado principalmente por agotamiento físico y emocional que se desarrolla de manera progresiva y que afecta las relaciones que se establecen entre los integrantes de la organización y sus usuarios. El desgaste profesional produce un deterioro en la salud de las personas e incrementa los conflictos interpersonales tanto dentro como fuera del entorno laboral. Las actitudes de despersonalización propias del trabajo enajenado condicionan que el trabajador “quemado” no solo adopte rutinas en la prestación del servicio sino que desarrolle actitudes duras y deshumanizadas en respuesta a las necesidades de los usuarios. Es decir, que los trate en la misma forma con la que percibe ser tratado: como objetos y no como personas.<sup>4</sup>

Lo más frecuente es que el desgaste profesional ocurra en entornos laborales caracterizados por sobrecarga de trabajo, escasez de recursos, acoso laboral, falta de equidad o justicia organizacional, ausencia de estímulos, pérdida del



control del trabajador sobre su actividad y falta de participación en la toma de decisiones. Así, la organización actúa como generadora y receptora de las consecuencias del desgaste profesional en la forma de ausentismo elevado, bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad del servicio, aumento de conflictos interpersonales y de accidentes laborales, lo que finalmente redundaría en un ambiente laboral aún más propicio para el desgaste profesional de sus integrantes.<sup>4</sup>

Debido a que la mayoría de los agentes estresantes pertenecen al entorno laboral, las estrategias de prevención e intervención deben incidir sobre las condiciones de trabajo a través de un proceso de rediseño organizacional con la participación de los trabajadores en la elaboración de propuestas e instrumentalización, por ejemplo: reformular las actividades operativas evitando la sobrecarga de trabajo, la ausencia de descansos, las largas horas de trabajo continuo, las tareas rutinarias con escaso significado, y la no utilización de las habilidades del trabajador<sup>3</sup>; promover un ambiente de estabilidad laboral; establecer objetivos claros con líneas de acción y de autoridad bien definidas que permitan distribuir las tareas de acuerdo con los diferentes perfiles profesionales; mejorar la supervisión y aumentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones sobre los procesos a su cargo; impulsar la capacitación y profesionalización; promover y estimular a los profesionales siguiendo criterios claros y equitativos; mejorar las redes de comunicación organizacional, fomentar la creación de grupos de trabajo interdisciplinario e impulsar la creación de redes de apoyo social.

En este sentido, cabe destacar el meta-análisis realizado con una muestra de más de 420,000 participantes pertenecientes a 63 países en el que se observó que el nivel de autonomía y libertad de elección es el factor más consistentemente relacionado con altos niveles de bienestar y menores niveles de estrés laboral y *burnout*.<sup>5</sup> No obstante, estas aproximaciones no excluyen la necesidad de desarrollar estrategias individuales que si bien por sí solas son poco eficaces en el lugar de trabajo, pueden ayudar a prevenir o manejar el agotamiento y el desgaste psíquico. Entre ellas destacan aquellas orientadas al manejo del estrés y el entrenamiento en negociación, solución de conflictos, administración del tiempo y adopción de estilos de vida saludable, así como estrategias enfocadas al desarrollo de resistencia, resiliencia y recuperación.<sup>3</sup>

## TRABAJO ENAJENADO Y DESGASTE LABORAL EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Las condiciones laborales de los profesionales de la salud se han modificado en los últimos años. No obstante que la cantidad de personas empleadas en los servicios de salud ha crecido notablemente, también existe una mayor presión sobre ellas que va más allá de la crónica escasez de recursos en el sector público:

1. Aumento en la intensidad del trabajo (demanda creciente, recursos limitados y población altamente demandante) aunado a presiones externas para la reducción de costos, aumento de la productividad y satisfacción del paciente.
2. Nuevas modalidades de contratación, generalmente más precarias.
3. Dominio del quehacer médico por la tecnología (y los fabricantes de la tecnología).
4. Generación vertiginosa de conocimientos que ha conducido a la proliferación de nuevas áreas de superespecialización con la pérdida resultante de la visión integrada del paciente en aras de un modelo de producción en el que los volúmenes asistenciales, los diagnósticos y los tratamientos se encuentran separados en espacio, tiempo y “ejecutantes” en forma semejante a una cadena de montaje.
5. Una causa de insatisfacción y conflicto con el acto médico tiene su origen cuando los beneficios pactados entre el paciente, los profesionales de la salud, la institución (pública o privada), y quien financia la atención (el estado, inversionistas o terceros pagadores) no se cumplen. Es claro que los servicios son cada vez menos propiedad del personal de salud y más de quienes los financian: en el sector público el acto médico está determinado por las políticas de salud, la administración de las organizaciones y los mecanismos de regulación institucional mientras que en el sector privado los inversionistas y los terceros pagadores (compañías aseguradoras) han reemplazado el modelo liberal típico de la práctica médica privada por formas supeditadas a la rentabilidad, lo que ha convertido al médico en “aliado” del tercer pagador, conteniendo costos y maximizando las ganancias, lo que en no rara vez puede ir en detrimento de los beneficiarios. El riesgo moral ocurre cuando la asimetría de información propia de la relación clínica-sanitaria genera

puntos ciegos que le impiden al paciente anticipar las restricciones que solo se hacen evidentes al momento de ejecutar los acuerdos. En estos casos el médico es solamente un medio utilizado por quien financia para transmitir información que genera la maximización en cuanto a utilidades de dichas entidades. De esta manera, se considera que el riesgo moral afecta directamente la calidad en la producción y prestación de servicios médicos a los asegurados (los pacientes) con serias implicaciones en términos de eficiencia y bienestar.

En el contexto de la salud es útil distinguir entre dos tipos de riesgo moral: el primero es el riesgo moral *ex-ante*, entendido como la reducción de los costos y el gasto en la prestación de servicios lo cual se ve reflejado en la reducción de esfuerzos preventivos por parte de los aseguradores, lo que conlleva a un desmejoramiento en la calidad de vida de los asegurados; y el segundo es el riesgo moral *ex-post* que se define como un consumo de servicios médicos mayor del necesario optando por la tecnología médica más reciente. Este riesgo moral se origina en los cambios de comportamiento de consumidores y proveedores a partir de la presencia misma del seguro, lo que tiene como consecuencia el incremento en los gastos por servicios prestados que se traduce en un esquema de aseguramiento ineficiente.

6. Judicialización del ejercicio profesional, en el entendido que no es lo mismo el derecho exigible y judicializable a la salud como algo deseable, que judicializar las decisiones médicas, como algo que no solo no resuelve problema alguno sino que genera otros de mayor magnitud asociados a la medicina defensiva: incremento en costos es igual a contratación de seguros de gastos médicos; judicialización de la práctica médica es igual a contratación de seguros de responsabilidad profesional; realmente no es muy difícil adivinar quienes son los beneficiarios y quienes los afectados de esta ecuación. Sin duda, la impartición de justicia en presencia de conductas del personal de salud que atenten contra los derechos humanos de las personas no debería ser motivo de cuestionamiento en una sociedad democrática, pero frente a un caso de pretendida mala práctica de un profesional de la salud se deben agotar primero los medios alternos para dirimir conflictos considerando los contextos laborales en los cuales se tomaron las decisiones

y estudiando a profundidad cada caso concreto. Es muy importante nunca tomar decisiones apresuradas en respuesta a presiones ajenas, independientemente de su origen.

7. Entornos laborales permisivos o promotores de conductas autoritarias, hostiles e intimidatorias que se practican contra el profesional de la salud desde una posición jerárquica o desde un grupo de iguales (*mobbing* o acoso moral laboral) lo que además del daño emocional intenso que inflige a las personas, deteriora las redes de cooperación al interior de las organizaciones. Estos entornos corresponden a prácticas culturales aceptadas por la mayoría como algo necesario para mantener la disciplina y el buen desempeño y que por lo mismo son transmitidas, para su reproducción, a los médicos en formación.
8. Actitudes riesgosas e imprudentes que ponen a prueba sobre todo a los médicos jóvenes, como la tradición que sostiene que la resistencia al cansancio es demostración de compromiso o la de realizar procedimientos quirúrgicos a un ritmo veloz es constatación de destreza, lo cual coloca en una situación de riesgo a los usuarios de los servicios, más aún considerando el sólido cuerpo de evidencia que asocia la fatiga crónica o las prácticas imprudentes del personal de salud con un incremento en la ocurrencia de eventos adversos en salud. Los médicos residentes que trabajan períodos recurrentes de 24 horas consecutivas cometen 36% más errores graves que aquellos que trabajan 16 horas consecutivas, tienen el doble de fallas en el trabajo nocturno por problemas de atención, sufren 61% más de accidentes con material punzo-cortante y tienen el doble de riesgo de sufrir un accidente vehicular cuando conducen a casa después de 24 horas de trabajo.
9. El imaginario colectivo que supone que la profesión médica es un sacerdocio que implica la renuncia a la propia vida, la exigencia de infalibilidad y la existencia de un supuesto sostén económico asegurado e incluso riqueza.<sup>6-12</sup> La alienación que experimentan los profesionales de la salud es la de la pérdida del control sobre la organización de su trabajo: número de consultas diarias, tiempos predeterminados de atención, cantidad de procedimientos programados, cumplimiento de metas, protocolos de atención, prescripción de medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete solicitados, entre otros. Además, en el

mercado de la salud se “incentiva” una demanda de procedimientos médico-quirúrgicos asociados a productos tecnológicos de eficacia, eficiencia, efectividad y necesidad cuestionables o al menos no siempre debidamente fundamentada, al ritmo de la presión impuesta por los fabricantes de tecnología.<sup>7</sup> En palabras de Marx: “Si se relaciona con su propia actividad como con una actividad que no es libre, se relaciona con ésta como actividad al servicio y bajo el dominio, la coerción y el yugo de otro hombre”.<sup>2</sup>

En las grandes instituciones de salud los profesionales venden su trabajo sin ningún control sobre el mismo, con pérdida de sus prerrogativas profesionales. Dentro de las organizaciones los profesionales de la salud no representan más que un tipo de empleado que tiene que someterse a la racionalidad institucional de la misma manera que el resto de los trabajadores.<sup>6</sup> De eso hablamos cuando hablamos de la proletarización de un sector considerado tradicionalmente como de “clase media” que ahora recurre al multiempleo como la forma de mantener estatus social, con el consecuente menoscabo en su calidad de vida y con niveles variables de afectación en la calidad de sus servicios profesionales.

La contradicción de ejercer una profesión con un ideal científico y humanista en un marco burocrático y mercantilista, conduce a una diferencia entre expectativas y realidad, que genera un alto grado de insatisfacción y frustración. En este sentido Marx describe en los Manuscritos, cómo el trabajo enajenado lo transmuta de una actividad creadora y transformadora, fuente de realización y de sentido vital, en solo un medio para la subsistencia física: “(...) el trabajo, la actividad vital, la vida productiva, aparecen ahora ante el hombre únicamente como medios para la satisfacción de una necesidad, la necesidad de mantener su existencia física. La vida productiva es, sin embargo, vida de la especie. Es la vida que crea vida. En el tipo de actividad vital reside todo el carácter de una especie, su carácter de especie; y la actividad libre, consciente, es el carácter de los seres humanos como especie (...) El trabajo enajenado invierte la relación, en tanto que el hombre como ser con conciencia de sí hace de su actividad vital, de su ser, solo un medio para su existencia”.

Derivado de lo anterior, particularmente en el caso de los profesionales de la salud, se ha construido como tendencia al futuro el fenómeno de la desprofesionalización, definida ésta como la pérdida de los profesionales de su monopos-

lio sobre el conocimiento, el cuestionamiento público creciente en sus conocimientos y en su ethos de servicio, y la reducción de su capacidad para imponer sus propias reglas y definiciones sobre lo que es bueno para el paciente.<sup>7</sup>

Más allá de consideraciones sobre lo deseable, necesario o justificado de este fenómeno, los profesionales de la salud lo perciben como una pérdida de valoración social que lo proveía de una fuente inestimable de autoafirmación y satisfacción. Cuando esto no ocurre algunos desarrollan aún más actitudes de autoidealización y autoritarias codificadas como poder.<sup>8</sup> Como parte del mismo fenómeno de desprofesionalización ha ocurrido la aparición o reivindicación de nuevas profesiones y de actividades para-profesionales que hacen más heterogéneo y competitivo el mercado de la salud, lo que, sin embargo, puede abrir el paso a prácticas riesgosas o regresivas, que al cobijo de los excesos de la autonomía buscan (y a veces logran) un espacio propio desde el que inciden en las elecciones de las personas.

Las transformaciones ocurridas en el ejercicio de los profesionales de la salud han incrementado en forma notable el interés por evaluar sus percepciones y actitudes hacia su propio trabajo. En un país desarrollado como Suecia, el estrés en los médicos se ha incrementado en los años recientes, de modo que, uno de cada tres médicos busca cambiar de departamento dentro del hospital y uno en diez busca abandonar la medicina como profesión.<sup>13</sup>

En ese sentido, se ha propuesto que las fuentes de estrés y desgaste profesional dentro de los profesionales de la salud pueden agruparse en dos categorías principales: las relacionadas con el contacto directo con los pacientes, y las vinculadas con los factores administrativos y organizacionales. En general, el *burnout* en los profesionales de la salud no es diferente del que ocurre en otras profesiones, pero las reacciones de los médicos como profesión son particularmente dignas de consideración por las consecuencias que pueden tener, no solo en la relación médico-paciente sino también en comprometer la calidad del cuidado, la atención o el tratamiento médico en la forma de omisiones, actos imprudentes o errores.

Entre las características del desgaste profesional en médicos se incluye fatiga, inestabilidad emocional, incapacidad de concentración, ansiedad, insomnio, irritabilidad, incremento del consumo de alcohol o drogas y depresión. Los diferentes estudios que a nivel mundial han abordado el tema indican que la frecuencia del *burnout* en los profesionales de la medicina va de 25% a 60%.<sup>14</sup>

De la misma manera que ocurre en otros sectores profesionales el mejor predictor de *burnout* en esta profesión es el sentido de control sobre su trabajo, es decir, la autonomía laboral relacionada con el uso de su juicio, y la libertad de elección sobre su actividad. Otros predictores significativos son las demandas laborales percibidas, el apoyo social de los compañeros y estar satisfecho con los recursos de los que dispone para realizar su trabajo.<sup>14</sup>

Las intervenciones para reducir el *burnout* en los profesionales de la salud y, en forma consecuente, reducir los errores médicos y mejorar la seguridad de los pacientes, se han enfocado en el médico individual con poca atención del contexto organizacional y social dentro del que el médico trabaja. Estas orientaciones han devaluado el papel determinante que juega la cultura hospitalaria entre cuyos elementos destacan la diversidad de grupos de trabajo que integran el hospital, cada uno con intereses propios; la lucha de grupos por mantener el control de la organización, aun bajo la hegemonía médica; y la estructura vertical altamente jerarquizada que afecta la comunicación y la toma de decisiones. Intentar cambiar las organizaciones de salud desconociendo sus peculiaridades y tratándolas con lo que ha resultado en otro tipo de organizaciones, es ingenuo y anticipa el fracaso de dichas intervenciones.<sup>15</sup>

## DISCUSIÓN

En su descripción del trabajo enajenado, Karl Marx se adelantó 130 años al psicólogo clínico neoyorkino Herbert Freudenberger (1974), quien acuñó el término *burnout* que después utilizó Christina Maslach (1977) para referirse a una condición caracterizada por un estado de desgaste físico, emocional y cognitivo que surge al trabajar bajo condiciones hostiles.

Sin embargo, para Marx lo que correspondería al desgaste profesional (“... no se realiza en su trabajo sino que se niega, experimenta una sensación de malestar más que de bienestar, no desarrolla libremente sus energías mentales y físicas sino que se encuentra físicamente exhausto y mentalmente abatido”)2 ocurre fundamentalmente como resultado del trabajo económicamente alienado, y surge en la relación entre el trabajador y la producción, en un proceso en el que el ser humano percibe el mundo como ajeno, los productos de su trabajo como no propios y él mismo se experimenta sin control de sí.<sup>9</sup>

En contraste, la definición de *burnout* emerge como un asunto de salud del trabajo que se define por la relación entre la exposición a factores estresantes

en el entorno laboral y las respuestas adaptativas o de afrontamiento del trabajador. Desde esta perspectiva, abordar el burnout exclusivamente como un problema de salud mental del trabajador medicaliza y desvía el problema de las condiciones de trabajo y lo traslada a una problemática individual de expectativas y metas poco realistas exigidas a los profesionales. No es completa la descripción del burnout si no describe la institución y su clima organizacional, principalmente la autonomía individual, el grado de jerarquización, las redes de colaboración, la participación en la toma de decisiones, la comunicación organizacional, los estímulos, el respeto, la calidez y el soporte.<sup>8</sup>

En esta línea de pensamiento, es de la mayor importancia enfatizar que el desgaste profesional no es un trastorno individual; tiene su origen en el entorno de trabajo y no en el trabajador, y es el resultado de un modelo económico que determina las formas de organización que asumen los servicios de salud destinados a la población y que define la posición de los profesionales de la salud en la estructura social. Esta consideración es pertinente, pues cuando se debate sobre la prevención del desgaste profesional se debe considerar principalmente el entorno psicosocial del trabajo e intentar modificarlo, y no colocar solo el blanco de las intervenciones en el individuo. De otra manera se convierte en un problema de trabajadores con baja tolerancia a la frustración o con una debilidad premórbida constitutiva que solo requieren una terapia readaptativa.<sup>4</sup>

Otro obstáculo para abordar el problema en el caso particular de los profesionales de la salud es la negación del problema por sus propios integrantes. Aun cuando es claro que el desgaste profesional tiene su origen en el trabajo alienado, es el propio médico quien niega el fenómeno de cara a su proletarianización implícita. Las aspiraciones propias de una profesión otrora liberal, provoca que rechacen la idea de equipararse con otros trabajadores (la voz “trabajadores de la salud” a muchos les resulta molesta, de la misma manera que someterse al control de entrada y salida o cumplir a cabalidad con un horario fijo) por lo que, negando el irrefrenable proceso de su proletarianización, prefieren explicarse el desgaste laboral en términos de “pacientes exigentes, irrespetuosos y mal agradecidos”, desmedidos volúmenes asistenciales, escasez de recursos para el trabajo e incluso como cansancio que se resuelve con unas vacaciones. Lamentablemente no es así, aún después de las vacaciones, parafraseando a Augusto Monterroso, el dinosaurio sigue allí.

También es importante desmentir las visiones que interpretan el desgase-



te profesional desde una perspectiva epidemiológica confiriéndole un carácter “contagioso” que se extiende entre individuos susceptibles, lo que descontextualiza al fenómeno de su circunstancia sin la cual se reduce sensiblemente el poder explicativo sobre el mismo. Por supuesto que el desgaste profesional no es “contagioso”; mientras una organización continúe viciada, mientras las condiciones de trabajo correspondan con las de la alienación, es solo cuestión de tiempo que vayan apareciendo cada vez más trabajadores desgastados. Esto es de vital importancia por sus terribles consecuencias sociales. Marx afirma que en el trabajo alienado las personas se enajenan de las demás personas. En condiciones en las que los demás resultan extraños o ajenos, procesos tan hondos como la amistad, la fraternidad, la solidaridad o el compañerismo, no se pueden dar. En ese contexto, las relaciones humanas están dañadas de raíz.<sup>16</sup>

En el caso de los profesionales de la salud este daño tiene implicaciones por demás negativas en las relaciones interpersonales tanto internas en la institución de salud, como con los usuarios de los servicios que pueden verse afectados en sus derechos. En este sentido la formación de los médicos adquiere particular relevancia debido a su papel en la construcción y reproducción del *habitus* profesional, entendido como el proceso a través del cual el desempeño profesional se interioriza de manera inconsciente en los estudiantes a nivel de conocimientos y prácticas profesionales. Es decir, el *habitus* médico incluye elementos cognitivos y valóricos que se hacen visibles en las relaciones sociales entre los médicos con otros profesionales de la salud, con los pacientes y sus familiares, y con el resto de la población, como un conjunto de acciones y principios que permiten la construcción de una respuesta para cada situación.

Los procesos de normalización del desgaste profesional y el acoso laboral y su incorporación como parte de la cultura de las organizaciones de salud, pueden afectar negativamente el desempeño de los médicos en formación, así como el tipo de relaciones interpersonales que establecen con sus pares, con los pacientes y con el resto de grupos al interior de la organización. De ahí la importancia de cambiar el enfoque en la formación de médicos y de especialistas, desde uno que está fundamentado en lo biológico clínico, lo tecnológico, lo individual, lo curativo, la competitividad y la jerarquía a otro que nos remita a una mirada fundamentada en el respeto a la dignidad humana, la integralidad del paciente, lo relacional, la prevención y la promoción de la salud, la calidad de vida, la colaboración y la solidaridad.

El tema del respeto a la dignidad del otro es crucial y constituye el eje

articulador de los demás elementos valóricos que deben estar presentes en la atención sanitaria en general.<sup>20</sup> En contraparte, la violación a la dignidad se exhibe en el acoso moral o *mobbing*, en el desgaste profesional provocado por condiciones indignas de trabajo y en el maltrato a pacientes. De modo tal que, el respeto a la dignidad humana debe ser un eje transversal presente en todas las etapas de las políticas públicas relacionadas con las condiciones de trabajo y la prestación de los servicios de salud.

En condiciones de trabajo enajenado todos perdemos: el profesional desgastado es más susceptible de enfermar y cometer errores,<sup>10</sup> los derechos de los usuarios de los servicios corren riesgo de ser vulnerados y los costos para las instituciones pueden ser cuantiosos.<sup>17</sup> Todos pierden trascendencia, todos se sienten solos. La deshumanización en las organizaciones produce seres deshumanizados.<sup>18</sup> Para humanizar (dignificar) la prestación de los servicios de salud, más allá de la retórica de las sonrisas, la autocomplacencia y la autoindulgencia, es necesario corregir los vicios existentes en el modelo organizacional o cambiarlo por otro que permita responder en forma eficiente a los retos que los cambios sociales, económicos, tecnológicos, demográficos y epidemiológicos de la sociedad mexicana han impuesto al sistema de salud. De otra manera solo seguiremos presumiendo experiencias exitosas aisladas y contando los muertos y heridos de nuestros errores.

En nuestra exposición hablamos del riesgo moral, el cual además de las fuertes implicaciones económicas, tiene un profundo impacto ético que incide en la forma en que se relacionan los médicos con sus pacientes. Por ello es importante reducirlo, privilegiando la educación en salud como herramienta de la autonomía y la responsabilidad; buscando nuevas formas de organización en las instituciones de salud que permitan el desarrollo científico, técnico y humano de los profesionales de la salud y en forma natural coloquen al paciente como centro del proceso de atención; y destacando el uso del proceso de arbitraje médico como mecanismo para atender las controversias que se susciten entre los usuarios y los prestadores de los servicios médicos. En este contexto las comisiones de arbitraje médico en su carácter de árbitros expertos, respetuosos e imparciales, se encuentran en una situación de privilegio para la protección de los derechos y obligaciones en materia médica, tanto de las personas como de las instituciones en conflicto.<sup>19</sup>

Si como sociedad nuestras aspiraciones deben orientarse a lograr que los

ciudadanos sean libres, independientes, autosuficientes, y puedan alcanzar el máximo de sus potencialidades, el trabajo del profesional de la salud debe ser mucho más que una mercancía que permite obtener mercancías, mucho más que una simple transacción económica de personas fragmentadas; el trabajo del profesional de la salud debe ser autorrealización, vitalidad creadora, satisfacción, energía; debe ser, una profunda actividad existencial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez Vázquez, A. Filosofía y economía en el joven Marx. Los Manuscritos de 1844. México: Grijalbo, 1982.
2. Marx K: Manuscritos económico-filosóficos. I. El trabajo enajenado. En: Fromm E. Marx y su concepto del hombre. México: Fondo de Cultura Económica Breviario No. 166), 1981.
3. Rodríguez-Carvajal R, Rivas-Hermosilla S. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med Segur Trab (Internet)* 2011; 57 (suppl.1): 72-88.
4. Marrau MC. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en Humanidades* 2009 (19): 167-77.
5. Fischer R, Boer D. What is more important for national well-being: money or autonomy? A meta-analysis of well-being, burnout, and anxiety across 63 societies. *J Pers Soc Psychol* 2011; 101:164-84.
6. Nigenda LG. ¿Médicos en riesgo? Análisis comparativo de tres países. *Revista Mexicana de Sociología* 1993; 55:203-23.
7. Gioco A. *La insoportable pesadez del ser...profesional de la salud. Alienación en los trabajadores de la salud pública*. *Revista do Centro de Educação e Letras da Unioeste* 2012; 14:125-53.
8. Wolfberg E. Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. *VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat* 2003; XIV: 268-79.
9. Ortíz-León S, Jaimes-Medrano AL, Tafoya-Ramos SA, Mujica-Amaya ML; Olmedo-Canchola VH, Carrasco-Rojas JA. Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cir Cir* 2014; 82:290-301.
10. Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juárez-Pérez CA. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational Medicine* 2009; 59:8-13.

11. Lockley SW, Barger LK, Ayas NT, Rothschild JM, Czeisler CA, Landrigan CP, Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effects of health care provider work hours and sleep deprivation on safety and performance. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2007; 33 (suppl.): 7-18.
12. Zweifel P, Manning WG. Moral hazard and consumer incentives in health care. En: Culyer AJ, Newhouse JP (eds). *Handbook of Health Economics*. Gran Bretaña: Elsevier; 2000.
13. Bonn D, Bonn J. Work-related stress: can it be a thing of the past? *Lancet* 2000; 355:124.
14. Moreno-Jiménez B, Seminotti R, Garrosa-Hernández E, Rodríguez-Carvajal R, Morante-Benadero ME. El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés* 2005; 11:87-100.
15. Montgomery A. The inevitability of physician burnout: implications for interventions. *Burnout Research* 2014; 1:50-6.
16. Prado-Galán J. *Ética sin disfraces*. México: Universidad Iberoamericana, 2001.
17. Villanueva-Egan L.A, Cruz-Vega L. *Los costos de la mala calidad de la atención obstétrica*. *Revista CONAMED* 2012; 17: 60-6.
18. Sossa-Rojas A. *La alienación en Marx: el cuerpo como dimensión de utilidad*. *Revista Ciencias Sociales* 2010 (25):37-55.
19. Díaz López de Falcó RM: *El Ombudsman de la salud en México*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2014.
20. Álvarez-Díaz JA. ¿Qué es la dignidad humana? En: Álvarez-Díaz JA, López-Moreno S (coords.). *Ensayos sobre ética de la salud: aspectos clínicos y biomédicos (Vol. 1)*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2014.



# TENDENCIAS ACTUALES EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

*Pedro J. Saturno* \*

La calidad no mejora sola. Se necesita una actuación específica, continua y metodológicamente contrastada para este fin, dentro de lo que se conoce como un “Sistema o Programa de Gestión de la Calidad”.

La existencia de este tipo de programas se justifica porque una mejor calidad repercute en una mejor salud de la población, y también porque la mala calidad es ineficiente. Hoy día no es posible poner en duda esta afirmación ante la cantidad de evidencia que hay en este sentido. Los costos de la mala calidad son enormes e inaceptables.

El informe de la OMS (2010) sobre la financiación de los sistemas de salud cifra este desperdicio entre el 20 y el 40% de todo el gasto en salud en cualquier país y en cualquier sistema. Por estas y otras razones, el tema de la Calidad aparece como supuesta prioridad en un número creciente de sistemas sanitarios, y es posible identificar una serie de tendencias comunes, relativamente globales.

Sin embargo, no siempre están bien fundamentadas ni su utilidad contrastada, a la vez que persisten diversas situaciones de fragmentación en las iniciativas, en detrimento de la necesaria visión y estructuración integral e integradora que deberían tener los sistemas

---

\* Director Adjunto, Centro de Investigación en Calidad y Encuestas, AXA Professor in Healthcare Quality, Instituto nacional de Salud Pública (pedro.saturno@insp.mx).

de gestión de la calidad en cualquier país y en cualquiera de los niveles del sistema de salud.

Estas tendencias e iniciativas van desde la presencia cada vez más frecuente de institucionalización de la calidad en la estructura de los sistemas de salud, hasta una amenaza constante y creciente contra el valor social intrínseco, no mercantil, que han de tener los servicios de salud. En este ensayo se hace una revisión crítica de las tendencias más destacadas. Vamos a describirlas siguiendo el orden y argumentos que se resumen en el cuadro 1.

## INICIATIVAS DE INSTITUCIONALIZACIÓN

La gestión de la calidad se va abriendo paso en los organigramas de los sistemas de salud, tanto a nivel central como regional o de centros individuales. El nivel jerárquico, la denominación y los recursos que se destinan a ello son muy variables, pero visibles. En algunos países tienen rango de subsecretaría, en otros son direcciones generales, en otros más, agencias de calidad, comisiones, u otras. Es un hecho que ha de ser bienvenido porque, como apuntaba Juran (1970), cualquier función que una organización considera que es importante, debe verse reflejada en el organigrama de esa organización. La calidad ya tiene visibilidad en el organigrama en una mayoría creciente de países.

**CUADRO 1**  
**TENDENCIAS ACTUALES EN LOS SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**  
**EN LOS SERVICIOS DE SALUD. UNA VISIÓN CRÍTICA**

Tendencia global	Principales aspectos críticos
Institucionalización de la Gestión de la Calidad	Falta de integralidad (actividades, estrategias, dimensiones) y de integración (enfoques, niveles de responsabilidad).
Calidad basada en evidencia	-Diseño de herramientas (por ejemplo, Guías de Práctica Clínica), sin planes de implementación ni monitoreo de su utilización y resultados. -Énfasis en evidencia clínica, no en evidencia organizacional, ni en política basada en evidencia.

Tendencia global	Principales aspectos críticos
Incentivos para la calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Zona de complejidad con alto grado de acuerdo y bajo grado de certeza.</li> <li>-Énfasis e implementación sin evidencia de esquemas de Pago por Calidad.</li> <li>-Escaso desarrollo de incentivos intrínsecos.</li> </ul>
Énfasis en seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ensombrecer o anular iniciativas sobre otras dimensiones de la calidad.</li> <li>-Transición lenta desde el enfoque en daño, al enfoque en riesgo de daño y su prevención.</li> <li>-Implementación generalizada de iniciativas de efectividad no probada.</li> </ul>
Énfasis en el papel del usuario/población	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Escasamente desarrollado.</li> <li>-En evolución conceptual.</li> <li>-Escasez de herramientas efectivas para implementarlo, tanto a nivel individual como colectivo.</li> <li>-Escasez de existencia y uso de herramientas para su monitorización.</li> </ul>
Énfasis en diseño y gestión de procesos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Necesario pero todavía poco desarrollado.</li> <li>-Necesidad de incorporar diseños integrales y con metodologías más complejas que las que se han manejado hasta ahora.</li> </ul>
Investigación en estrategias para la mejora de la calidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Un campo nuevo y necesario de la Investigación en Servicios de Salud.</li> <li>- Debe contribuir a proporcionar datos comparativos y cuestionar estrategias que solo tienen validez aparente.</li> </ul>
Uso creciente de tecnologías electrónicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potencialmente muy favorable, pero implementado muchas veces sin evaluación previa.</li> <li>- Campo propenso a iniciativas deslumbrantes y costosas, sobre las que hay que ser más precavidos de lo que se está siendo en la actualidad.</li> </ul>
Amenaza de cambio de valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Necesidad de reafirmar el valor y componente social de los servicios de salud.</li> <li>-Necesidad de reafirmar el incremento del nivel de salud como resultado último a valorar.</li> </ul>



Sin embargo, lo que es todavía infrecuente es que esa función se ejerza con una visión de conjunto, integrando niveles y actividades para la mejora continua. Abundan, eso sí, las iniciativas parciales, fragmentadas —en todos los sentidos—. La falta de integración y visión global limita seriamente la efectividad y eficiencia de estas iniciativas.

Una visión global, integral e integrada de los sistemas de gestión de la calidad, debería contemplar de forma coordinada los *diversos niveles de responsabilidad* (desde el nacional hasta el del clínico individual, pasando por todos los otros niveles intermedios); integrar los *tres tipos de actividades para la mejora continua* (planificación, monitorización, ciclos de mejora); atender *todas las dimensiones básicas de la calidad* (efectividad, eficiencia, seguridad, atención centrada en el paciente, accesibilidad y equidad)<sup>1</sup>, implementar *toda la gama de estrategias necesarias* (liderazgo, sistemas de información, participación de pacientes/población, regulación y estándares, capacidad organizacional, modelos integrales de atención a crónicas y otros problemas de salud específicos)<sup>2</sup>, y desde luego, *desarrollar tanto el enfoque externo (control desde fuera de los centros) como el interno* (compromiso con la calidad y autoevaluación en cada centro para mejorar por iniciativa propia). El enfoque interno más difícil de hacerlo realidad, pero absolutamente imprescindible para la mejora continua.

## CALIDAD BASADA EN EVIDENCIA

Desde hace unos años, un elemento crucial de las iniciativas para mejorar la calidad ha sido fomentar la práctica clínica basada en evidencia. Las herramientas más utilizadas en este sentido son las “Guías de Práctica” o “Protocolos Clínicos”. En multitud de países se han creado organismos o programas específicos para construir y/o fomentar el uso de estas herramientas, como CENETEC-Salud en México<sup>3</sup>, NICE en el Reino Unido<sup>4</sup>, NGC en los Estados Unidos<sup>5</sup>, o *Guíasalud* en España<sup>6</sup> por citar algunos ejemplos. En algunos casos, no siempre, estas Guías se convierten en referentes para la mejora de la calidad y para la construcción de indicadores.

El principal énfasis se ha venido haciendo en la evidencia clínica, con la colaboración o protagonismo de las sociedades científicas, habiéndose desarrollado mucho menos la evidencia organizacional y, menos aún, la política sanitaria basada en la evidencia. A nivel de sistema, es una de las principales deficiencias de esta tendencia. Parece que para la atención clínica hay que hacer

lo que está demostrado que es efectivo, pero para las decisiones organizacionales y de política sanitaria cualquier cosa vale.

Existe, sin embargo, otra deficiencia común y bastante generalizada que llega a hacer inútiles (e ineficientes) los recursos que se invierten en la creación de guías de práctica clínica, y es su no inclusión en una visión de conjunto de las actividades para la mejora de la calidad. Se crean las Guías, muchas veces sin aprovechar críticamente las que existen y que son accesibles en este mundo del conocimiento globalizado, pero no se definen estrategias efectivas para implementarlas, ni se monitorea su uso con los indicadores adecuados que informen respecto a su utilización así como sobre los resultados que se obtienen al aplicarlas.

Hay muchos países con cientos de guías elaboradas y no implementadas ni monitoreadas. Parece que la elaboración de la Guía es el fin del proyecto, lo que constituye una aberración desde el punto de vista de la Gestión de la Calidad: ninguna actividad de planificación o diseño de la calidad está completa si no se asegura su implantación y seguimiento.

## DESARROLLO DE INCENTIVOS PARA LA CALIDAD

En muchos países y para muchos líderes políticos a diversos niveles dentro del sistema, les ha resultado claro que la forma de pagar y gestionar los servicios de salud no está alineada adecuadamente con la atención de calidad. En ocasiones, se discrimina y se recompensa por cantidad de servicio, con independencia e incluso en detrimento de la calidad. Se ha vuelto necesario, en consecuencia, un cambio de paradigma que incluya una estructuración explícita de sistemas de incentivos para la calidad, aunque no esté muy claro cuáles y cómo hacerlo. En la terminología de la Ciencia Compleja, (matriz de Stacey)<sup>7</sup>, estaríamos en una *zona de complejidad* caracterizada por un alto acuerdo sobre la necesidad de abordar el tema pero con escasa certeza sobre las mejores iniciativas concretas. Sin embargo, ha irrumpido con fuerza en los últimos años una especie de fe ciega en el llamado *Pago por calidad* o *Pago por desempeño* (*Pay for Performance*, resumido coloquialmente como *P4P*). En países desarrollados, de la mano sobre todo de iniciativas en el ámbito anglosajón (Reino Unido, Estados Unidos de América, Australia), y en países en vías de desarrollo con el apoyo del Banco Mundial a partir de la iniciativa RBF (*Results-Based Financing*)<sup>8</sup>.

Cada vez son más numerosas las iniciativas y, por suerte, también los análisis sobre los efectos del P4P. Pero ningún estudio ni revisión sistemática ha

podido concluir hasta ahora respecto de la evidencia inequívoca de su efectividad, tanto en general<sup>9</sup>, como en atención primaria<sup>10</sup>, como en países en vías de desarrollo<sup>11</sup> o desarrollados<sup>12, 13</sup>, ni tampoco sobre su eficiencia<sup>14</sup>, mostrándose en algunos casos un efecto limitado en el tiempo, llegando a ser inexistente con relación a instituciones en las que no se ha empleado<sup>15, 16</sup>. También es verdad que no se habla de una intervención uniforme. Son muchos los factores de diseño y de contexto que pueden hacer muy diferentes unas iniciativas de P4P de otras<sup>17</sup>, pero lo cierto es: (i) que aún no sabemos suficiente sobre sus problemas potenciales; (ii) que el debate debería centrarse en cuáles son las características que lo pueden hacer funcionar, en vez de en la adopción o no de este tipo de esquemas; y (iii) que también debemos pensar en el diseño de incentivos intrínsecos, de un efecto inagotable y permanente, mientras que los extrínsecos (como el P4P) suelen tener un efecto limitado, a corto plazo, y a veces hasta contraproducente<sup>18</sup>.

## ÉNFASIS EN LA SEGURIDAD

La seguridad del paciente se ha convertido en una prioridad en los sistemas de salud de todo el mundo, con riesgo incluso de ensombrecer otras iniciativas para la mejora de la calidad, hasta separar la seguridad del concepto de calidad. A ello han contribuido los estudios epidemiológicos que han puesto de manifiesto los efectos innecesariamente dañinos que puede tener la atención sanitaria con determinados fallos de calidad, y el eco que estos mensajes de atención insegura encuentran en todos los ámbitos de la sociedad, incluyendo el propio personal sanitario. Lo que caracteriza a la seguridad es su enfoque en el posible daño, más que un esperado beneficio producido por la propia atención sanitaria.

La seguridad es la última de las dimensiones incorporada explícitamente al concepto de calidad y se refiere, según propuestas de la OMS<sup>2, 19</sup>, a la “ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria”. Es de notar que esta definición no concuerda con la aún prevalente del Institute of Medicine (IOM), que se centra exclusivamente en la producción de daño, mientras que la de la OMS incluye además un nuevo enfoque en el *riesgo de daño*, y por ende en la prevención.

Este cambio conceptual no se ha traducido todavía ni a los métodos de medición de los problemas de seguridad ni a las intervenciones para mejorarla

en la mayoría de los países y entornos asistenciales. Incluso en el Programa (antes Alianza Mundial) para la Seguridad del Paciente de la OMS, se observa la contradicción de mantener (hasta el cierre de la edición de este libro) la definición antigua en la portada de su página web<sup>1</sup>: “Seguridad del paciente es la ausencia de daño prevenible producido al paciente durante el proceso de atención sanitaria”; en cambio, la definición que se da en el *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*<sup>19</sup> es: “La reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles, y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro”. Esta contradicción, o aparente inconsistencia entre el enfoque actual (teóricamente) de prevención del riesgo, y la persistencia del enfoque anterior basado solo en el daño producido, se extiende al enfoque de las actividades de investigación (asentadas obstinadamente en el evento adverso ya producido como punto de partida exclusivo), y a la medición y monitorización de los problemas de seguridad únicamente con datos e indicadores de resultados (eventos adversos de todo tipo), a pesar de que está demostrada su nula o escasa validez para la mejora continua<sup>20</sup>.

Todo esto ocurre aun con la recomendación de medir indicadores de proceso para el clásico problema de las infecciones hospitalarias<sup>21</sup>, y de que los principales éxitos publicados en la mejora de la seguridad se deben justo a la puesta en marcha de actividades de prevención, como el empleo de *checklists* para la prevención de infecciones ligadas al uso de catéter venoso central, o para la prevención de complicaciones ligadas a las intervenciones quirúrgicas.

El enfoque y las herramientas para medir si se realizan o no las prácticas que previenen los eventos adversos existen<sup>22</sup>, pero no está siendo aún implementado de forma rutinaria.

Tampoco escapa el tema de la seguridad al hecho extendido en los sistemas de Gestión de la Calidad de la implementación generalizada, sin estudio piloto ni evidencia previa de su efectividad, de políticas e iniciativas con una validez aparente o efectiva en otros ámbitos, pero sin que se haya comprobado cómo funcionan en los complejos sistemas de salud.

Tal vez el ejemplo más conspicuo es el de los *Sistemas de reporte de incidentes*, cada vez más extendidos, muchas veces como primera e incluso única

---

<sup>1</sup> <http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

iniciativa para mejorar la seguridad, y en los que se invierte una cantidad considerable de recursos sin que esté claro el beneficio real, ya sea como iniciativa en sí misma o en comparación con otro tipo de sistemas o intervenciones para mejorar la seguridad.

El diseño de este tipo de sistemas puede variar mucho, y su efectividad puede depender de las características concretas de cada uno; pero un estudio realizado sobre una muestra de 189 hospitales en los Estados Unidos de América, demuestra que, aunque todos tienen establecido un sistema de reporte de incidentes, comparando lo que se reporta con lo que se anota en las historias clínicas, tan sólo se reporta 14% de los incidentes, no se investigan las causas en un 30% de los reportados, y de éstos sólo en 12% se implementa alguna intervención<sup>23</sup>. Con estas cifras, la efectividad total es de poco más del 1%, lo cual hace pensar por una parte en la necesidad de un rediseño en profundidad de este tipo de sistemas, y por otra, en la utilidad comparativa que podría haberse obtenido empleando esos recursos en otro tipo de iniciativas.

## ÉNFASIS EN EL PAPEL DEL PACIENTE, EL USUARIO Y LA POBLACIÓN

Tras la Seguridad, parece que la dimensión de la calidad que está en vías de ser foco prioritario para los sistemas de Gestión de la Calidad es la “atención centrada en el paciente”. La idea en sí no es nueva, puesto que es la esencia misma de todas las definiciones de calidad, que la tienen como eje central desde que se empezó a definir la calidad en cualquier ámbito (calidad: “cumplir con las necesidades y expectativas del usuario del producto o servicio a quien vaya dirigido”), pero como dimensión concreta de la calidad, medible y específica, ha ido evolucionando en los últimos años y aún está en cierto modo en proceso de evolución.

En este proceso, se comenzó por enfatizar la “satisfacción”, y su inclusión explícita como dimensión/resultado del cumplimiento de necesidades y expectativas en casi todos los esquemas de medición de la calidad que se manejaban. Esta circunstancia motivó una atención considerable a su comprensión como “constructo” y en la búsqueda de la forma de medirla, generalmente mediante encuestas, para incorporarla a los sistemas de monitoreo para la mejora continua de la calidad. El concepto de satisfacción como dimensión de la calidad empezó pronto a complementarse, o más bien a ampliarse, con el de “aceptabilidad de

la atención”, a la vez que iba siendo cada vez más evidente la escasa operatividad de las encuestas de satisfacción como tales, si no eran capaces de identificar las causas sobre las que se podría actuar para mejorarla. Cobró entonces fuerza otro tipo de enfoque y encuesta, los “Informes del paciente” (*Patients’ reports*) que medían no ya el nivel de satisfacción, sino los problemas encontrados en la experiencia asistencial desde el punto de vista del paciente. Este paso desde un resultado subjetivo (la satisfacción), a un proceso objetivo (problemas en la experiencia asistencial), ha ido en paralelo a una nueva concepción del punto de vista del paciente como dimensión de la calidad, incorporado con el término “atención centrada en el paciente”, adoptado “oficialmente” por el IOM en su publicación de 2001<sup>1</sup> y utilizado en casi todo el mundo, hasta llegar a convertirse –al menos en teoría– en el eje central de la política sanitaria de la OMS en sitios como la Región del Pacífico Occidental y el Sudeste asiático, que han instaurado un Programa específico sobre esta materia<sup>24</sup>.

La definición más utilizada y referenciada de la “atención centrada en el paciente” es la del IOM: “Provisión de atención sanitaria que respeta y responde a las preferencias, necesidades y valores del paciente, asegurando que guían todas las decisiones clínicas”, pero no es la única. Por una parte, hay propuestas de ampliación del término que incluyen explícitamente a la familia o allegados (“*Patient-and Family-centred care*”), así como a la población en su conjunto (“*People-centred health care*”); y por otra, intentos diversos de explicar más concretamente cuáles son las características de los procesos asistenciales que los identificarían como “centrados en el paciente”. Una revisión de definiciones y principios en torno a la atención centrada en el paciente realizada por la Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes (IAPO)<sup>25</sup>, destaca como elemento común a todas las definiciones, el respeto por las necesidades, preferencias y valores de los pacientes.

La primera objeción del sistema de atención tradicional es la cuestión (ya planteada cuando solo se hablaba de satisfacción) de si el profesional sanitario debería aceptar y plegarse a todas las peticiones de los pacientes para poder cumplir con esta dimensión de la calidad. En este sentido, conviene destacar que la clave es lograr el compromiso del paciente como *participante activo* de su propio proceso asistencial, pero cuestionando sus creencias y valores cuando sea necesario para optimizar el tratamiento. No es, por tanto, capitular ante todas las peticiones del paciente; dar información y esperar que el paciente la

entienda y utilice por su cuenta; o centrar las actuaciones en la enfermedad, la tecnología o las necesidades de los centros asistenciales<sup>26</sup>. El ingrediente secreto es obviamente, la comunicación y la atención a la persona, no solo a la enfermedad. También se ha apuntado que un límite claro a la concesión acrítica a las preferencias del paciente sería que éstas resultasen perjudiciales para el resto de pacientes o población, pasando la discusión desde la atención individual a la colectiva, una tensión no siempre resuelta o tenida en cuenta en las definiciones de calidad. Lo que sí parece obvio es que en los sistemas de salud no es frecuente la atención centrada en el paciente, sino que es el paciente el que debe adaptarse al sistema y navegar con dificultades entre sus muchas intersecciones, sin contemplar en realidad sus necesidades y expectativas<sup>27</sup>.

Desde el punto de vista práctico y metodológico para la gestión de la calidad, la atención centrada en el paciente implica por una parte un rediseño a fondo de sistemas y procesos asistenciales para incorporarla de forma efectiva; y por otra, una revisión y utilización de herramientas de medición válidas y útiles para los fines de su monitorización y mejora continua. A nivel general, el *rediseño de los procesos asistenciales* se vincula principalmente con problemas estructurales (organizativos) de accesibilidad, coordinación de servicios y continuidad de cuidados, transparencia informativa y participación comunitaria. A nivel de procesos asistenciales específicos, implica incorporar: el respeto a las preferencias, la participación del paciente, una información compartida adaptada a las preocupaciones, las creencias y expectativas de cada paciente en particular, una deliberación compartida en las decisiones a lo largo de todo el proceso de atención, y lograr en definitiva lo que se ha llamado un “pensamiento compartido” o forma similar de ver las cosas entre profesionales y pacientes para abordar situaciones y decisiones.

El reto supera con creces el concepto de “satisfacción del paciente”, que ha pasado a ser solo uno de los resultados que hay que intentar conseguir al prestar atención sanitaria. El foco es ahora la estructura y procesos que logren atender real y adecuadamente, con respeto y participación, las necesidades y expectativas de pacientes y población. Quizá lo menos desarrollado, y más necesario en la actualidad, son las herramientas y metodologías para facilitar la participación activa del paciente/población en la toma de decisiones y en su propio proceso asistencial. Hay, no obstante, experiencias consolidadas y pioneras en este terreno como la del Aval Ciudadano impulsado en México dentro de la Cruzada por la Calidad<sup>28</sup> y mantenido hasta hoy<sup>29</sup>.

Conviene subrayar que, aunque incorporar la atención centrada en el paciente a los procesos y sistemas asistenciales tiene sentido y validez en sí mismo<sup>30</sup>, hay también estudios que demuestran su repercusión positiva en la efectividad y eficiencia de la atención<sup>27</sup>, aunque aún no de forma inequívoca debido en parte a las dificultades multifacéticas del concepto en sí<sup>31</sup>.

Finalmente, las implicaciones que esta tendencia está teniendo para los *sistemas de monitorización* son también de gran relevancia. Se necesitan herramientas e indicadores que incorporen de forma objetiva hasta qué punto hay o no problemas relacionados con la atención al paciente, respetuosa y participativa. Esta información ha de venir sobre todo -aunque no solamente- de los propios pacientes, que son los protagonistas que pueden juzgar e informar lo que está ocurriendo. Hay ya mucho camino recorrido, pero aún queda también mucho por hacer. Las encuestas “tipo informe” supusieron un importante paso adelante, pero hay aspectos conceptualmente incluidos en la atención centrada en el paciente aún no transformados en herramientas de medición adecuadas. Así se concluye, por ejemplo, en una revisión realizada -circunscrita al ámbito anglosajón y en el campo de la Medicina Familiar- sobre herramientas basadas que miden los diversos aspectos de la atención centrada en el paciente<sup>32</sup>.

## ÉNFASIS EN DISEÑO Y GESTIÓN DE PROCESOS

La complejidad creciente de la atención sanitaria, los cada vez más evidentes problemas de coordinación entre servicios dentro de los centros asistenciales y de niveles en el sistema de salud, así como los problemas de atención de calidad y continuidad que plantean los cada vez más prevalentes problemas de salud crónicos, han ido poniendo en primera línea la necesidad de diseñar y gestionar procesos de atención de forma integral.

Los compartimentos estancos, con jerarquías verticales y prácticamente independientes, a través de los cuales tiene que navegar el paciente en una especie de carrera de obstáculos, han de ser sustituidos por sistemas de gestión en los que la principal jerarquía sea horizontal y dependiente de las necesidades de los procesos asistenciales. Las jerarquías y departamentos verticales han de verse y ponerse al servicio de la atención coordinada y sin discontinuidades que exige cada paciente o problema de salud.

El diseño y la gestión de procesos tomaron cuerpo inicialmente dentro de



los centros asistenciales, con el desarrollo de los caminos o vías clínicas, sobre todo en atención hospitalaria, dado que en éstos se visualiza de forma coordinada y secuencial todo tipo de atención y actividades para un determinado tipo de paciente<sup>33</sup>. A la vez el diseño y la gestión han ido arraigando la idea de saber y describir el llamado “mapa de procesos” de las organizaciones para visualizar sus interrelaciones, y en última instancia, conceptualizarlos y asignar indicadores y responsables (“dueños de los procesos”) para su correcto funcionamiento<sup>34</sup>.

Con todo ello se ha ido incorporando paulatinamente al acervo metodológico de los sistemas de Gestión de la Calidad; toda una serie de herramientas para el diseño y gestión de procesos, que van desde el más sencillo flujograma hasta la complejidad de enfoques como el IDEF (*Integration Definition*)<sup>35</sup>, tan útiles por otra parte para explicar, comprender, diseñar y gestionar sistemas relativamente complejos.

Aún queda mucho por aprender y aplicar en este campo, pero ya hay ejemplos que mostrar, como la propuesta del Continuum de atención materno-infantil<sup>36</sup>, o el diseño integral de atención a enfermedades crónicas como la EPOC<sup>37</sup> o la diabetes<sup>38</sup>. El diseño y aplicación de modelos integrales de atención es una estrategia para la mejora de la calidad<sup>3</sup> que se beneficia y se inserta en esta tendencia. Parece un camino de una sola vía y sin marcha atrás.

## INVESTIGACIÓN EN ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Uno de los problemas de los sistemas de salud es que no se practica la política sanitaria basada en evidencia, sino más bien en la ocurrencia (sin estudios piloto de por medio) de quienes deciden. Este problema se traslada también a la hora de elegir estrategias para mejorar e implementar la calidad.

Hay una serie de iniciativas que de una forma u otra se han mostrado efectivas para mejorar la calidad<sup>2</sup>, pero tenemos todavía poca información comparativa entre ellas y sobre la forma más efectiva de implementarlas. La mayoría de investigaciones son estudios de caso que describen el efecto de una determinada iniciativa, para la que no se contemplan normalmente ni controles ni formas alternativas de mejorar, tal como suele exigirse a la investigación clínica. A decir de Donabedian, todo parece funcionar, todo tiene un efecto positivo y es muy difícil elegir.

Esta situación está cambiando por el énfasis creciente en políticas basadas en evidencia, así como por la irrupción de un nuevo campo en la investigación de servicios de salud conocido como *Implementation Research* (se trata de averiguar las mejores formas de llevar a cabo determinadas estrategias para conseguir los objetivos que se establezcan).

Si el propósito es mejorar la calidad, se trataría de ver cómo y con qué iniciativas se puede conseguir, y concluir con niveles de evidencia semejantes a los que aplican para la atención clínica. Ya empiezan a surgir en este sentido revisiones sobre estrategias en general<sup>39</sup> y algunas iniciativas en particular. Así, hay poca evidencia sobre la efectividad del P4P para mejorar la calidad, o de los sistemas de notificación de incidentes para mejorar la seguridad, al menos en la forma aparente en que están siendo implementados en la actualidad.

Otro ejemplo paradigmático, sujeto a escrutinio desde hace unos años como estrategia para la mejora de la calidad, son los programas de acreditación o certificación. Estos programas existen en todo el mundo y son presentados a veces como la iniciativa más importante para la calidad de los sistemas de salud, cuando los estudios existentes comparando centros acreditados con no acreditados demuestran que las diferencias en cuanto a la calidad de la atención que prestan es escasa o nula, tanto de forma general<sup>40</sup> como para indicadores específicos sobre seguridad<sup>41</sup> o patologías concretas como la atención a pacientes con infarto de miocardio<sup>42</sup>.

## USO CRECIENTE DE TECNOLOGÍAS ELECTRÓNICAS

Las nuevas tecnologías han irrumpido de forma irreversible y creciente en todos los sectores, incluido el de salud. Su aplicación a las técnicas diagnósticas y de tratamiento, incluso quirúrgico, ha resultado espectacular y en continua evolución.

El beneficio alcanzado y esperado de estos avances es notable, aunque su implementación no siempre viene acompañada de evaluaciones rigurosas. La tecnología informática y digital está haciendo posible, entre otras cosas, la existencia de centros que se administran y funcionan sin papel, y el cambio de la historia clínica tradicional a la ficha electrónica. Todo este avance puede llegar a facilitar una mejor coordinación en la atención y el uso rutinario de indicadores que se miden automáticamente.

Sin embargo, no es oro todo lo que reluce, y hay que insistir en prestar

la debida atención a los resultados reales, no a los imaginados, es decir, a la adecuación de sus características e implementación y al costo-efectividad de estas iniciativas. Tomemos como ejemplos el uso de la telemedicina y de los sistemas de prescripción electrónica; dos tipos de programas en clara expansión y que cuentan con una especie de aprobación tácita previa, solo restringida por los recursos disponibles, con base en un cierto y prevalente consenso sobre sus virtudes.

La telemedicina (el uso de la telecomunicación para la atención sanitaria) es un campo en crecimiento y prometedor para una amplia gama de aplicaciones como el acceso a la atención en áreas remotas, la comunicación más eficaz entre niveles y los diagnósticos con segunda opinión, y la atención domiciliaria para enfermos crónicos, entre otras. Las experiencias internacionales son numerosas, tanto en países desarrollados como menos desarrollados; incluyendo Chile, Colombia, México y Brasil, que cuentan con iniciativas de este tipo en los ámbitos público y privado.

Sin embargo, como en tantas otras iniciativas deslumbrantes, la telemedicina se implementa sin evaluaciones adecuadas, mientras que las revisiones sistemáticas sobre su efectividad y eficiencia comparativas distan mucho de ser rotundamente alentadoras. En parte porque son escasas las evaluaciones y estudios rigurosos, y en parte porque los que hay muestran resultados dispares. Parece que en algunas aplicaciones como la telerradiología o la transmisión de imágenes en general, la telemedicina puede ser costo-efectiva, pero no se cuenta con bases para una recomendación general de su uso en todos los tipos de aplicaciones para las que se propone. Por lo pronto, la revisión de experiencias no llega a conclusiones generales<sup>43,44,45,46</sup>; las principales recomendaciones son del tipo de que hay que ser precavidos sobre el uso e inversiones en tecnologías no evaluadas<sup>43</sup>, o (aún más rotundamente en el caso de la evaluación hecha sobre las experiencias de telemedicina en Colombia) no llevar a cabo nuevos proyectos de telemedicina en América Latina que no cuenten con un plan formal para evaluar su factibilidad e impacto, y financiar solo aquellos que contengan un plan integral bien diseñado para evaluar sus resultados<sup>47,48</sup>.

Como segundo ejemplo, los sistemas de prescripción electrónica (CPOE por sus siglas en inglés: *Computerized Physician Order Entry*) están siendo ampliamente recomendados y se están extendiendo por el consenso existente respecto a su potencial efecto sobre la seguridad en el uso de medicamentos,

obviando los problemas de las prescripciones escritas. Esto facilita, al menos teóricamente, la conciliación de los medicamentos que pueda estar tomando el paciente, y evita errores de dosis e interacciones no deseadas. Sin embargo, las revisiones sistemáticas emprendidas desde hace una década<sup>49</sup> e incluso más recientemente<sup>50</sup>, no permiten conclusiones tan optimistas; en parte por la poca calidad de los estudios existentes, pero también porque los resultados que muestran no son siempre positivos.

Entre los problemas que se han encontrado están la aparición de nuevos tipos de error (achacables al propio CPOE)<sup>51</sup>, dificultades en la implementación, a veces requiriendo más tiempo que la prescripción normal, cansancio de alertas y consejos que llevan a ignorarlos, y una sensación de falsa seguridad, pudiendo en definitiva llegar a crear más problemas que los que evita. En algunos casos extremos se han llegado a atribuir a estos sistemas incluso incrementos inesperados en la mortalidad<sup>52</sup>. Parece que aparte de las características en cuanto al diseño de los CPOE, que no son homogéneos<sup>53</sup>, hay que prestar más atención a los procesos de implementación<sup>54</sup> y, desde luego, una continua y cuidadosa evaluación de sus efectos y problemas.

## AMENAZA DE CAMBIO DE VALORES

Los servicios de salud implican generalmente en su misión y valores, un componente de responsabilidad social que no debemos olvidar. Sin embargo, existe en ciertos ámbitos decisores una especie de fascinación por lo privado, es decir, una necesidad de beneficio monetario para que los servicios de salud sean eficientes. El componente social de los servicios de salud se ve así en constante amenaza.

El énfasis exclusivo en aspectos economicistas y financieros puede perjudicar el objetivo final, la misión en sí, de los servicios de salud en relación con la satisfacción de las necesidades sanitarias y la elevación del nivel de salud de la población. Éste debe ser en última instancia el resultado a tener en cuenta para valorar la eficiencia de los servicios de salud.

Frente a la amenaza constante de la mercantilización de los servicios de salud, y su consideración como responsabilidad individual (no colectiva), conviene combatir práctica y éticamente el entendido de que desde el punto de vista de la gestión, la provisión de servicios de salud no es diferente de la provisión de otro tipo de servicios. Esta premisa puede ser considerada al menos

cuestionable. Sin quitarle mérito y utilidad a todo lo que podemos aprender del ámbito de la gestión en general, la falta total de especificidad y el énfasis en otras medidas de la efectividad y eficiencia con exclusión del nivel de salud de las poblaciones, puede resultar incluso carente de ética. Es menester revisar con plena determinación este asunto antes de ejercitar las decisiones.

## REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

1. Institute of Medicine (IOM), *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21<sup>st</sup> century*, Washington, D. C., National Academy Press, 2001.
2. Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P, *Quality of care. A process for making strategic choices in health systems*, Ginebra, Suiza, OMS, 2006.
3. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html> [Acceso: 6-08-2012].
4. <http://guidance.nice.org.uk/CG/Published> [Acceso: 6-08-2012].
5. <http://guideline.gov/> [Acceso: 6-08-2012].
6. <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home> [Acceso: 6-08-2012].
7. Stacey RD, *Strategic management and organizational dynamics: the challenge of complexity*, 3a. ed., Harlow, Prentice Hall, 2002.
8. <http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/>
9. Scheffer RM, *Pay for Performance (P4P) Programs in health services: What is the evidence? World Health Report (2010)*, Ginebra, OMS, Documento oficial núm. 31, 2010.
10. Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D, "The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians", *Cochrane Data- base Syst Rev*, 2011, 9.
11. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK, "Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low and middle-income countries", *Cochrane Database Syst Rev*, 2012, 2.
12. Mullen KJ, Frank RG, Rosenthal M, "Can you get what you pay for? Pay for performance and the quality of healthcare providers", *The RAND Journal of Economics*, 2010, 41:64-91.
13. Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbadd B, Roland M, "Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance", *N Eng J Med*, 2007, 357: 181-90.

14. Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schöffski O, “Economic evaluation of pay-for- performance in health care: a systematic review”, *Eur J Health Econ*, 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-011-0329-8>.
15. Werner RL, Kolstad JT, Stuart EA, Polsky D, “The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement”, *Health Aff*, 2011, 30:690-8.
16. Jha A, Joint K, Orav J, Epstein A, “The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes”, *N Eng J Med*, 2012, 366:1606-15.
17. *Pay for performance: A decision guide for purchasers*, AHRQ, US Department of Health and Human Services, AHRQ Pub. 06-0047. 2006.
18. Pfeffer J, Sutton RI, “Do financial incentives drive company performance?” en: *From hard facts, dangerous half-truths, and total nonsense: Profiting from evidence-based management*, Boston, Mass., Harvard Business School Press, 2007, cap. 5, pp. 1-28.
19. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Informe Técnico*, Ginebra, OMS, 2009. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps\\_technical\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_es.pdf)
20. West AN, Weeks WB, Bagian JP, “Rare adverse events in VA inpatient care: Reliability limits to using patient safety indicators as performance measures”, *Health Services Research*, 2008, 43:249-66.
21. Mc Kibben L, Horan MT, Tokars JI, Fowler J, Cardo DM, Pearson ML, Brennan PJ, The Health care Infection Control Practices Advisory Committee, “Guidance on public reporting of healthcare-associated infections: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee”, *Am J Infect Control*, 2005, 33:217-26.
22. Saturno PJ et al., *Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
23. *Hospital Incident Reporting Do Not Capture Most Patient Harm*. Reporte OEI-06-09-0009. Oficina del Inspector General, Washington, D. C., Department of Health and Human Services, 2012.
24. WHO/WPRO- People at the Center of Care Initiative. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.wpro.who.int/sites/pci/>.

25. *What is patient-centred healthcare?: A review of definitions and principles*. IAPO 2007. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.patients-organizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>.
26. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC, “Why the Nation needs a policy push on patient-centered health care”, *Health Aff*, 2010, 8:1489-95.
27. Ontario Medical Association (OMA), *Patient-centered care*, OMA Policy Paper, 2010. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <https://www.oma.org/Resources/Documents/Patient-CentredCare2010.pdf>
28. *Aval Ciudadano, Monitoreo ciudadano como método para fomentar la participación social en la transparencia y mejora de la calidad del trato digno*, México, Secretaría de Salud (SS), 2004. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7532.pdf>.
29. <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/avalciudadano.html> [Acceso: 6-08-2012].
30. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J, “Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations”, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001.
31. Flynn K, *Brief overview: Systematic reviews for patient-centered care*, Veterans Health Administration, Office of Patient Care Services/Technology Assessment Program, 2010. [Acceso: 6-8-2010.] Disponible en: <http://www.va.gov/VATAP/docs/Patientcenteredcare2010.pdf>.
32. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME, “Measuring Patients’ perceptions of patient-centered care; A systematic review of tools for Family Medicine”, *Ann Fam Med*, 2011, 9:155-64.
33. Zander K, “Critical pathways” en: Melum MM, Sinioris MK, *Total Quality Management. The health Care Pioneers*, Chicago, AHA, 1992, cap. 9.
34. Hunt DV, *Process mapping. How to reengineer your business processes*, Nueva York, John Wiley and Sons, 1996.
35. *Integration Definition for Function Modelling (IDEF0)*, Processing Standard Publication 183, National Institute of Standards and Technology. Departamento de Comercio de los Estados Unidos de América, 1993. [Acceso: 6-8-2012.] Disponible en: <http://www.itl.nist.gov/fipspubs/idef02.doc>.
36. *Informe de la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!*, Ginebra, OMS, 2005, cap. 6, pp. 103-21.

37. Saturno PJ, Parra P, Gomis R *et al.*, *Rediseño global de los cuidados de salud en enfermedades crónicas: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*, Murcia, España, Consejería de Sanidad, 2007. [Acceso: 6-8-2012.] Disponible en: [http://www.programaemca.org/docus/libro\\_EPOC.pdf](http://www.programaemca.org/docus/libro_EPOC.pdf).
38. Saturno PJ, Parra P, Gomis R *et al.*, *Rediseño global de los cuidados de salud en enfermedades crónicas: Diabetes Tipo 2*, Murcia, Consejería de Sanidad, 2007. [Acceso: 6-8-2012.] Disponible en: [http://www.programaemca.org/docus/libro\\_DIAB.pdf](http://www.programaemca.org/docus/libro_DIAB.pdf)
39. Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens OK, *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies. Vol. 1*, AHRQ, 2004. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/qualgap1/qualgap1.pdf>
40. Greenfield D, Braithwaite J, “Health sector accreditation research: a systematic review”, *Int J Qual Health Care*, 2008, 20(3):172-83.
41. Miller MR, Pronovost P, Domithan M *et al.*, “Relationship between performance measurement and accreditation: Implications for quality of care and patient safety”, *Am J Med Qual*, 2005, 20(5):239-52.
42. Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM, “JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction”, *Health Affair*, 2003, 22(2):243-54.
43. Roine R, Ohinmaa A, Hailey D, “Assessing telemedicine: a systematic review of the literature”,  
44. *CMAJ*, 2001, 165(6):765-71.
45. Hersch WR, Hickam DH, Severance SM, Dana TL, Krages KP, Helfand M, “Diagnosis, access and outcomes: update of a systematic review of telemedicine services”, *J Telemed Telecare*, 2006, 12 (suppl 2):3-31.
46. Currell R, Urquhart C, Wainwright P, Lewis R, “Telemedicine versus face-to-face patient care: effects on professional practice and health care outcomes (Review)”, *The Cochrane Library*, 2010, Issue 1.
47. *Bibliography: Home telehealth*, Veterans Health Administration, Office of Patient Care Services/  
48. Technology Assessment Program, 2010. [Acceso 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.va.gov/VA-TAP/docs/Hometelehealth2010.pdf>.
49. Rey-Moreno C, Simó-Reigadas J, Everss-Villalba E, Vinagre JJ, Martínez-Fernández A, “A systematic review of telemedicine projects in Co-



- lombia”, *J Telemed Telecare*, 2010, 16(3):114-9.
50. Rey-Moreno C, *Systematic review of telemedicine projects in Colombia*, tesis de maestría, Dinamarca, Universidad de Aalborg, 2008. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: [http://projekter.aau.dk/projekter/files/14952659/Systematic\\_Review\\_of\\_Telemedicine\\_Projects\\_in\\_Colombia.pdf](http://projekter.aau.dk/projekter/files/14952659/Systematic_Review_of_Telemedicine_Projects_in_Colombia.pdf).
  51. Kaushal R, Shojania KG, Bates DW, “Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review”, *Arch Intern Med*, 2003,163(12):1409-16.
  52. Reckmann MH, Westbrook JI, Koh Y, Lo C, Day RO, “Does computerized provider order entry reduce prescribing errors for hospital inpatients? A systematic review”, *J Am Med Inform Assoc*, 2009, 16(5):613-23.
  53. Koppel R, Metlay JP, Cohen A *et al.*, “Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors”, *JAMA*, 2005, 293:1197-203.
  54. Nguyen TC, Bayir H, Orr RA, “Unexpected increased mortality after implementation of a commercially sold computerized physician Order Entry System”, *Pediatrics*, 2005, 116(6):1506-12.
  55. Khajouei R, Jaspers MW, “The impact of CPOE medication systems’ design aspects on usability, workflow and medication orders: a systematic review”, *Methods Inf Med*, 2010, 49(1):3-19.
  56. Van Rosse F, Maat B, Rademaker CM, Van Vught AJ, Egberts AC, Bollen CW, “The effect of computerized physician order entry on medication prescription errors and clinical outcome in pediatric and intensive care: a systematic review”, *Pediatrics*, 2009, 123(4):11284-90.

# LA CALIDAD COMO EJE TRANSVERSAL DE LOS SISTEMAS DE SALUD

*Sebastián García Saisó\**  
*Fernando Álvarez del Río*  
*Paulina Terrazas Valdés\*\**  
*Ibelcar Molina Mandujano\*\*\**

Los sistemas de salud en el mundo han surgido como la respuesta social organizada para contender con las necesidades de salud de la población y así promover el desarrollo armónico de las comunidades y sus individuos. A su vez, los sistemas han evolucionado con el paso del tiempo para adaptarse a los cambios, tanto demográficos como epidemiológicos, políticos, sociales y económicos que los países han enfrentado. En este sentido, la calidad de la atención es sin duda un elemento central en esta evolución, al ser el factor global que determina la efectividad de las acciones emprendidas.

Es así que muchos esfuerzos de mejora relacionados con la salud tienen en el centro un compromiso contundente con la calidad de los servicios y sistemas públicos. Por tanto, la calidad, explícita o implícitamente es el valor sobre el cual versan la innovación, la transparencia, la participación, la eficiencia y los demás rectores de la acción pública.

---

\* Director General de Calidad y Educación en Salud

\*\* Directora General Adjunta de Información, Coordinación de Asesores del Presidente de la República.

\*\*\* Asesor, Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud.

Para entender la evolución constante de los sistemas y en particular, la evolución del sistema de salud mexicano y el papel transversal que ha desempeñado la calidad en el mismo, debemos remontarnos en la historia.

La conformación de los sistemas modernos de salud en el mundo tuvo su origen a finales del siglo XIX en Europa.

Uno de los primeros impulsores de un esquema de seguridad social y seguro médico obligatorio para los trabajadores fue el canciller alemán Otto Von Bismarck (1815-1898). Después, una de las principales actualizaciones al modelo fue hecha en 1942 por el Comité de Coordinación de Seguridad Social encabezado por William Beveridge en Inglaterra, que reconoció el derecho que tiene toda persona, sin distinción alguna, a una protección básica otorgada por el Estado para garantizar la satisfacción de sus necesidades fundamentales de salud. Es así como surgió la noción de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) y la cobertura en salud no vinculada a la situación laboral de los individuos.

Por la influencia de estos casos internacionales, en México se consolidó, a través de los años y la adaptación secuencial, un sistema de salud mixto con participación de seguridad y protección social (esquema que refleja la visión de los sistemas nacionales de salud y está basado en el modelo Beveridge), y se condicionó la segmentación y fraccionamiento de la cobertura en salud, que constituyen retos persistentes con implicaciones directas en la calidad.

## EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO, UNIVERSALIDAD Y CALIDAD

En 1943 se crearon en México dos instituciones pilares de nuestro sistema de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (antes, Ssa; hoy, Secretaría de Salud con siglas oficiales “SS”).

Más tarde, en 1960 surgió el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Bajo esta estructura se dio acceso a los servicios de salud en dos esquemas de provisión no vinculados entre sí que marcaban la conformación de dos segmentos diferenciados de la población. El primero fue el conformado por los trabajadores del sector formal tanto público como privado y por sus familias, los cuales serían protegidos por la seguridad social y atendidos como derecho-

habientes del ISSSTE e IMSS. El segundo estaría integrado por el resto de la población que no encajara dentro del grupo anterior, esto es, los no derechohabientes o población abierta atendida asistencialmente por el Estado Mexicano a través de una red heterogénea de servicios ofrecidos por la entonces Ssa. Bajo esta visión del sistema basado en el aseguramiento de la salud por medio de la seguridad social con el subsecuente vínculo a la condición laboral de la persona, la expectativa de la época era que con el crecimiento económico del país, la cobertura de la población podría llegar a ser total mediante este sistema conforme se fuera incorporando al sector laboral formal.

Sin embargo, al no darse la inclusión a la economía formal de toda la población que se esperaba, y con el crecimiento subsecuente de la economía informal y otras modalidades de empleo, con el paso del tiempo se hizo evidente que la organización existente no daría respuesta al acceso de los servicios de salud para toda la población.

Esta situación condicionó una “Reforma de primera generación en salud”, que consistió en ampliar la cobertura de servicios de salud a la población más pobre o marginada del país. Pese a estos esfuerzos, la población aún carecía de los servicios básicos de salud, generándose así la “Reforma de segunda generación en salud”, la cual dio pie a un cambio estructural para mejorar la rectoría sectorial, promover la integración funcional de las instituciones de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS), mejorar la provisión de servicios y aprovechar de manera más eficaz el financiamiento público de la salud, ampliando así nuevamente la cobertura.

El viraje planteado por la reformas al Sistema se sustentó en dos cambios legislativos fundamentales: el primero en 1983, al incorporarse el derecho a la protección a la salud en el artículo 4º Constitucional; y el segundo con la promulgación de la *Ley General de Salud* en 1984. De estas modificaciones derivó la conformación de la Coordinación de Servicios de Salud en México, con el objetivo de formular elementos técnicos, financieros, jurídicos y administrativos necesarios para la integración del sistema de salud a partir de cinco estrategias: descentralización de los servicios a las entidades federativas, sectorización institucional, modernización de la Ssa –que se convertiría en SS y asumiría la rectoría y conducción del SNS–, coordinación intersectorial y participación comunitaria.

Asimismo, se ejecutaron paralelamente acciones para el desarrollo de la

investigación, la formación de recursos humanos, el desarrollo de sistemas de información y el fortalecimiento de los sistemas locales de salud, que en México fueron equivalentes a los Sistemas Estatales y Jurisdicciones Sanitarias. No obstante la coordinación limitada entre instituciones de salud, se logró avanzar en la provisión de servicios para la salud colectiva y en menor medida, en el campo de las acciones de atención a las personas.

También la sectorización y coordinación interinstitucional permitió al sistema de salud enfrentar retos sanitarios como la reducción de la mortalidad infantil, así como el control de las enfermedades transmisibles, traduciéndose en un aumento de la esperanza de vida al nacer de 70.6 a 73.6 años.

Como ejercicio, el Gobierno Federal a finales de la década de los noventa del siglo pasado, realizó un análisis de las funciones del sistema de salud, cuyos resultados reflejaron principalmente los siguientes problemas: Financiamiento de la atención médica con cargo principalmente al bolsillo de los ciudadanos más que a los fondos públicos; prevalencia de una proporción importante de la población sin seguridad social que enfrentaba gastos catastróficos por su salud; inequidades de acceso a los servicios de atención médica; calidad deficiente de la atención; débil papel rector dentro del sector salud, y un patrón de morbilidad y mortalidad diferente como resultado de la transición demográfica y epidemiológica del país.

Lo anterior también se reflejaba en el informe de la Organización Mundial de Salud (OMS) del año 2000, donde se situaba a México en el lugar 144 en el componente de “justicia financiera”. Esta situación, por primera ocasión documentada en México, obligó al planteamiento de una “Reforma de tercera generación en salud”, dirigida a enfrentar tres retos primordiales: fortalecer la rectoría en salud para mejorar la coordinación y ejercer la regulación sectorial; incrementar los fondos públicos para financiar a la población sin seguridad social, y extender la protección social en salud a los más pobres con prestación de servicios con calidad.

Mediante esta reforma y el importante impulso al financiamiento de la salud y la afiliación de los mexicanos a los esquemas de aseguramiento, se logró alcanzar la cobertura universal en salud en 2012.

Es precisamente en este contexto de universalidad de la salud, donde la calidad emergió como un componente elemental para garantizar la protección social en salud. En otras palabras, se concibió que para garantizar la verdadera

universalidad de los servicios de salud, no basta con ampliar la cobertura, la atención y el acceso, sino que también es importante la calificación que puede otorgarle tanto el usuario último como el resto de los actores que intervienen en el sistema de salud en términos de calidad. Eso significa ver a la calidad en salud como eje transversal en los sistemas de salud.

En este sentido, se adoptó a la calidad en salud como paradigma en la definición de nuevas estrategias y políticas en salud, lo que dio pauta a una “reforma de nueva generación en salud”.

De acuerdo con la definición que da la Real Academia Española de la Lengua, la calidad es “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor”. Considerando lo anterior, podría entenderse como primera aproximación a la calidad en salud, como la propiedad o conjunto de propiedades que pueden tener los servicios de salud para satisfacer las necesidades de una persona o población en general.

Si bien la calidad es una propiedad inherente a los servicios y sistemas de salud, también deben considerarse otros aspectos que acompañan a esta propiedad, como la atención médica, la provisión de los servicios, el financiamiento, las políticas en salud, la regulación, la conducción, la formación y capacitación de los recursos humanos en salud, la investigación y todos los agentes involucrados en el sistema.

En México, los retos del Sistema de Salud muchas veces reflejan nuestra realidad social. En esta medida, si uno de los determinantes sociales de la salud es efectivamente el sistema de salud, entonces además de promover un derecho y financiamiento más equitativos que se deriven eventualmente en un acceso más balanceado a los servicios de salud, es importante conseguir también que los servicios provistos sean de una calidad comparable, pues eso también implicaría que exista equidad en los efectos benéficos y alcances de las políticas de salud.

El doctor Avedis Donabedian define la calidad asistencial como “la obtención del mayor beneficio para el paciente, al menor costo y con el menor riesgo posible”. Bajo esta misma óptica, la OMS la define como “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los 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”.

En consecuencia, se vuelven aún más relevantes dos aspectos como resultados de la calidad en salud: la seguridad del paciente y la calidad en la atención en salud. Asimismo, la calidad de la atención consiste en otorgar atención médica al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas (Aguirre-Gas, 2002; Ruiz de Chávez *et al.*, 1990).

Uno de los grandes compromisos por la calidad en salud está vinculado necesariamente a la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia nacional e internacional. Es por eso que, si bien en México se ha hecho un esfuerzo histórico sin precedentes por mantener la calidad y la medición de la calidad en el centro de atención, todavía nos faltan algunas acciones para que el proceso de medición de calidad se convierta en un proceso más participativo en el que además haya indicadores subjetivos y objetivos que permitan compararnos con el resto del mundo.

De igual forma, habría que analizar las causas de la falta de calidad, que propiamente pueden agruparse en: tipo sistémico y nivel operativo de la atención médica. En el primer grupo se engloban todas aquellas decisiones de carácter político del sistema de salud, es decir, decisiones a nivel macro, vinculándose principalmente con la conducción, regulación y financiamiento. El segundo grupo se relaciona con la prestación de servicios que inherentemente tiene que ver con la administración de los recursos al interior de las instituciones del Sector, así como la creación de un ambiente adecuado para el desempeño de la funciones de los actores en las propias unidades de atención clínica.

A veces ciertos aspectos de nuestro sistema de salud denotan que parte de los procedimientos médicos y de la organización de los servicios son en realidad resultado más de las capacidades y necesidades de una organización o unidad médica, que de la evaluación de fondo sobre lo que un paciente necesita o requiere en términos de la mejor atención posible con los recursos existentes.

Por ello es indispensable que la calidad en los servicios de salud sea vista como un eje transversal, y que ésta sea evaluada desde diferentes perspectivas (usuarios, recursos humanos en salud, proveedores, autoridades sanitarias, gobierno, sociedad, etc.). Esto permitirá, a su vez, posicionar a la calidad como base del sistema de atención médica y de la actuación de todos los actores.

Sin duda debemos mencionar dos momentos históricos en las últimas décadas respecto a la calidad en salud en México (Castro, 2004) que nos permiten

vislumbrar el papel que ha tenido en la conformación y evolución del sistema y el rol prioritario en la consolidación de un sistema universal de salud:

- A. En los años setenta y ochenta la elaboración de planes y programas y la evaluación de los servicios de salud se llevó a cabo principalmente desde un enfoque gerencial y administrativo, con el objetivo de aprovechar recursos y lograr metas. La búsqueda y evaluación de la calidad era un objetivo implícito en las demás acciones de la atención a la salud, sin embargo, no se incorporaba a conceptos como salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos o de género.<sup>1</sup>
- B. Un segundo momento se evidencia desde los inicios de los años noventa, en el contexto del debate sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos. Aunque el enfoque anterior no se abandona, esta década se caracteriza por el reconocimiento explícito de una calidad deficiente en los servicios y en la necesidad de redirigir y focalizar la atención de la salud a los grupos sociales más vulnerables, entre éstos el de las mujeres.

Es así como en México, a inicios del siglo XXI, la calidad de la atención en salud y la seguridad del paciente han tenido un impulso sin precedentes mediante acciones trascendentales como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), generando así un impacto de tipo sistémico al incorporarla dentro de la agenda política a partir del 2007 como uno de los objetivos del Plan Nacional de Salud y como estrategia permanente en el SNS. De esta manera, para dar soporte a esta acción se creó el Sistema Nacional por la Calidad en Salud (SICALIDAD) y se estableció como ente regulatorio y de concertación sectorial al Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACASA).

Así, se han desarrollado acciones con la finalidad de consolidar la integración funcional desde el panorama de calidad, lo cual ha puesto énfasis en homologar las funciones mínimas de los profesionales y áreas de calidad en los establecimientos médicos, tales como la figura de los Gestores de Calidad; extender a nivel sectorial el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS); unificar los criterios de los sistemas institucionales de estímulos

<sup>1</sup> En el caso del IMSS se distinguen varios programas que se basan en este enfoque: en 1974- 1978 se implementó un modelo de desarrollo organizacional, luego fueron los círculos de calidad (1988), capacitación en alta dirección (1989), un programa sobre la modernización en la empresa pública (1990) y finalmente, el Plan Integral de Calidad (1999). Cf. Secretaría de Salud, 2010



a la calidad que se conceden a los profesionales de la salud y; crear el Grupo Sectorial de Evaluación y Acreditación de la calidad en el Sistema de Salud, destinado a evaluar las condiciones de calidad, trato y tutela de los derechos de los usuarios en el Sector; entre otros esfuerzos sectoriales enfocados a la homologación de la calidad y la integración como son las Guías de Práctica Clínica (GPC), la consolidación de la información sectorial en salud y el intercambio de la misma, y el intercambio de servicios de salud entre los diferentes subsistemas que componen el SNS.

Vale la pena también retomar que, vistos de manera global e integrada, todos los retos que nuestro sistema de salud enfrenta también pueden vincularse con la calidad, y por tanto los avances en este rubro repercuten de manera significativa en el mejoramiento del sistema.

Por ejemplo, la importancia de transitar cada vez más a un sistema preventivo implica que además del fortalecimiento real de la atención primaria en salud, también se replantee un seguimiento cercano a cada paciente que durará a lo largo de toda su vida. Promover que un médico familiar asuma la responsabilidad de los diagnósticos y atenciones en el 80% de los casos, pero que también de seguimiento personalizado a los pacientes en todas las referencias y contrarreferencias a otros niveles de atención, es un reto mayúsculo.

Esta necesidad implica no solo un enfoque diferente de atención basada en la persona y una posibilidad de promover más atenciones preventivas. También significa que cada mexicano tendría un contacto identificado con un profesional de la salud y su equipo, sin duda aspectos relevantes vinculados a la calidad de la atención.

Recientemente, se ha desarrollado la atención secundaria y terciaria y se ha promovido que la infraestructura sea cada vez más especializada. Un país tiene que contar con estos elementos, pero también debe fortalecer la integración de redes de servicios de salud. Hasta que las unidades médicas de México tengan algún medio efectivo de comunicación y coordinación entre sí, será imposible hablar de redes consolidadas de servicios.

De manera similar, está claro que la profesión médica de alto nivel implica que incluso los residentes médicos aspiran a ser especialistas y subespecialistas no solo por el prestigio y esfuerzo, sino también por razones financieras sobre su propia calidad de vida futura. Es responsabilidad del SNS retomar la Medici-

na general y familiar, y promoverla como una alternativa socialmente deseable y financieramente digna para los profesionales de la salud.

El otro reto profundo en términos de prevención es que esta actividad implica que el sector salud interactúe desde los espacios menos tradicionales con el resto de los sectores y la población. Así por ejemplo, en lugar de esperar a que los usuarios lleguen a las unidades médicas, las acciones efectivas de prevención tendrían que incorporarse a la vida tradicional, de modo que se promuevan hábitos saludables en todos los otros espacios de la vida, como son la escuela, el trabajo, el transporte, la vivienda, entre otros. De ahí que los rezagos en materia de salud pública y comunitaria impliquen trascender espacios predominantemente clínicos e incorporarse a la sociedad de manera plural, democrática y participativa para asumir que muchas de las acciones de salud tienen que ver con promoción de conductas saludables.

Así como la calidad va implícita en el esfuerzo de prevención, el otro gran reto del sistema es el de la integración sectorial. El tema de la fragmentación del sistema de salud es también una barrera social a la atención digna, oportuna y de calidad para algunos pacientes, pues lo que se privilegia históricamente es más bien el acceso vinculado al estatus laboral y a las cuotas específicas. Un paciente tiene que desplazarse para llegar a una unidad médica que corresponda a la institución que lo tiene afiliado, independientemente de si lo más cerca a su domicilio es otra unidad médica. De aquí que los grandes esfuerzos hacia la integración del sector tengan como objetivo fundamental que se haga un uso nacional más eficiente de los recursos disponibles (de cualquier institución) en beneficio de los pacientes en tanto ciudadanos con un derecho social exigible.

En el momento actual, si se realiza una evaluación honesta del sistema y sus retos, está claro que no hay condiciones adecuadas para que los pacientes elijan a su prestador de servicios de salud. Esto ocurre no porque no sea lógico, deseable y más justo que los pacientes elijan, sino porque en las condiciones actuales de interacción, coordinación y comunicación de infraestructura, puede ocurrir que se sobresaturen algunas unidades y otras se subutilicen, en detrimento precisamente de la calidad que se pretende mejorar. Por tanto, está claro que el primer reto es establecer un marco jurídico y un entorno en el cual existan mecanismos para que la planeación, operación y evaluación de las acciones de salud (desde la generación de infraestructura hasta la última intervención médica) se emprendan con un enfoque sectorial. Esto implica, en principio,

modificar los marcos jurídicos, administrativos, presupuestarios, organizacionales y clínicos para situar al paciente en el centro del esfuerzo. El ejemplo más contundente hasta la fecha ha sido el de la atención interinstitucional de la emergencia obstétrica, uno de los primeros proyectos que promovió la oportunidad y la calidad de la atención por encima de la historia del sistema de salud.

Tras la firma del Convenio Interinstitucional de la Emergencia Obstétrica en mayo de 2009, hubo dos años permanentes de trabajo con equipos de todas las instituciones para que ese acuerdo político inédito se convirtiera en una realidad en las unidades médicas y en un derecho exigible por la población de todo el país. No obstante, si bien queda mucho por hacer para que este esfuerzo se convierta en realidad, en este momento del devenir del Sistema está muy claro cuáles son los pasos para que los pacientes sean la prioridad. Esto implica en términos de las instituciones y profesionales de la salud en todos los niveles, una gran variedad de acciones.

La primera de ellas es el consenso en lo que cada procedimiento significa e implica, es decir, traducir distintas clasificaciones clínicas y agrupaciones, por ejemplo CIE-10 y GRDs, así como enlistar lo que en la generalidad de los casos se requiere para atender cada intervención conforme a las guías de práctica clínica. Después, la organización y posible atención en cada unidad médica conforme a dicho procedimiento y el registro colectivo de cada atención en un sistema similar o compatible con todos los subsistemas. Finalmente, dado que cada institución tiene sus propias fuentes de financiamiento y requisitos administrativo-financieros, se tienen que socializar procedimientos que cumplan con todos esos requisitos.

La tarea no ha sido ni será sencilla, implica un cambio profundo y radical dentro de cada subsistema en aras de un compromiso social e institucional con un país que atiende por igual a todos los ciudadanos. Esta experiencia se suma a varios otros proyectos y esfuerzos que sitúan la calidad en primer lugar.

Ciertamente también faltan incentivos adecuados a la atención de calidad y al desempeño. Los profesionales de la salud frecuentemente están haciendo esfuerzos extremos por atender poblaciones en zonas de alta marginación o por atender de manera óptima a más población en zonas urbanas, y eso no cambia la estructura ni la disponibilidad de los recursos que esas unidades médicas reciben para hacer su labor.

En la medida en que el desempeño se vuelva un punto relevante para el

financiamiento, los equipos que hagan mayores esfuerzos y sean reconocidos por la población por su compromiso, tendrán también mayor impacto en esa población a través de mejores insumos para la atención. Esto suena quizá muy lejano para el caso mexicano, pero ha ocurrido en otros países en reformas sistémicas y es un tema que por lo menos deberá discutirse a futuro.

Otro camino claro hacia una mayor calidad de la atención implica mejorar de manera inequívoca la planeación más eficiente de los recursos de salud. Es importante que la planeación retome su lugar central histórico en la política pública nacional, precisamente porque es el camino hacia la obtención de los resultados deseables en salud. La infraestructura e inversión debe priorizarse cada vez más por razones de salud pública, vulnerabilidad social y rezago geográfico, de manera que se atienda primero a las zonas que tienen menos acceso o menos calidad en la atención de la salud. De no ser así, el riesgo es precisamente que el sistema de salud mexicano replique la desigualdad social, en vez de combatirla.

Hay que reconocer que México ha recorrido ya un largo trecho en materia de calidad en salud, particularmente, al concretar esta “Reforma de tercera generación en salud”, sin embargo resulta conveniente seguir avanzando y no cejar en la promoción y fortalecimiento de la cultura de la calidad y seguridad de los pacientes en todos los ámbitos que competen a los actores involucrados del proceso, poniendo énfasis en la satisfacción de los usuarios y en la mejora continua de la calidad como estrategia fundamental para la expansión de la cobertura tanto vertical como horizontal, y en la integración de un sistema universal de salud.

En este sentido, es también fundamental que exista una medida objetiva de la calidad en salud y especialmente de la atención médica y sus resultados en distintas unidades y que permita la comparación y la adecuación de programas y estrategias a partir de la planeación de los servicios y de la calidad de los mismos, en un sentido sectorial y transversal.

En este nuevo esquema de universalidad garantizada por medio de un sólido financiamiento para la salud, no quedaría espacio para la variación en la calidad de la atención y las fallas en términos de seguridad del paciente, ni para la falta de efectividad de los servicios de salud en la atención de las necesidades de la población, o la heterogeneidad en la prestación universal de atención médica. En esa medida, retomar indicadores para medir la calidad resulta fundamental

para observar cuáles son las variaciones que probablemente no resulten de diferencias clínicas sino de diferencias en la atención o manejo de los pacientes.

La rectoría o gobernanza del sistema desempeña un papel fundamental en la evolución y conducción del mismo, y deberán establecerse los mecanismos necesarios para lograr que la calidad se encuentre en forma universal en el sistema de salud. Es solo a partir de la consolidación de la calidad que podremos avanzar hacia la construcción de un Sistema con mayor capacidad de respuesta a las necesidades y expectativas de nuestra población, de nuestra sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre-Gas H, *Calidad de la atención médica*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Noriega Editores, 3ª. ed., 2002.
- Castro MC, “La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica”, *El Colegio de Sonora, Región y Sociedad*, 2004; XVI(30), Hermosillo, Son., México.
- Fajardo-Dolci GE, “Calidad de la atención médica, evento adverso, error médico y autocuidado de la seguridad del paciente”, *Rev CONAMED*, 2008 Ene-Mar; 13(46):3-5.
- Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, Knaul F, “Evidence-based health policy: three generations of reform in Mexico”, *Lancet*, 2003; 362:1667-71.
- Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM, “Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico”, *Lancet*, 2006; 368:1524-34.
- Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), *La salud en México 2006/2012*. Visión de FUNSALUD, México, 2006.
- Musgrove P, “Health insurance: the influence of the Beveridge report”, *Bull World Health Organization*, 2000; 78(6):845-6.
- Narro RJ, Moctezuma ND, Orozco HL, “Hacia un nuevo modelo de seguridad social”, *Economía UNAM*, 2010; 7(20):7-33.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH), “Los derechos humanos y la reducción de la pobreza: Un marco conceptual”, Nueva York y Ginebra, ONU, 2004.
- OMS/OPS, *Funciones Esenciales de Salud Pública*, Ginebra, OMS. [Acceso: 06-noviembre-2012.] Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP\\_09.htm](http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP_09.htm).

OPS/OMS/USAID del Pueblo de los Estados Unidos de América, “Función rectora de la autoridad sanitaria, marco conceptual e instrumento metodológico”, ed.especial núm. 17, Washington, D. C., OPS, 2007.

Ruiz-de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Ríos 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 Mar-Abr; 32. Secretaría de Salud federal (SS),

México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud, México, SS, 2010.



# CALIDAD EN EL SISTEMA DE SALUD PARA EL ACCESO Y LA COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD

*Dr. Osvaldo Artaza Barrios\**

## RESUMEN

El mandato de los países de avanzar hacia el acceso y la cobertura universal de salud nos exige transformar constantemente nuestros sistemas de salud para lograr que todas las personas tengan acceso equitativo a servicios integrales y de calidad que necesitan (promoción, prevención, atención y rehabilitación) a lo largo de su ciclo de vida, sin tener dificultades financieras para pagarlas. Desde calidad, este desafío implica un esfuerzo de mejora continua en los ámbitos de:

- i. Marcos legales y diseños institucionales para conducir y alinear a todos los actores tras metas comunes y garantizar a los ciudadanos el cumplimiento de ciertos estándares, normas o políticas de manera homogénea para todos;
- ii. Financiamiento que esté alineado con los objetivos y políticas de salud de manera que se generen incentivos para la consecución de metas e impactos esperados con la mayor eficiencia;

---

\* Asesor Sistemas y Servicios Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud México.



- iii. Organización de la prestación de servicios con el objetivo de lograr la mayor efectividad y satisfacción usuaria posible;
- iv. Diseño y aplicación de sistemas de evaluación que permitan observar y monitorear el desempeño del sistema y de las competencias para la acción y el cambio que se traduzcan en mejoras verificables.

La implementación de la estrategia hacia el acceso y la cobertura universal en salud implicará transformaciones graduales pero sustantivas en el ámbito del diseño e implementación de las políticas públicas, en la acción sobre los determinantes sociales, en el financiamiento y la gobernanza de los sistemas de salud, y requerirá de importantes cambios en el modo de prestar los servicios para personas y comunidades.

Dichas transformaciones redundarán o no en una mayor legitimidad y valoración social, en tanto y cuanto se basen en prácticas que se perciban “correctas” por la ciudadanía. Esta percepción se construye socialmente en torno a aspectos cuantitativos con respecto a impacto y ganancia en bienestar —la mayor salud posible— objetivables, pero sobre todo se edifica a través de aspectos cualitativos, como nivel de participación y diálogo con que hayan sido ejecutadas, la eficacia en como hayan sido comunicadas, y en las posiciones asumidas por distintos incumbentes entre otros aspectos de orden más bien subjetivo.

La buena valoración de los sistemas de salud determina su sostenibilidad, ello, junto al deber ético de ofrecer servicios de atención seguros y el evitar diferencias injustas en el tipo de intervenciones que reciben distintos grupos de personas y comunidades, obligan a concebir una mirada holística o sistémica de la calidad. Entendiendo a esta última entonces como la traducción de las prácticas macro, meso y micro de los sistemas de salud en valoración pública.

El presente capítulo describe no solo distintas dimensiones, sino también órdenes o niveles en que la calidad debe ser comprendida, lo que implica que se requieran múltiples estrategias que deben ser aplicadas gradual y simultáneamente, dado que miradas reduccionistas de la calidad que ponen foco solo en algunos aspectos de ésta, por importantes que sean, no lograrán el impacto en valoración pública que necesitan nuestros sistemas de salud para sostenerse.

La sostenibilidad no implica *estatus quo*, sino por lo contrario obliga a grandes transformaciones en línea con la estrategia que los países de las Américas han concordado para el avance hacia la cobertura y el acceso universal en salud.

La mejora de los sistemas entonces es la consecuencia, socialmente valorada, de la suma de múltiples acciones ejecutadas en el corto, mediano y largo plazo de modo coherente y sinérgico a todos los niveles del quehacer del sistema: desde el diseño de las políticas, a la cultura de los prestadores; del modo integrador en que se desempeñan las funciones esenciales de salud pública y el trabajo intersectorial sobre determinantes sociales, al lavado de manos.

Desde la mirada reseñada, se revisarán aspectos relacionados con la calidad a partir de las políticas y la prestación de servicios en niveles de gestión macro y micro, para finalmente discutir sobre algunos desafíos particulares para México, que se ha propuesto que los logros de universalidad en acceso efectivo lo sean con calidad homogénea.

Para ello, desde la lógica de igualdad de derechos en salud, debe haber igualdad de normatividad en el ámbito de la calidad y competencias efectivas. Para acompañar la adaptación de los prestadores y fiscalizar el cumplimiento, aparece como esencial, en el nivel de madurez del Sistema Nacional de Salud de México, que se desarrolle una entidad que desde cierto nivel de independencia de la prestación, pueda dar garantía a los mexicanos y mexicanas de que elementos esenciales de licenciamiento, de seguridad de procesos, e idealmente de algunos resultados críticos, estén debidamente resguardados en la prestación de los servicios de atención.

Este capítulo describirá entonces algunos aspectos conceptuales con respecto a la calidad de los sistemas de salud, para hacer algunos comentarios sobre los ámbitos de oportunidad para México que, sin duda, potenciarán su papel de liderazgo en el concierto de los sistemas de salud de los países de las Américas.

## INTRODUCCIÓN

El escenario internacional empieza a cambiar rápidamente hacia una mayor conciencia de lo que significa la calidad de los sistemas de salud y no solo la calidad de la atención que reciben los usuarios individuales de cada uno de los médicos, enfermeras y otros profesionales en organizaciones específicas como hospitales o unidades de primer nivel. En otras palabras, empieza a ser reconocido que la suma de la calidad de los individuos, sean profesionales de la salud o sean unidades de atención, por buenos que sean, no es equivalente a la calidad del sistema en su conjunto.

La conciencia sobre la calidad de los sistemas era escasa hasta hace muy

poco. Esto debido a que, al igual que aún se piensa equivocadamente que la calidad de la atención médica es una condición dada de los médicos por el mero hecho de ejercer su profesión, se ha considerado que la calidad de los sistemas y, en consecuencia su capacidad de producir salud, está dada por el mero hecho de que cuentan con recursos, definen políticas y, por consiguiente, hacen bien lo que deben hacer para cumplir su misión.

Muy pocos académicos, consultores y especialistas han empezado a explorar este tema, hasta ahora desatendido por haber parecido obvio en el pasado inmediato. Por eso, el propósito de este capítulo es no solo enriquecer esta conceptualización sino también y sobre todo, contribuir a la concreción de políticas públicas para mejorar la calidad de los sistemas y no únicamente de sus componentes independientes. Esto debe hacerse tan pronto como sea posible pues, de otra manera, los responsables de los sistemas y quienes los financian, seguirán pensando que la calidad depende solamente del trabajo de médicos o de otros profesionales de salud individuales y del abastecimiento de recursos y la definición de reglas e incentivos, sin saber cómo combinar todo ello y otros factores más para obtener los resultados de los sistemas<sup>1</sup> en su conjunto que se reflejen en mejor salud de las poblaciones.

La calidad de la atención a la salud a nivel internacional se ha definido, evaluado y enfocado de diversas maneras a lo largo de la historia, señalando así que se trata de un constructo dinámico sujeto a los procesos sociales, culturales y políticos de cada tiempo y lugar. Desde ese contexto, la calidad nace por la necesidad de la *praxis* sanitaria de disminuir los resultados negativos para los usuarios de los sistemas. Es así que desde las prácticas industriales se importan metodologías tales como la mejora continua, calidad total, etc., a objeto de reducir daños evitables e introducir mejoras a los procesos asistenciales *para hacerlos más eficientes y efectivos*.

Pronto se comprendió que la calidad tiene no solo una dimensión técnica propia de los expertos o de quienes ejecutan los procesos, sino también una dimensión con respecto a la agregación de valor. En el ámbito del valor o de lo que “es valorado”, es el sujeto usuario quien hace ese juicio independientemente del aspecto técnico; es decir, influido por aspectos como la calidez y dignidad en el trato, el acceso a la información, el cuidado y respeto de la autonomía del usuario y de sus creencias y perspectivas sean por etnia, cultura, género,

---

<sup>1</sup> Dr. Enrique Ruelas, comunicación personal

religión u otras, por la comodidad y confort de las instalaciones y el prestigio de quien ejecuta la acción de salud, entre otros muchos aspectos. Rápidamente dicha dimensión comenzó a ser un foco estratégico ya que se comprendió que la sostenibilidad de los sistemas se juega de manera importante en ese ámbito.

De modo más reciente, los tomadores de decisión observan con atención que el objeto o finalidad de los sistemas –dar el mayor nivel de salud posible a las personas cumpliendo con las expectativas de éstas– no se logra solo aumentando el gasto en salud sino sobre todo, a través de la forma en que el sistema está organizado (modelo) y en cómo la sociedad en su conjunto actúa sobre los determinantes sociales de la salud. Dicho de otro modo, la calidad en salud tiene una fundamental dimensión de carácter macro o sistémica, que guarda relación con el desempeño de los sistemas de salud y por tanto en cómo éstos están estructurados. Este componente sistémico tiene que ver con accesibilidad de los servicios, con la equidad, con la satisfacción de los usuarios y la valoración social, con el nivel de protección financiera, con la efectividad y eficiencia de las acciones, y con el impacto en la salud y en la calidad de vida, entre muchos otros relevantes temas.

Como ya se mencionó, el buen desempeño de los sistemas requiere de varios mecanismos que deben estar sujetos a mejoras continuas. Entre éstos podemos señalar:

- i. los arreglos regulatorios (marcos legales y diseños institucionales) que los Estados desarrollan para conducir y alinear a todos los actores tras metas comunes y dar garantía a los ciudadanos de que se cumplen con ciertos estándares, normas o políticas de manera homogénea para todos;
- ii. el modo en que el financiamiento está alineado con los objetivos y políticas de salud de los países de manera que se generen incentivos para la consecución de metas e impactos esperados;
- iii. el modo en que está organizada la prestación de servicios;
- iv. el diseño y aplicación de metodologías de evaluación, que permitan de modo regular y periódico, observar y monitorizar el desempeño del sistema;
- v. la capacidad de generar competencias para la acción y el cambio que produzcan mejoras de manera constante en consonancia con las necesidades de atención a la salud, las expectativas de la población,

el desarrollo tecnológico y el momento histórico de los sistemas de salud.

En todas estas áreas México ha desarrollado importantes avances, pero también tiene pendientes y desafíos que abordar en el corto, mediano y largo plazo.

## CALIDAD COMO DESAFÍO ÉTICO PARA LA GOBERNANZA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los buenos sistemas de salud son aquellos que permiten realizar intervenciones de calidad, eficaces y seguras, destinadas a las personas y comunidades que las necesitan, en el momento y el lugar requeridos, y evitando al máximo el desperdicio de recursos. Para lograr lo anterior, dichos sistemas requieren:

- i. liderazgo y gobernanza para conducirse de manera equilibrada entre las demandas de la sociedad y la capacidad de las instituciones y del sistema político para responder a dichas demandas de manera legítima y eficaz, a través del diseño e implementación de políticas públicas que sean legitimadas por la ciudadanía;
- ii. políticas tanto sectoriales como intersectoriales, donde las últimas articulan de modo coherente acciones sobre los determinantes sociales y contribuyen a un desarrollo justo, equitativo e inclusivo que posibilite mejores condiciones de vida;
- iii. rectoría para la existencia de marcos normativos y reglamentarios, acompañados de una supervisión eficaz y de rendición de cuentas que faciliten que todos los actores materialicen dichas políticas;
- iv. recaudar fondos suficientes para que la población, sin barreras económicas, pueda tener acceso a los servicios necesarios y estar protegida contra el riesgo de gastos catastróficos y empobrecimiento vinculado al pago directo de los servicios en el punto de la atención;
- v. disponer de cantidad suficiente de personal sanitario, bien distribuido y con las competencias necesarias para desempeñarse correctamente, de manera equitativa, empática, eficaz y eficiente respondiendo a las necesidades de personas y comunidades y que actúen para lograr los mejores resultados posibles en materia de salud, habida cuenta de los recursos disponibles y de las circunstancias en que se encuentra;
- vi. acceso equitativo a productos médicos esenciales, vacunas y tecnolo-

- gías de calidad garantizada, seguros y eficaces, y que su utilización sea científicamente racional y eficaz desde el punto de vista de los costos;
- vii. sistemas de información sanitaria que permitan asegurar la producción, el análisis, la difusión y la utilización de información fiable y oportuna sobre: los determinantes de la salud, el desempeño del sistema de salud y el estado de salud de la población para una adecuada toma de decisiones y un constante perfeccionamiento de las políticas públicas en salud.

Como se podrá comprender, el logro de buenos sistemas de salud es una tarea compleja y permanente y en ello se juega la confianza pública. El tema de calidad en los sistemas de salud se ha transformado en uno de los aspectos fundamentales de la actualidad. Los innumerables problemas surgidos durante las últimas décadas –derivados de la creciente complejidad de los sistemas de salud, las mayores expectativas de la población, las exigencias por parte de los usuarios, así como los incrementos en los costos de atención– exigen soluciones efectivas que garanticen que las personas y comunidades reciban las intervenciones adecuadas, en el momento oportuno y dentro de un marco de equidad y respeto a sus valores y derechos. Estos aspectos se han convertido en parte sustancial de los pactos sociales para la sostenibilidad y gobernabilidad de las naciones modernas.

La confianza, que es determinante para la viabilidad de las relaciones entre personas, es, sin duda también, la base de la vida colectiva en sociedad. La confianza fomenta la sostenibilidad democrática y la paz social cuando las promesas implícitas en las políticas públicas se cumplen de manera cabal e impecable. Por el contrario, la confianza se pierde cuando lo que se declara no se cumple. El derecho a la salud, es una declaración que por años hemos venido haciendo y por la mala calidad de nuestros sistemas sanitarios no hemos podido cumplir a cabalidad. Esto, de manera evidente, contribuye al desprestigio de las políticas públicas y de quienes las impulsan.

Las diferencias injustas, las discriminaciones odiosas, las barreras de acceso de diversa índole, el trato inadecuado, la información inoportuna y poco veraz, las acciones inefectivas e inseguras, el uso inadecuado e incluso corrupto de los escasos recursos, son en salud realidades del cotidiano que ponen en tela de juicio a nuestras constituciones, leyes y discursos. Señalan la distancia entre lo que se declara y lo que en la práctica sucede.

Por lo anterior, es un desafío político y técnico transparentar a la ciuda-

daña lo que nuestros sistemas pueden comprometer -y lo que no- en intervenciones a personas y comunidades. Asimismo, se debe también construir un consenso social de manera incluyente, participativa y gradual, sobre las necesidades de salud que deben ser progresivamente resueltas, su posible priorización, y los mecanismos y arreglos para resolverlas.

La calidad del sistema constituye entonces un tema ético, que pasa por un pacto social entre quienes demandan los servicios y los que a su vez los posibilitan a través de la disposición a pagar *ex ante* (a través de impuestos o de contribuciones), entre quienes diseñan, implementan y evalúan las políticas, y aquellos que prestan los servicios.

Dicho esto, se hace evidente que la calidad, en términos sistémicos, es más que la excelencia profesional, más de lo que Donabedian describió en 1980 como: "Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención"<sup>2</sup>; más de lo que el Instituto de Medicina de Estados Unidos propuso en 1990 como definición de calidad: "Calidad de atención es el grado en el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento profesional médico"<sup>3</sup>.

Calidad es no hacer daño; es hacer las cosas bien con el uso adecuado de los recursos, respetando la dignidad y autonomía de las personas e intentando satisfacer aspectos relacionados con sus requerimientos subjetivos; es ser justos y equitativos con el uso de los recursos en salud; y es hacer más confiable al sistema al cumplir con la promesa de que el derecho a la salud es posible, real y palpable. Para lograr lo anterior, los países de las Américas han definido un objetivo a alcanzar: el acceso y la cobertura universal en salud. Para llegar a ese objetivo han trazado cuatro líneas estratégicas.<sup>4</sup>

Por tanto, en alineación con la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*, podemos señalar que calidad es la forma en que un sistema de salud es progresivamente valorado por las personas y comunidades en la medida que implementa de manera transparente, inclusiva,

<sup>2</sup> Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. En: Harbor A. (ed.) The definition of quality and approaches to its assessment. Mich: Health administration Press; 1980

<sup>3</sup> Lohr KN. (ed.) Medicare: A strategy for Quality Assurance. Washington DC: National Academy Press; 1990

<sup>4</sup> Para más información ver: Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud CD53/5. 2014.

participativa y palpable, capacidades para responder a las necesidades de éstas. Dicho de otro modo, calidad es la expresión de la agregación de valor público<sup>5</sup> para el sistema de salud, y de la forma en que el sector salud es apreciado en su contribución al desarrollo humano en cada país.

## LOS CAMBIOS EN SALUD Y LA CALIDAD

Hasta hace poco, el énfasis de las transformaciones o reformas de calidad en salud se hacía en la estructura y en los aspectos de regulación, acreditación, certificación y licenciamiento.<sup>6</sup> Sin embargo, en los últimos años son los procesos han suscitado mayor interés, sobre todo aquellos orientados a garantizar la seguridad de las intervenciones asistenciales y a fomentar la evaluación de las tecnologías, el empleo de políticas e intervenciones basadas en evidencia, la atención protocolizada, y el empleo de indicadores intermedios que permitan medir el rendimiento de los servicios para su consecuente mejora. Hoy, junto con el enfoque en los procesos, está el interés por los resultados o impactos en términos de contribución objetiva a la calidad de vida, a satisfacer expectativas ciudadanas, al modelo de desarrollo, y a los impactos y efectos económicos.

La calidad también fue definida como asunto prioritario en la iniciativa sobre las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), desarrollada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).<sup>7</sup> Dichas funciones comprenden un conjunto de medidas que el Estado tiene el deber de garantizar a toda la población como base para mejorar la práctica de la salud pública y fortalecer el liderazgo de la autoridad sanitaria en todos los niveles gubernamentales.<sup>8</sup> En el marco de las FESP se propone la función de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud. Esta función considera:

- i. fomentar la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y crear un sistema para que los resultados de las evaluaciones efectua-

<sup>5</sup> M. Moore, M. Harvard (1995). *Creating Public Value: Strategic Management in Government*. Harvard University Press

<sup>6</sup> Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América. Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* vol.8 n.1-2 Washington Jul./Aug. 2000

<sup>7</sup> Muñoz F et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* vol.8 n.1-2 Washington Jul./Aug. 2000

<sup>8</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Memorias del Foro Regional sobre la Acreditación, Certificación y Concesión de Licencias dentro del marco de la Garantía de la Calidad y Programas de Mejoramiento en los Países de las Américas y el Caribe*, celebrado en Bogotá, Colombia del 19 al 21 de mayo de 1999. Washington. D.C.: OPS; 1999



- das con ellos puedan monitorearse de forma continua;
- ii. facilitar el establecimiento de normas aplicables a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de la calidad, y supervisar su cumplimiento por parte de los proveedores de servicios;
- iii. fomentar un proceso de evaluación de tecnologías de salud que participe en la toma de decisiones de todo el sistema de salud;
- iv. utilizar la metodología científica para evaluar intervenciones de salud de diverso grado de complejidad;
- v. usar este sistema para mejorar la calidad de la provisión directa de los servicios de salud.

En la evaluación de las FESP realizada en 2002, la función de garantía de la calidad junto con rectoría, recibió la peor evaluación.<sup>9</sup> En mayo de 2002, la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adoptó la resolución WHA55.18 titulada “Calidad de la atención: seguridad del paciente”. Con esta resolución se invitó a los Estados Miembros “a prestar la mayor atención al problema de la seguridad del paciente” y a “establecer y fortalecer los sistemas científicos necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención”. En respuesta a la anterior resolución, en 2004 la 57ª AMS propuso formar la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (AMSP), cuyo lanzamiento por parte del Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo lugar en octubre del mismo año en la sede de la OPS/OMS en Washington DC.<sup>10</sup> Esto motivó la creación de numerosas iniciativas en las Américas en el ámbito de la seguridad del paciente.

El año 2007, en la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, se definió una “Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente”.<sup>11</sup> En dicho documento se señala que “la calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población, y el futuro sostenible

<sup>9</sup> OPS. Resultados evaluación FESP N° 9, (acceso 5 de mayo 2015). Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4027&Itemid=3617&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4027&Itemid=3617&lang=es)

<sup>10</sup> World Alliance for Patient Safety. World Health Organization (WHO); [acceso 5 de mayo 2015]. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R1-sp-intro.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R1-sp-intro.pdf)

<sup>11</sup> OPS/OMS. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59ª Sesión del Comité Regional. Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, Incluyendo la Seguridad del Paciente; 1 a 5 de octubre del 2007; Washington, DC, EUA.

del sistema de atención en salud”. En este documento se reconoce que a pesar de los esfuerzos de los Estados Miembros, “aún persisten importantes desafíos en materia de calidad tanto en los países más desarrollados como en los países en vías de desarrollo”, y propone líneas estratégicas de acción para el mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente. Por primera vez, las líneas estratégicas propuestas superaron los ámbitos acotados de seguridad clínica y se señalaron como elementos fundamentales que contribuyen a la falta de calidad las deficiencias de modelo, organización, financiamiento y gestión de los sistemas. Asimismo, incluyó aspectos relacionados a satisfacción usuaria, interculturales y de género, apareciendo así el concepto sistémico de calidad.

En ese sentido señala que las causas de la falta de calidad son múltiples e involucran fallos tanto a nivel sistémico como a nivel de la prestación de servicios de salud individual. A nivel sistémico contribuyen a la mala calidad:

- i. la falta de posicionamiento de la calidad en las prioridades, y agenda de reforma del sector salud;
- ii. la deficiencia de los marcos reguladores de la calidad tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación, certificación, y habilitación, y el limitado conocimiento de derechos y deberes de los pacientes;
- iii. la insuficiencia o falta de recursos materiales, humanos y financieros;
- iv. la falta de sistemas de información para la gestión adecuada de los recursos;
- v. las transferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados al nivel de desempeño y resultados en salud; y
- vi. la formación de pregrado y posgrado con bajos estándares técnicos, éticos y humanos.

El documento también precisa que a nivel de la prestación de servicios de salud individual, son causas de mala calidad:

- i. la desmotivación de los trabajadores de la salud;
- ii. la debilidad en materia de competencias y destrezas técnicas;
- iii. la ausencia de trabajo en equipo y de relaciones de confianza adecuadas;
- iv. la atención bajo un modelo paternalista que no involucra al usuario en la toma de decisiones;
- v. las condiciones de trabajo inadecuadas;

- vi. la inexistencia de carrera profesional y programas de actualización profesional.

Finalmente se propone posicionar la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente como prioridad sectorial; promover la participación ciudadana en temas de calidad; generar información y evidencia en materia de calidad; desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad; y, desarrollar una estrategia regional para el fortalecimiento de la calidad de la atención sanitaria y seguridad del paciente con un horizonte de diez años.

La fecha prevista para la finalización de la estrategia fue diciembre de 2008, contemplándose la creación de un Observatorio Regional de Calidad en la Atención Sanitaria y Seguridad del Paciente como una red de observatorios nacionales.

Al cabo de ya casi una década hay muchos avances pero, sin duda, también grandes pendientes. Uno de ellos es la evaluación del nivel de logros alcanzados y lecciones aprendidas con respecto a la *Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la Atención Sanitaria, incluyendo la Seguridad del Paciente*.

En general se observan algunas tendencias regionales:

- i. mayor comprensión de la calidad como parte constitutiva del derecho a la salud, del fortalecimiento del papel de la autoridad en salud, y del desarrollo de institucionalidad y competencias para dar garantía de ello;
- ii. gradual y progresiva búsqueda de estrategias integradas en lugar de la sola promoción de medidas y acciones aisladas y esporádicas, que hacen uso combinado y simultáneo de varias de las herramientas de calidad a objeto de contribuir al mejoramiento continuo;
- iii. mayor orientación hacia los usuarios, tanto en los procesos como en los resultados, asumiendo una mayor participación de la población en todo el proceso de gestión de la calidad tanto a niveles macro (políticas), meso y micro (gestión de las intervenciones sobre personas y comunidades);
- iv. mayor alineamiento entre mecanismos de pago y desempeño de los prestadores, con especial énfasis en la calidad de sus procesos y resultados;
- v. relevancia de las competencias, de la distribución y de la formación continua del recurso humano en salud como ejes esenciales para la calidad;
- vi. uso creciente de mecanismos de evaluación de las tecnologías y de guías, protocolos y normas basadas en evidencia para mejorar costo efectividad y seguridad de las intervenciones;

- vii. introducción progresiva de criterios bioéticos en la toma de decisiones en salud;
- viii. tendencia a adoptar una visión sistémica en la cual los hospitales dejan de ser el centro del sistema de salud;
- ix. comprensión de que el cuidado del medio ambiente es parte de la calidad de los servicios;
- x. creciente búsqueda de indicadores de desempeño y de sistemas formales de evaluación que conjuguen aspectos de estructura, procesos y resultados en salud.

Algunos ejemplos de estas tendencias son: la generación o fortalecimiento de instituciones como las Superintendencias de Salud en los países de la región con facultades para dar garantía de la calidad; el sistema chileno de garantía de la calidad como parte de los derechos explícitos que la población tiene en salud; los programas de seguridad del paciente, y los esfuerzos que los países han estado realizando para alinear su recurso humano y sus mecanismos de pago para la mejora continua de los servicios.

## LA CALIDAD Y LA GESTIÓN ASISTENCIAL

Actualmente, los prestadores de servicios de salud tienen frente a ellos a usuarios cada vez más informados y más exigentes. Los administradores están más conscientes de los altos costos de la falta de calidad y están sometidos a una gran presión para ser productivos por la escasez de recursos en los sistemas de salud. Por ello, se busca aplicar a la salud una serie de herramientas gerenciales, que enfatizando la importancia del liderazgo, de la participación y del trabajo en equipo, buscan equilibrar el interés por la contención de costos del financiador; la eficacia clínica; la productividad y sostenibilidad organizacional del gestor; y el interés del usuario por una atención pronta, confiable, empática y satisfactoria. El logro de este balance -equidad, eficacia, eficiencia y enfoque de usuario- no es otra cosa que la calidad de la prestación en salud e implica al menos que:

- i. El prestador haya participado (negociación) en la definición de sus metas de producción y, por ello, conozca sus metas de calidad en procesos y resultados;
- ii. El prestador haya obtenido y actualizado su licenciamiento o autoriza-

- ción para funcionar al demostrar cumplir con estándares esenciales o básicos de la estructura;
- iii. El prestador cuente con los recursos humanos y materiales necesarios para dicha producción concertada;
  - iv. El prestador esté financiado de manera alineada con los objetivos que se le han propuesto y reciba incentivos para lograrlo;
  - v. El prestador forme parte de una red integrada de establecimientos y dispositivos con los cuales concierte roles y responsabilidades;
  - vi. El prestador ajuste permanentemente su estructura, recursos y modelo de gestión, a objeto de orientar su quehacer hacia resolver las necesidades de las personas y de cumplir metas pactadas;
  - vii. El prestador integre los procesos asistenciales a los administrativos, los requerimientos psíquicos y sociales de sus usuarios, y las acciones propias del curar haciéndose responsable de la continuidad de los cuidados;
  - viii. El prestador tenga competencias para planificar, implementar y evaluar estratégicamente objetivos y metas; competencias para ejercer liderazgo participativo en todos sus niveles; para gestionar el talento de su personal; y para promover la participación activa de sus trabajadores y usuarios en la mejora continua;
  - ix. El prestador participe de un sistema nacional de garantía de la calidad, cuente con información fidedigna, contribuya con buenas prácticas, aprenda de otras experiencias y de cuenta pública de su gestión y resultados;
  - x. El sistema nacional de garantía de la calidad esté compuesto por mecanismos que regulen la autorización o licenciamiento de los prestadores (estructura), con los que regulen procesos y resultados, y asegure un piso homogéneo de calidad en todos los prestadores para toda la población sin diferencia alguna;
  - xi. El sistema nacional de garantía de la calidad implique un proceso gradual de exigencias que conlleve capacidades similares para acompañar e instalar competencias (más exijo, más acompañamiento y más apoyo a que dichas exigencias sean posibles).

La calidad de la atención, se determina en el nivel macro por las políticas públicas intersectoriales para la equidad y por las políticas sectoriales para los ejercicios alineados de las funciones esenciales de salud pública. En el nivel micro, es

una expresión de la combinación interdependiente de la aplicación operacional de los principios de eficacia, eficiencia y satisfacción usuaria.

Sin embargo, esta visión de calidad no está exenta de dificultades ya que debe ser articulada por la gerencia, pero compartida por todo el personal de la institución prestadora, de lo contrario ésta se conforma en torno a visiones parciales y limitadas a miradas particulares de un actor involucrado en la relación médico/paciente o equipo/usuario, y no en la perspectiva más amplia de la visión integral de la calidad en los términos enunciados.

En el logro del balance señalado anteriormente con relación al concepto de calidad, existen algunas dimensiones que merecen ser consideradas:

- i. Una dimensión clásica es la técnica, que consiste en la mejor aplicación y balance del conocimiento y la tecnología, la seguridad y el costo, para resolver las necesidades de personas y comunidades. Esta dimensión debe ser medida en cuanto a seguridad obtenida (disminución de eventos adversos asociados a la práctica) y a los resultados en términos de contribución a la mejora de calidad de vida;
- ii. La dimensión del grado en el que el servicio satisface las necesidades sentidas del usuario: relación interpersonal con el usuario, información veraz y oportuna; características de la atención en accesibilidad, comodidad, trato, privacidad, tiempo de espera, etc., que reflejan respeto y preocupación por el usuario, junto a la consideración de lo que el usuario es capaz de "percibir" en aspectos de la calidad técnica, desde su propia perspectiva y valores. Esta dimensión debe ser medida en términos de objetivar la percepción usuaria;
- iii. La dimensión del costo racional de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y los riesgos que se derivan de ello, evitando desperdicios que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales, y cuyo costo afecta la equidad, el acceso y la continuidad. Dimensión medida en términos del desempeño del prestador en manejo de recursos en contraposición a sus resultados;
- iv. La dimensión de la generación de una cultura de cambio permanente que implica contextos organizacionales para la escucha, el diálogo y la participación, tanto de trabajadores de la salud como de los usuarios. Dimensión que debe ser evaluada cuantificando competencias estratégicas y gerenciales;

- v. La dimensión colaborativa del prestador, que debe medir la capacidad del interactuar con otros prestadores de distinto nivel de complejidad, de asegurar el continuo de la atención, de contribuir a objetivos comunes y de ser “amigable” con el ambiente.

Se ha planteado que la calidad es “hacer lo correcto de manera correcta, de inmediato”.<sup>12</sup> Desde esa mirada la calidad es algo que fundamentalmente se remite al espacio del quehacer, de “las prácticas”, lo que conlleva dos espacios de análisis: el qué (las políticas llevadas a la prestación) y el cómo (el modo de implementar acciones e intervenciones) hacemos las cosas en el cotidiano de nuestras prácticas en salud.

“El qué” es la manera en que las políticas sociales se traducen en objetivos y metas específicas a desarrollar por el prestador del sector salud. Es la forma en que está modelado y organizado el sistema de salud: la relevancia de la promoción y prevención, el nivel de resolutivez del primer nivel de atención, la forma en que están alineados los mecanismos de pago, las decisiones de inversión en infraestructura, tecnologías y especialmente en el ámbito de las decisiones con respecto al recurso humano. Es evidente que en “el qué” es esencial y determinante la manera en que las políticas se diseñan e implementan, así como la medida en que son legitimadas socialmente y comprendidas y “encarnadas” por los prestadores y sus usuarios.

“El cómo” se expresa en los mecanismos para generar consenso en torno a lo que de manera dinámica y evolutiva se entiende como “buenas prácticas”, a través del diálogo entre la ética, la economía y la agregación de conocimiento en salud. Tal consenso frecuentemente se fundamenta en el conocimiento o evidencia científico-técnica, en diálogo con las experiencias de los trabajadores de la salud y las necesidades y preferencias de los usuarios, dentro de los límites impuestos por las posibilidades del contexto, y se traduce en guías, protocolos y estándares que suelen conformar cuerpos normativos -no estáticos, sino en constante evolución y perfeccionamiento- para la evaluación y la mejora. En “el cómo”, será gravitante la capacidad de diálogo y de construcción de consensos de los sistemas de salud y de la cultura de sus organizaciones.

Una vez claramente establecidos los espacios del qué hacer y el cómo hacer en términos de calidad de atención, el siguiente momento metodológico se refiere a cómo conseguir que esta calidad se garantice en términos operativos.

<sup>12</sup> Juran J.M., “Juran y el liderazgo para la Calidad, un manual para directivos”. Ed. Diaz de Santos S.A., Madrid, 1990.

Para ello, los sistemas de salud suelen disponer de mecanismos que:

- i. Regulan que la puesta en marcha de los prestadores cumpla con condiciones estructurales y de recursos que contribuyan a la seguridad en la atención. Estos procesos de licenciamiento o autorización suelen tener vigencia por un número determinado de años siendo obligación actualizarlos para la continuidad de la prestación del servicio.
- ii. Regulan los perfiles y competencias del recurso humano en salud.
- iii. Regulan la seguridad de los procesos del prestador a través del monitoreo permanente de eventos adversos y de la gestión de los riesgos, y de la verificación continua de las competencias esenciales de la organización en liderazgo y planeación estratégica; gerencia de procesos asistenciales, administrativos y financieros; desarrollo de los recursos humanos; y de los sistemas de información.
- iv. Regulan los resultados en salud y la contribución de los prestadores a los objetivos de las redes integradas y de las políticas públicas.

Aunque parezca obvio, es muy importante señalar que la calidad se garantiza a través de la aplicación combinada de dichos mecanismos de manera sinérgica. Nos parece incompleto e ineficaz un enfoque que privilegie uno de ellos, olvidando el otro. Un aspecto crucial para garantizar que la calidad se mantenga y se supere está dado por el tipo de reconocimientos e incentivos que el prestador recibe como parte de una red. No puede ser indiferente el hacer o no hacer “correctamente” las cosas en salud. Los distintos países han conformado agencias para efectuar la regulación señalada, para ello hay que considerar:

- i. La definición de las normas es responsabilidad indelegable de la autoridad y entidad rectora;
- ii. Pueden coexistir diversas agencias o entidades que contribuyen a efectuar la fiscalización de la norma, lo relevante es que tengan creciente nivel de autonomía de los incumbentes, evitando en lo posible la dificultad de “ser juez y parte” y debe haber clara definición de funciones y trabajo sinérgico entre éstas. Por ejemplo, hay que tender a evitar que quien fiscalice a su vez preste servicios o que quien certifique al recurso humano sean los mismos colectivos profesionales;
- iii. Pueden coexistir sistemas de regulación obligatorios y voluntarios. Lo que debe velarse es que al menos cada país tenga un sistema de garantía obligatorio de cumplimiento de mínimos, los que deben irse



incrementando gradualmente en ciclos determinados de tiempo. Esto no obsta a que existiendo sistemas obligatorios (igualdad en derechos, igualdad en normas, igualdad en formas de fiscalización) a nivel de condiciones básicas, puedan también coexistir sistemas voluntarios relacionados con “estándares ideales” (*gold standard*);

- iv. Los fiscalizadores deben tener criterios similares para aplicar e interpretar la norma y pueden ser o no funcionarios de agencias públicas, así como terceros autorizados. Lo importante es que es función indelegable de la autoridad pública en salud dar garantía de que el mecanismo que se adopte para fiscalizar sea transparente, homogéneo y confiable.

## HACIA UNA GESTIÓN DE LA CALIDAD

La gerencia de los prestadores en salud debe tener una sola orientación: contribuir del modo más seguro, confiable y satisfactorio para personas y comunidades, a los mayores resultados en salud posibles con los recursos disponibles. Lo señalado no se logra por imposición, sino a través y con los trabajadores de la salud, lo que implica conocer y modificar las prácticas.

Lo que define el modo de hacer las cosas o nuestras prácticas, es la cultura de una organización, que es el conjunto de valores, creencias, reglas no escritas y actitudes que configuran las prácticas. Entre los elementos que conforman la cultura están los juicios, mitos, ritos, los héroes y los usos y costumbres en torno a cómo vincularse, aprender e inter-depender por medio del lenguaje.

Entonces, para cambiar las prácticas hay que modificar la cultura y esto solo surge del aprendizaje<sup>13</sup>. Lo anterior implica que el máximo de la energía de nuestra gestión de calidad debe estar enfocada a generar inquietud por aprender. Si nuestro personal piensa que “lo sabe todo” que “lo que siempre se hace es lo correcto” no habrá forma de modificar nuestras prácticas. Lo anterior implica:

- i. Una gerencia implicada en la conducción del cambio. No puede este ámbito estar relegado a una “unidad o departamento de calidad”.
- ii. Las experiencias de error y riesgo son valoradas y el aprendizaje del error se reconoce y valora.
- iii. Se estimula el perfeccionamiento continuo y se posibilita y facilita la investigación aplicada y la ganancia de conocimiento.
- iv. Se promueve la escucha, las instancias participativas para el diálogo y

<sup>13</sup> OPS. Personas que cuidan personas: Dimensión humana y trabajo en Salud. Chile, 2002

la discusión sobre casos-problema y la búsqueda colectiva de soluciones, así como el liderazgo participativo y la conducción colegiada de procesos integrados.

- v. Se fomenta la actitud innovadora, reconocer las buenas prácticas e identificar lo que funciona, cooperar entre personas y unidades y escuchar al usuario.
- vi. Se privilegian las actitudes positivas versus las que descalifican o discriminan, se incentivan las actitudes de respeto y el cumplimiento responsable e impecable de lo convenido.
- vii. Se valora la incorporación de otras disciplinas y de otras miradas para el enfrentamiento de nuevos desafíos.
- viii. Se comprende por parte de la gerencia, que el clima organizacional y la calidad de vida en el trabajo es esencial para posibilitar los cambios.

Establecer una cultura de la calidad en los prestadores solo se puede hacer con y para las personas, lo que obliga a diseñar instancias formales para un diálogo permanente con los trabajadores y usuarios. Al final, la prueba última de la calidad de un servicio está en el orgullo que tiene un trabajador de pertenecer a una institución, y en el reconocimiento o valoración que el usuario hace de ésta. Para generar entonces una cultura de la calidad, hay que vivir la calidad en la organización, esto es pensar, planificar, gestionar, controlar y garantizar la calidad en los prestadores.

## DESAFÍOS PARA MÉXICO

México, desde la “Cruzada por la Calidad” ha dado grandes pasos hacia la conformación de una institucionalidad para la calidad, por ello también son importantes sus áreas de oportunidad y desafíos, dado que el logro del acceso universal a servicios de calidad, ha sido considerado como uno de los retos principales de los años por venir. Para ello son temas de futuro:

- i. Fortalecer una actitud resolutive y la confianza en el primer nivel de atención e implementar el modelo de atención integral basado en redes integradas de atención que se ha propuesto;
- ii. Continuar mejorando la coordinación intersectorial de las políticas sociales para una acción más efectiva sobre los determinantes sociales de la salud;

- iii. Fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y mejorar la capacidad de integrarse de los distintos subsistemas tras objetivos comunes;
- iv. Desarrollar una entidad –aunque inicialmente sea para la Secretaría de Salud–, que se especialice en la garantía de la calidad de los prestadores. Esta agencia deberá contemplar entre sus funciones, las competencias para asegurar los mínimos básicos en términos de estructura para los prestadores; el diseño e implementación de un sistema de acreditación de los procesos asistenciales –particularmente en el ámbito de la seguridad de los usuarios que gradualmente vaya aumentando exigencias desde mínimos esenciales– ; y la implementación de mecanismos para el apoyo de los prestadores en la instalación de una cultura de la calidad y de capacidades para cumplir con los estándares esenciales que se fijen.
- v. Avanzar en rectoría sobre las instituciones formadoras de recurso humano en salud para lograr competencias apropiadas para un modelo garantista de la calidad en salud;
- vi. Avanzar en nuevos mecanismos de transferencia de recursos y de pagos que estén alineados con el desempeño de los prestadores;
- vii. Avanzar en mecanismos de planeación de la inversión en infraestructura y tecnologías que estén alineados con las políticas de calidad del país.

México tiene potentes instituciones que contribuyen a la calidad de los servicios de atención. En este proceso será imprescindible precisar y fortalecer el papel que en ello juegan entidades tales como la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la Comisión Nacional de Bioética (CONBIOETICA) y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). Todas y cada una de ellas con generosidad y visión de futuro, deberán repensarse a sí mismas para contribuir al máximo al bien general, potenciando sus funciones específicas.

## CONCLUSIONES Y RETOS

La garantía de calidad de los servicios de salud en todos los países de la región plantea grandes dificultades, tanto para las autoridades de salud como para los otros actores del sector. Al mismo tiempo, ofrece a los países oportunidades

interesantes no solamente para establecer alianzas estratégicas entre diversos organismos, sino también para cooperar entre países a fin de resolver las nuevas necesidades que surgen.

El reto fundamental para las autoridades de salud es lograr acceso y cobertura universal en salud y en ello es clave garantizar el acceso de toda la población a servicios de calidad. Para lograrlo, deberán evaluar los hechos y los retos pendientes a abordar en el mediano y largo plazo definiendo políticas y estrategias. La tarea en el ámbito de la calidad no tiene fin, dado que al inicio significa asegurar mínimos a toda la población sin diferencia alguna, pero el final no se alcanza nunca ya que guarda relación con asegurar el pleno derecho al máximo nivel de calidad de vida y ello nos exige trabajar cada día para acercarse a alcanzarlo.

El reto para organismos internacionales como OPS, consiste en asumir el papel de un eficiente agente catalizador de los esfuerzos de los países, propiciando la identificación de buenas prácticas, el intercambio y el apoyo técnico entre ellos. Junto a lo anterior, OPS puede contribuir al desarrollo de sistemas para la evaluación de los servicios de salud; al impulso de la evaluación de las tecnologías de salud; a la inclusión de criterios de calidad en las nuevas formas de pago a los prestadores de servicios; a la formulación de estrategias que garanticen la acreditación de los establecimientos y las redes de servicios; al apoyo para la elaboración de guías y protocolos de atención en red basadas en evidencia; a la investigación en el ámbito de la calidad; a la capacitación continua del recurso humano; y, a la difusión de experiencias que sean de utilidad para las autoridades, los financiadores, los prestadores y los usuarios; y al desarrollo de alianzas para el fortalecimiento institucional en el ámbito de la calidad.

El desafío es enorme y permanente. Todos estamos llamados a contribuir, la sostenibilidad de los sistemas de salud se juega cotidianamente en ello.



# CALIDAD EFECTIVA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*Francisco Hernández Torres\**

*Javier Santacruz Varela\*\**

*Enrique Gómez Bernal\*\**

*Germán E. Fajardo Dolci\*\**

*Héctor Aguirre Gas\*\*\**

*Martha Alicia Alcántara Balderas\*\**

*Sebastián García Saisó\*\*\*\**

## INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud buscan, en el ámbito de la calidad, la mejora continua y los resultados óptimos en la atención de los pacientes y sus familias, así como mejorar su costo y efectividad. Sin embargo, se reconoce que existe una amplia variación tanto en los procesos como en los resultados. El ejemplo sobresaliente es el reconocimiento público que hizo el Institute of Medicine en 1999, sobre la magnitud de errores médicos cometidos en los Estados Unidos y sobretodo, la gravedad en que pueden terminar los casos de mala práctica médica<sup>1</sup>. Sin duda este condicionante, unido a otros sobre la detección de eventos adversos en la prestación de servicios de salud, son fuente de alimentación para generar en el presente Siglo XXI la “Alianza Mundial

---

\* Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

\*\* Instituto Mexicano del Seguro Social

\*\*\* Dirección Médica de Petróleos Mexicanos.

\*\*\*\* Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaría de Salud

por la Seguridad de los Pacientes” dirigida por la Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup>. Adicionalmente y desde una perspectiva de pares, en los Estados Unidos e Inglaterra, se percibe que la calidad de la atención se ha deteriorado en los últimos veinte años, con base en un consenso médico que indica que entre 45 y 60% de los médicos están de acuerdo con esta apreciación<sup>3</sup>.

Con el propósito de contribuir a integrar una base conceptual y metodológica denominada calidad efectiva, iniciaremos proponiendo un concepto centrado en el paciente, obtenido a través del acercamiento y discusión con profesionales y pacientes para conocer cuál era su visión de una atención médica de calidad. Esta reflexión concluyó con la siguiente definición de calidad de la atención médica:

“Otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, con competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud, sus expectativas y con costos razonables”<sup>4</sup>.

Dentro de esta definición se puede observar, que en una primera parte están contenidos cuatro elementos relativos al proceso de la atención: la oportunidad, la competencia profesional del personal médico, la seguridad en el proceso de atención y el respeto a los principios éticos de la práctica médica. A continuación se presentan tres elementos relacionados con los resultados: el impacto en materia de salud, como consecuencia de la satisfacción de las necesidades de salud del paciente; la satisfacción de los pacientes por haber visto cumplidas sus expectativas en cuanto a la atención recibida; y por último, lo razonable de los costos generados por la atención, con cargo según el caso: a los propios pacientes, a las instituciones de salud del sector público o a cargo de las compañías de seguros.

En la evaluación del impacto logrado a través de la prestación de los servicios de salud, es necesario tener en cuenta tanto la mejoría de los niveles de salud de la población, como la mejoría de la imagen de las instituciones públicas -como consecuencia de la satisfacción de las expectativas de pacientes y familiares con los servicios recibidos- y por último, una administración eficiente de los recursos disponibles.

## ELEMENTOS CONCEPTUALES DE LA CALIDAD

El primer elemento en el proceso de atención con calidad, es la oportunidad de la atención. Sin embargo, antes de pretender una atención oportuna, es necesario tener en cuenta la accesibilidad a los servicios, determinada por distancias geográficas, vías de comunicación, medios de transporte, limitantes culturales, limitantes económicas, la disponibilidad o no de aseguramiento social por el paciente, o simplemente la disponibilidad de los documentos necesarios para que se le otorgue la atención.

En la operación de los servicios el concepto de oportunidad se reconoce como “otorgar la atención al paciente en el momento que la necesita”; es decir, en el momento que es apropiado que la reciba, sin retrasos pero también sin anticiparse cuando sea necesario o benéfico otorgarla con posterioridad, en virtud de que en ese momento el paciente pudiera no estar en condiciones de recibirla, sin exponerlo a riesgos o complicaciones en forma innecesaria. En la búsqueda de la oportunidad de la atención, es necesario tener en cuenta los tiempos de espera en consulta externa y sobre todo en los servicios de urgencias, donde los retrasos pueden ser críticos. El diferir una atención hospitalaria o la práctica de una intervención quirúrgica, puede ocasionar que la enfermedad del paciente evolucione y se complique, con incremento de la morbilidad y la mortalidad, mayores costos de atención, e indudablemente la insatisfacción del paciente.

El segundo elemento de la calidad de la atención es la competencia profesional por parte del personal responsable de otorgarla, desde un enfoque científico y técnico. Para ello es necesario contar con los conocimientos médicos vigentes y la pericia para llevar a cabo los procedimientos médicos o quirúrgicos que se estén ofreciendo; así como la experiencia como resultado de haber practicado esos procedimientos, en un número suficiente de pacientes, que permita al médico su realización con solvencia profesional. Es importante que el médico cuente con conciencia ética, que lo conduzca a cuidar las expectativas y necesidades del paciente. Para que la atención médica pueda ser considerada como de calidad, debe ser congruente con las necesidades de salud del paciente; si no lo fuera, por falta de equipos, instrumental, insumos o competencia profesional del personal de salud, es necesario referir al paciente al nivel de atención que corresponda, donde pueda hacerse efectiva la calidad.

El tercer componente sobre la “seguridad de los pacientes” se genera desde



el momento mismo en que un usuario de servicios de salud elige a su médico, y el médico lo acepta como su paciente. Con ello se establece la relación médico-paciente que lleva implícito un compromiso profesional y moral, que obliga al médico a realizar su mejor esfuerzo y poner de por medio todos sus conocimientos, habilidades y experiencia al servicio del paciente, y a éste a co-participar con el médico, atendiendo sus indicaciones y cumpliendo con la participación que le corresponda, para conseguir su recuperación.

Aun cuando no quede establecido de manera explícita, también se genera un compromiso legal a través del cual, el médico es responsable de otorgar una atención médica, conforme a la *lex artis* y a responder ante las autoridades, en caso de mala práctica y daño para el paciente. Ningún prestador de servicios de salud inicia una relación con los pacientes con el propósito de hacerles daño o de ocasionar algún incidente, por el contrario, busca en la medida de sus posibilidades generar un ambiente de seguridad en la prestación de sus servicios. Es conveniente considerar que cuando un paciente acude a solicitar atención, su expectativa primordial o única, es obtener la satisfacción de sus necesidades de salud; es decir, recuperarse de su enfermedad, sin que en ningún momento pase por su mente la posibilidad de sufrir un daño o adquirir otra enfermedad, como consecuencia de la atención recibida, situación que puede ocurrir a causa de eventos adversos. Es obligación del prestador de servicios tener en cuenta que se deben prevenir los eventos adversos a través de controlar los riesgos y cumplir con los procedimientos para su prevención, de manera escrupulosa.

El cuarto componente sobre la ética médica, se define como la “disciplina que analiza y fomenta la buena práctica médica, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida”<sup>5</sup>. Los principios éticos de la práctica médica, están contenidos en diversos códigos de ética, habiendo sido normados en 1995 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), a través de la “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”<sup>6</sup>.

El cumplimiento de los Códigos de Ética, se encuentra en la esfera de los compromisos morales de la práctica médica, no sujetos a sanciones administrativas o penales. Sin embargo, un número importante de los principios éticos se encuentran respaldados por preceptos legales, en las leyes, reglamentos y normas, cuyo cumplimiento, es obligatorio. Ocho son los principios éticos de la práctica médica emanados de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos<sup>6</sup>:

- **Principio de beneficencia:** que señala que todos los esfuerzos de la práctica médica, deben estar dirigidos a beneficiar al paciente. Este principio está ligado al principio correlativo de no-maleficencia, que indica que la atención médica nunca debe estar dirigida a producir daño al paciente. La mejor forma de beneficiar al paciente es hacer efectiva una atención con calidad. Los beneficios que se hubieran logrado, a través de la atención de los pacientes, deben ser evaluados en función de los riesgos a los que hubo necesidad de enfrentarse y a los gastos requeridos para lograrlos. Siempre se debe buscar un riesgo y un costo beneficio, aceptables para el paciente. El beneficio del paciente debe ser promovido, exponiéndolo al mínimo riesgo y con los costos más bajos posibles. Como vemos, la seguridad del paciente está íntimamente ligada a este principio.
- **Principio de equidad:** establece que la atención médica debe ser otorgada a los pacientes, sin distinciones, privilegios, ni preferencias. Sin embargo, el mismo principio de equidad señala, que no se puede tratar como iguales a desiguales. Y ¿cuál sería ese motivo de desigualdad, que implicaría dar preferencia a un tipo de pacientes sobre otros?, pues únicamente sus necesidades de salud, que nos lleva a dar prioridad en la atención a los pacientes con mayores o más urgentes necesidades de salud, es decir, más graves. La equidad incluye criterios relacionados con el género, raza, religión, preferencias sexuales, preferencias políticas, edad, discapacidad, posición socio económica, y recomendaciones que están íntimamente ligadas con el acceso efectivo a los servicios de salud y que incluye los enfoques de interculturalidad.
- **Principio de autonomía:** se refiere al derecho de los enfermos adultos, en pleno ejercicio de sus facultades mentales, para decidir libremente lo que ha de hacerse con su persona. Para tal efecto, se debe solicitar a los pacientes su anuencia para la realización de los diferentes procedimientos de la práctica médica. En aquellos procedimientos que sean invasivos o que representen riesgos, mutilación o control de la fertilidad, el consentimiento debe ser por escrito y previa información: sobre el procedimiento en sí, sus riesgos, sus consecuencias y su pronóstico. En caso de niños y de personas con limitaciones en sus facultades mentales, la persona legalmente responsable, deberá tomar

la decisión, teniendo en cuenta en primer término, el beneficio del paciente, sus intereses y su opinión (decisión asociada). La participación de los pacientes en trabajos de investigación, siempre debe ser en beneficio de ellos, estar libre de dolor, de riesgos y siempre se debe respetar su negativa a participar.

- **Principio de confidencialidad:** representa el derecho del paciente, para que se respete el secreto en la información derivada de la relación médico-paciente misma que no puede ser revelada sin la autorización del propio paciente o la orden de un juez. Es necesario cuidar que la confidencialidad sea respetada en el expediente clínico, en conversaciones informales y por todos los miembros del equipo de salud.
- **Principio de respeto de la dignidad:** señala que se debe otorgar atención al enfermo en consideración a los derechos humanos, a las libertades fundamentales y universales, a su consciencia, su voluntad, sus principios, sus derechos y a su condición de enfermo. Se debe tratar al paciente con la consideración que como ser humano merece, en forma personalizada y amable. En los enfermos crónicos y terminales, debe evitarse la obstinación terapéutica y acudir en el momento oportuno a la medicina paliativa, sin desatender sus necesidades vitales y procurar un ambiente sereno, preferentemente en el seno de la familia, en previsión del momento en que ocurra la muerte.
- **Principio de solidaridad:** invita al médico a suscribirse al compromiso moral de ceder sus percepciones o parte de ellas a los pacientes que lo ameriten; a compartir sus conocimientos y su experiencia, con los compañeros que requieren de su apoyo profesional y en situaciones adversas, y a ofrecer sus enseñanzas a los alumnos a quienes se haya comprometido a preparar.
- **Principio de honestidad:** es el valor del ser humano que lo conduce a actuar y a expresarse con apego a la verdad, a la ley, a las normas, a los principios éticos y morales y a la confianza depositada en él. El médico debe desempeñarse con veracidad, profesionalismo, integridad y transparencia; corresponder a la confianza y cumplir con los compromisos establecidos con el paciente, con los superiores y con la institución en que labora. Está comprometido a otorgar atención médica de alta calidad a sus pacientes y como consecuencia de ello a mantenerse

actualizado en sus conocimientos y habilidades y a mantener su certificación vigente. No es aceptable legalmente, atender pacientes en una especialidad diferente a aquella en que se preparó y está certificado. La relación del médico con el paciente y su familia, debe limitarse a lo estrictamente profesional y evitar conflictos de interés en beneficio propio. Es deshonesto aceptar las dicotomías por interconsultas o estudios diagnósticos y terapéuticos, y se debe evitar la medicina defensiva.

- **Principio de justicia:** otorgar la atención que requiera el paciente para satisfacer sus necesidades de salud, conforme a la ley, a la ciencia médica, a su padecimiento y a la razón. Este principio ético tiene como soporte principal el derecho constitucional a la protección de la salud y nos compromete a otorgar al paciente la atención que su padecimiento requiera. Está proscrito por ley la negativa de otorgar atención a pacientes en casos de urgencia y el abandono de pacientes, al igual que la práctica de procedimientos ilegales.

Sería de esperarse que cuando el proceso de atención se realiza correctamente, con oportunidad, competencia profesional, sin eventos adversos y con respeto a los principios éticos de la práctica médica, los resultados serían los esperados en términos de calidad; sin embargo, en la práctica médica, esto no se puede garantizar, por lo que es necesario evaluar la magnitud en que las necesidades de salud han quedado satisfechas como consecuencia del proceso de atención.

Se mencionó que los pacientes mantienen en su mente la expectativa de recuperar la salud, lograr la curación de su padecimiento. No obstante esto es variable en todos los casos, porque no todas las enfermedades son curables cuando el grado de su gravedad ha rebasado las posibilidades de recuperación, por lo cual es necesario informar con oportunidad al paciente o a sus familiares sobre su pronóstico, de tal manera que sus expectativas sean congruentes con la realidad vigente y no ocurran sorpresas desagradables al final del proceso, que den lugar a quejas y demandas.

Si la enfermedad es curable (una bronquitis aguda o apendicitis), el paciente espera curarse y el compromiso del médico es ofrecerle ese resultado para que sus expectativas queden satisfechas. Por otro lado, cuando el paciente es diabético o hipertenso, que acuden por descontrol de su padecimiento, o un paciente con úlcera péptica reactivada, el médico no puede comprometerse a

ofrecerle “curación”, sino únicamente control de su padecimiento, puesto que una vez que hayan desaparecido sus manifestaciones, si los factores que ocasionaron el descontrol vuelven a estar presentes, la enfermedad se manifestará nuevamente. En suma, no se puede ofrecer la curación de una enfermedad crónica en la mayoría de los casos.

Existen enfermedades que no es factible llegar a controlar, tal es el caso de la insuficiencia renal crónica, en la cual, es factible lograr su mejoría como resultado de una sesión de hemodiálisis, a través de disminuir los niveles de urea, creatinina, potasio, acidosis; y con eritropoyetina o transfusión de paquete globular, se puede mejorar la anemia. Sin embargo, una vez que el tratamiento ha terminado la enfermedad da lugar a que las alteraciones se vuelvan a desarrollar, hasta llegar a los niveles previos. El control y eventualmente la curación, podrían lograrse únicamente con un trasplante.

Una etapa más compleja, está representada por los pacientes en fase terminal, en quienes ningún tratamiento curativo que pretenda ofrecerle control o mejoría es útil, por lo cual habrá que proponerle medidas y tratamiento paliativo y abstenerse de la obstinación terapéutica. En todas las etapas, pero particularmente en estas últimas, el médico está comprometido a ofrecer apoyo moral a sus pacientes, que les facilite un tránsito sereno hacia la muerte.

Además de los resultados estrictamente técnicos de la atención médica, está una dimensión interpersonal. Los pacientes tienen expectativas de recibir una atención con calidez humana, lo que Donabedian denominó como “aménidades”. Esperan que los servicios sean además de oportunos, en instalaciones adecuadas, suficientes, limpias, iluminadas y ventiladas; contar con personal suficiente y capacitado para otorgarles la atención que requieren; que no falten insumos para la atención, como los medicamentos o el material de curación. Los pacientes esperan que la atención no se interrumpa por falta de personal o insumos, que el trato sea personalizado y amable, que se les de toda la información que necesiten y se respeten sus decisiones, al aceptar o no, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propuestos por sus médicos; que haya comodidad en el proceso de atención, y que cuando la atención se lleve a cabo en un medio privado, los costos sean razonables.

Otro aspecto intrínseco, sin duda, que repercute en que se haga efectiva la calidad, es la gestión y aplicación de los procesos y recursos, puesto que de ellos depende el funcionamiento de los establecimientos tanto del personal en salud como de las herramientas e insumos que se requieren para la prestación

de los servicios. Es por ello que una adecuada gestión de recursos contribuirá de manera efectiva a la calidad, que evidentemente se verá reflejada en las percepciones no solo de los usuarios, sino también del personal que opera dentro las unidades, logrando así la armonización de quienes utilizan los servicios (pacientes) como de quienes los prestan (personal en salud).

La combinación de resultados (producto de la calidad técnica), la atención cálida de los prestadores de servicios, y la adecuada gestión y aplicación de recursos, la reconoceremos como calidad efectiva, ya que logra la solución de los problemas de salud de los pacientes y consecuentemente la mejoría del nivel de salud de la población. Sin duda parecerá un pleonasma hablar de calidad efectiva (ya que la efectividad se encuentra implícita en el concepto mismo de calidad) sin embargo, hoy en día es fundamental colocar un adjetivo al sustantivo calidad, que lo modifique y enfatice, ya que el concepto de efectividad nos refiere al resultado, al impacto en la salud de las personas, a la modificación positiva de su estado de bienestar.

## CALIDAD EFECTIVA EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

México tiene una historia y experiencia acumulada de más de cincuenta años de impulsar la calidad de los servicios de salud. A partir del sexenio 2001-2006 la calidad en la atención en los servicios de salud, recibió una atención relevante por parte del Estado Mexicano, mediante la implantación y desarrollo dentro del Programa Nacional de Salud<sup>7</sup>, de la “Cruzada Nacional por la Calidad”<sup>8</sup>. Para el sexenio 2007-2012, se estableció como objetivo incorporar a la calidad de la atención médica, dentro de la agenda nacional de los servicios de salud y para ello se dispuso del “Programa SI Calidad”<sup>9</sup>.

No obstante los esfuerzos institucionales por avanzar en la mejoría de la calidad de la atención, existen múltiples oportunidades de mejora. Un elemento de evidencia es el ejercicio que se realizó en México para evaluar la calidad de los servicios de salud desde una perspectiva de salud pública,<sup>10</sup> encontrando cinco debilidades sistémicas:

- La política de calidad aún no se ajusta a la realidad del Sistema Nacional de Salud.
- Los estándares de calidad no han alcanzado a ser homologados entre las instituciones públicas.

- Existe escasa participación social en la evaluación de la calidad.
- Se presenta insuficiente apoyo a las Entidades Federativas para evaluar los servicios de salud.
- Existe una reducida utilización de los resultados de evaluaciones para la toma de decisiones.

Los avances alcanzados en esta década son palpables, sin embargo, es indispensable dar un paso adelante y lograr que la calidad de la atención se manifieste a través de su impacto en la mejora de los niveles de salud de la población. Las intervenciones en salud deberán desarrollarse en todos los frentes, tanto en la promoción, como en la prevención, la atención médica y la rehabilitación, haciendo necesario que en cada uno de ellos, se logren los objetivos propuestos y se alcancen las metas requeridas.

Para lograr la calidad de la atención médica, se requiere establecer un sistema de gestión de calidad centrado en el paciente, con esquemas de garantía y aseguramiento, que incluyan incentivos de mejora continua, que permita la evaluación permanente y que impacte en la percepción general de los servicios prestados. Un abordaje integral precisa del rediseño de las acciones de promoción de la calidad con un enfoque innovador para alcanzar mayor efectividad e impacto.

## MODELO MULTINIVEL PARA EL CAMBIO ¿QUÉ SE REQUIERE PARA MEJORAR LA CALIDAD EN UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD?

Se requiere un enfoque de cambio a todos los niveles con la participación incluyente de los generadores de políticas, tomadores de decisiones en los ámbitos asistencial, académico y de investigación, profesionales de salud que otorgan directamente los servicios y representantes de la sociedad organizada. Con esta base, es necesario considerar cuatro características esenciales de un esfuerzo exitoso para la mejora de calidad:

1. Liderazgo en todos los niveles.
2. Cultura de aprendizaje en todo el proceso de atención.
3. Desarrollo de equipos multidisciplinarios de trabajo efectivos.
4. Mayor uso de las tecnologías de información y comunicación para la mejora continua y la rendición de cuentas.

Cuando se habla de cambio e innovación, deben considerarse tres posibles dimensiones: el nivel o extensión (desde los microsistemas hasta los macrosistemas), el tipo (progresivo o radical) y el modo (impositivo de arriba hacia abajo o voluntario de abajo hacia arriba).

Por lo que se refiere a nuestro Sistema Nacional de Salud, habremos de retomar las experiencias logradas a lo largo de los últimos doce años, encabezadas por las anteriores políticas y estrategias nacionales de calidad en México (La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud<sup>8</sup> y el Programa Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD)<sup>9</sup> considerando además un enfoque situacional. Es decir, en algunos casos se requerirá un impulso progresivo o gradual para las mejoras y en otros casos se realizarán cambios radicales o de reingeniería cuando los resultados de los estudios se orienten a un mayor costo-beneficio.

De la misma manera, se incluirá el modo bidireccional donde confluyan las propuestas normativas y regulatorias, así como las que se originen desde los grupos locales de salud. Es importante señalar que el mayor impacto en la salud de la población sucede cuando se aborda el problema de manera integral y participativa de al menos cuatro niveles básicos para impulsar la mejora de calidad: a) individual, b) los grupos o equipos de trabajo (también conocidos como microsistemas), c) la organización o mesosistema y, d) el entorno, medio ambiente o macrosistema (Sistema Nacional de Salud). Cabe mencionar que estos cuatro niveles son interdependientes y que las metodologías de calidad (como la mejora continua de la calidad y la gestión de calidad total) aplican para cada nivel.

- A. El primer nivel se refiere a los individuos. Las acciones de mejora de calidad en este nivel incluyen la educación continua, la capacitación y adiestramiento en servicio, la retroinformación, el *benchmarking* o evaluación comparativa, las guías de práctica clínica, protocolos y procedimientos, y el desarrollo de liderazgo. Debe considerarse la actitud individual en cada esfera de trabajo, que transita desde aquellos que promueven el cambio, hasta los que consuetudinariamente lo rechazan. Así, los líderes de opinión de las diferentes áreas profesionales en los diferentes niveles del sistema, pueden ser más efectivos en conducir la adopción de las mejores prácticas basadas en la evidencia en el ejercicio regular de cada encuentro del equipo de salud con los pacientes y sus familias.



- B. El segundo nivel se refiere a los equipos de trabajo o microsistemas integrados por los recursos humanos, financieros y tecnológicos, organizados en procesos para prestar los servicios de salud a los pacientes y sus familias. Este es el nivel más importante para lograr impactos en calidad<sup>11</sup>, porque es la estructura básica del Sistema Nacional de Salud, lo que equivale a la célula para el organismo vivo, o la familia para la sociedad. Aquí converge la práctica profesional, la formación del recurso humano en salud, la gestión y aplicación de los recursos, aquí se aplica la calidad, la seguridad y se gesta la satisfacción de los pacientes y sus familias<sup>12</sup>. Las acciones de mejora incluyen el rediseño de procesos, el desarrollo del trabajo en equipo, las auditorías, la aplicación de herramientas y metodologías de mejora de calidad, la adecuación de las guías de práctica clínica, protocolos y procedimientos. El punto crítico es desarrollar equipos interdisciplinarios de trabajo con excelente comunicación y respuesta a las necesidades de retroinformación para atender las necesidades de salud, con un enfoque centrado en el paciente y su familia y que responda a los retos de las múltiples necesidades y demandas de atención que exigen por ejemplo, los adultos mayores con múltiples padecimientos crónicos y que constituyen una proporción importante de la población mexicana.
- C. El tercer nivel es el organizacional o mesosistema (que incluye el institucional), donde aplica la cultura organizacional. Definida como<sup>13</sup>: (a) un patrón de supuestos básicos, (b) inventado, descubierto o desarrollado por un determinado grupo, (c), de cómo aprende a lidiar con sus problemas de adaptación externa y de integración interna, (d) que ha funcionado bastante bien para ser considerado válido y, por lo tanto, (e) se debe enseñar a los nuevos miembros como la forma (f) correcta de percibir, pensar y sentir en relación a esos problemas. Se puede entender como el conjunto de normas, valores, creencias y prácticas que influyen en la forma de actuar de los individuos y grupos de una organización en particular y que reflejan “cómo se hacen las cosas aquí”<sup>3</sup>. En este nivel es donde generalmente se adoptan las metodologías de mejora continua de calidad y la gestión total de calidad. Se requiere que la organización adopte una actitud de aprendizaje de manera que el conocimiento se adquiera y se transfiera a los comportamientos ha-

bituales de trabajo de los microsistemas bajo su influencia. De acuerdo con el aprendizaje de otros países, se debe poner especial atención en mantener fuerzas impulsoras de la mejora continua tales como políticas institucionales de alto nivel y su respectiva vigilancia en su cumplimiento y rendición de cuentas con consecuencias, la definición de estándares y el funcionamiento de sistemas de información adecuados, el involucramiento de los equipos de salud especialmente del área médica y de los directivos, de manera que ejerzan un liderazgo y apoyo efectivos. Otro aspecto fundamental es la flexibilidad que deben tener las organizaciones para adaptar las metodologías de calidad.

- D. El cuarto nivel corresponde al macrosistema, es decir, al Sistema Nacional de Salud. Incluye a los cuerpos colegiados de orden federal y estatal encargados de la generación de políticas, planes, normatividad, estrategias relacionadas con la calidad de los servicios de salud en los ámbitos de conducción, regulación, financiamiento, provisión, evaluación y supervisión (incluyendo la acreditación y certificación), investigación y enseñanza. Aquí también debe considerarse la participación social y la divulgación de la información a la población.

Debe existir una alineación de intervenciones en todos los niveles para que se favorezca un impulso sinérgico en la mejora de la calidad, de manera que las políticas y programas nacionales sobre calidad se reflejen en los objetivos y metas tanto institucionales como de los respectivos órganos administrativos y prestadores de servicios de salud, con el propósito de que en el nivel de microsistemas se rediseñen los procesos y se favorezca el trabajo en equipo. A su vez, los diferentes líderes de los servicios de los establecimientos de salud, deben considerar las diferencias individuales en necesidades, habilidades, competencias y preferencias para hacer más competitivos sus equipos de trabajo, es decir, convertirlos en equipos de alto desempeño.

Esto no significa que todas las intervenciones se deban aplicar simultáneamente, pero sí debe valorarse su efecto en todos los niveles. Por ejemplo, la divulgación de resultados del desempeño afectará a todos los niveles.

## FUERZAS IMPULSORAS PARA EL ÉXITO DEL MODELO MULTINIVEL

**Liderazgo.** Implica la comunicación efectiva entre las partes interesadas. Una técnica grupal muy utilizada es la organización de foros que faciliten el intercambio de ideas y en donde se generen propuestas comunes de solución a las oportunidades de mejora en la atención de la salud de la población. Es esencial que en los líderes se conjunten las competencias y la flexibilidad para conducir las acciones de acuerdo con las diferentes situaciones y necesidades de los individuos y los grupos. Esto implica también la gestión del conocimiento de manera que se compartan y analicen las experiencias y se fomente una cultura de aprendizaje.

En algunos casos se requiere un adiestramiento en servicio con estrecha supervisión o asesoramiento, mientras que en otros se requiere reforzar la autogestión delegando autoridad de manera que en los microsistemas se generen soluciones pertinentes. Por otra parte, los líderes deben decidir sobre las ventajas y desventajas de mantener la negociación y conducción hacia el logro de los objetivos y metas bajo las normas y cultura establecidas en sus organizaciones mediante ciclos de mejora graduales, o bien hacer cambios radicales en la forma de hacer las cosas e impulsar la innovación.

Desde el nivel nacional, los líderes políticos junto con las autoridades de gobierno, deben promover cambios en las políticas salariales y regulatorias que propicien la mejora continua de la calidad. Un esfuerzo que debe ampliarse son los acuerdos de gestión donde el financiamiento sigue a los resultados pactados. Los líderes institucionales y de las organizaciones deben proveer una visión compartida y propia para éstas, que esté alineada al conjunto nacional y que se refleje en las decisiones para crear un entorno recíproco en donde la gestión de recursos se oriente a logros.

La característica fundamental del liderazgo en los microsistemas o equipos de alto desempeño, es que realmente se desarrolle el trabajo en equipo interdisciplinario hasta convertirse en equipos de alto desempeño que hagan efectiva la calidad y logren los resultados esperados. Se pueden considerar al menos cinco etapas en el liderazgo de los microsistemas<sup>11</sup> como equipos de alto desempeño: a) Crear conciencia de la visión y de la necesidad del cambio, b) Conectar los procesos regulares de trabajo con el enfoque centrado en el paciente y su fa-

milia y crear el sentido de microsistema, c) Responder exitosamente a un reto estratégico, d) Medir el desempeño del microsistema y, e) Instrumentar exitosamente, múltiples ciclos de mejora en la atención de los pacientes y reforzar el sentido de microsistema. A nivel individual, los profesionales de salud, tanto los que atienden a pacientes, como los que realizan funciones de apoyo, directivos y administradores, deben ser sensibles y reflexionar sobre los cambios que necesitan realizar para hacer de la calidad una realidad en su práctica cotidiana.

**Cultura organizacional.** Se requiere comprender la multiculturalidad en cada nivel, a fin de que el liderazgo estratégico tome las decisiones pertinentes en la forma de instrumentar las políticas, programas, estrategias y acciones para el logro de calidad. Resulta entonces imprescindible el encuentro interdisciplinario y multinivel de líderes comprometidos con la calidad en foros donde confluyan los entornos gubernamentales, asistenciales, académicos, gremiales y de investigación, así como representantes de la sociedad organizada. El gran reto es construir consensos entre los profesionales de la salud para aplicar en los microsistemas la filosofía de calidad efectiva, de manera que se reduzcan las variaciones innecesarias en la atención de la salud, se mantenga la actitud de aprendizaje continuo que adopte y adapte el nuevo conocimiento basado en las mejores evidencias para mejorar la atención y los resultados, y se gestionen y apliquen los procesos y recursos con enfoque centrado en el paciente y su familia. Una experiencia asimilada es que los incentivos deben orientarse a aquellas prácticas que se desea establecer, por ejemplo, la adopción y aplicación regular de las guías de práctica clínica por los equipos de trabajo convertidos en microsistemas de alto desempeño.

**Desarrollo de microsistemas en equipos de alto desempeño.** Al interior de los establecimientos y organizaciones de salud se establecen los procesos de atención en donde el paciente y los usuarios son o deben ser el centro hacia donde se dirigen las acciones y los resultados esperados. En la medida en que se desarrollen equipos de salud auto-gestionados y orientados hacia la calidad efectiva, se alcanzarán los propósitos del Sistema Nacional de Salud. Los equipos de trabajo se definen aquí como un conjunto de personas que comparten propósitos y objetivos de trabajo, que en ese sentido son interdependientes, comparten responsabilidades para alcanzar los resultados planeados con reglas definidas, y una identidad común propia<sup>14</sup>. Se debe determinar su composición con enfoque de procesos, incluyendo el tamaño del equipo de acuerdo con las

tareas y la participación interdisciplinaria, eliminando las barreras de integración y de comunicación efectiva del equipo –esto incluye la reducción de los efectos negativos de las diferencias jerárquicas–, el establecimiento preciso de las reglas o criterios de funcionamiento del equipo, de las responsabilidades individuales de cada miembro, así como del equipo en el entorno de la organización, liderazgo efectivo y manejo constructivo de conflictos. También es importante recordar lo mencionado anteriormente para este nivel, en relación con la necesidad de la autogestión de los equipos, y que implica la definición de su grado de autonomía, dependiendo de la importancia y complejidad de la tarea, la retroalimentación sobre su desempeño, las competencias requeridas. Es un principio básico humano que el sentido de pertenencia nos mueve al compromiso y la responsabilidad para mejorar el desempeño y los resultados.

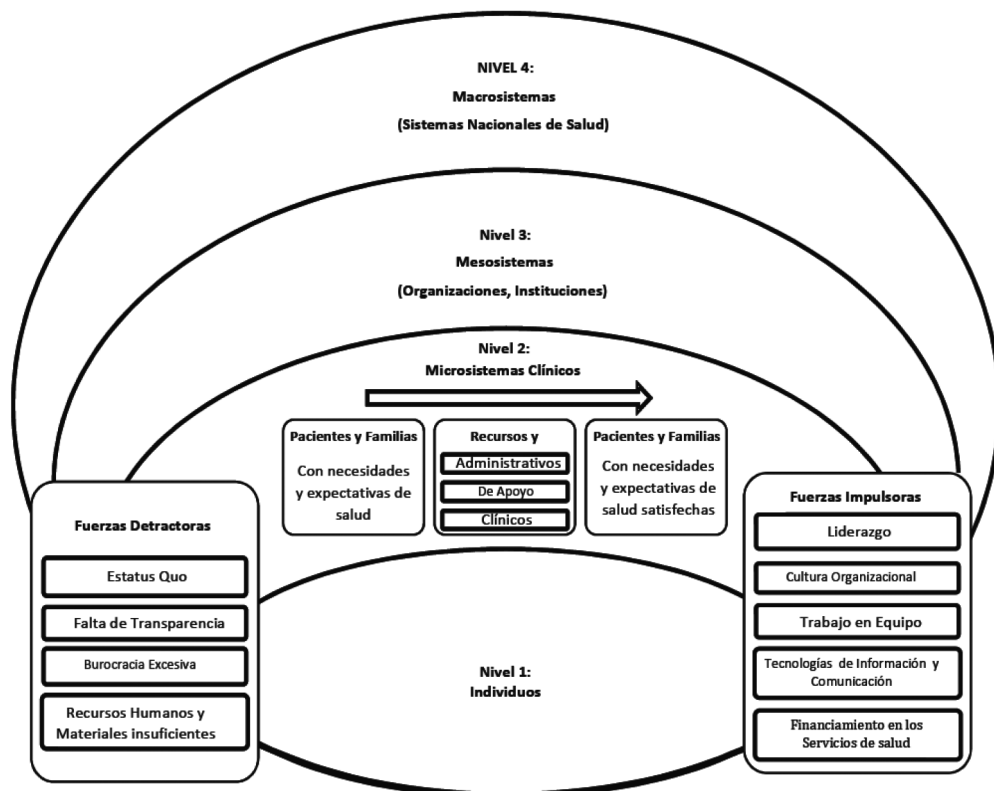
**Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC).** Es necesario intensificar los esfuerzos para que el Sector Salud incorpore los avances del conocimiento en esta materia en beneficio de los pacientes y la población en general. Un caso particular y esencial es la necesidad de instrumentar en forma generalizada el expediente clínico electrónico, que además de facilitar la atención integral, segura y efectiva, logre mantener los criterios de confidencialidad y portabilidad de la información –elementos indispensables en el fortalecimiento de las redes de servicio en un sistema de salud que avanza hacia la universalización de sus servicios–, además de integrar las herramientas informáticas para las telecomunicaciones y gestión integral de procesos no solo clínicos sino administrativos que haga más eficiente el desempeño de los microsistemas, mesosistemas y macrosistema de salud.

Otras posibilidades son el uso de Internet para comunicar a los equipos de salud con sus pacientes, con propósitos de educación para la salud y manejo de padecimientos con enfoque preventivo. Esto puede resultar en mejora de la oportunidad y efectividad de la atención con un enfoque de atención continua en las personas que padecen principalmente enfermedades crónicas, y fortalecimiento de las relaciones médico-paciente que disminuya también la demanda de servicios en las instalaciones de las unidades médicas y el costo de la atención. Otro aspecto importante es que las herramientas informáticas posibilitan que la información se utilice con propósitos epidemiológicos, de rendición de cuentas, de evaluación y seguimiento de la calidad y de los resultados en los diferentes niveles de atención.

**Financiamiento en los servicios de salud.** Resulta de vital importancia la reestructuración en el esquema del financiamiento de los servicios de salud para hacer eficaz y eficiente la gestión y la aplicación de los recursos. Aunque se ha avanzado en un esquema de financiamiento que da pie a la cobertura universal en la prestación de servicios de salud, es indispensable generar sistemas que permitan la planeación y aplicación de los recursos basados en esquemas de atención, abastecimiento, resultados e incentivos, en virtud de que actualmente la preocupación ha sido la cobertura universal, pero se ha dejado al descubierto el componente de calidad, que si bien es cierto que la calidad de la atención enfocada al paciente y su familia es importante, también lo es la aplicación de los recursos. La falta de planeación o una mala asignación de los recursos pueden repercutir significativamente en la calidad, por ejemplo, en el desabasto de medicamentos, o en la falta de insumos o de personal en salud, tanto en suficiencia como en competencias profesionales.

A continuación se muestra un esquema que ilustra los conceptos del modelo de múltiples niveles para el cambio en salud trabajando en conjunto con las fuerzas impulsoras y detractoras para la mejora de la calidad efectiva de los servicios de salud.

MODELO MULTINIVEL PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN



Modificado de Ferlie, Shortell, Nelson y Batalden

## CONCLUSIONES

El Sistema Nacional de Salud Mexicano tiene un poco más de una década de haber iniciado su incursión, de manera sectorial, en la gestión de calidad de los servicios de salud. En sus primeros objetivos estratégicos, se estableció la necesidad de posicionar la calidad en salud como un valor del sistema, para luego establecerla como parte de la agenda permanente de la política nacional en salud. Ahora toca impulsar más el enfoque hacia la obtención de logros en la atención efectiva de la salud en la población mexicana. Se requiere fortalecer la coordinación intrasectorial e intersectorial, más por el convencimiento de las instituciones de fortalecer el bien común, que por medio de la regulación, aun-

que se requieren adecuaciones estructurales y funcionales para establecer una metodología homogénea en la gestión de calidad que privilegie la importancia del bienestar y desarrollo humano de los pacientes y sus familias, así como de los prestadores de servicios. Una propuesta razonable y probada en otros países, es el modelo multinivel centralizado en los microsistemas clínicos, donde la relación equipo de salud y pacientes con sus familias adquiere su máxima intensidad e importancia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Report From the Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academies Press.
2. Sitio web: <http://www.who.int/patientsafety/es/>. (s.f.).
3. Ferlie EB, S. S. (2001). Mejorando la calidad de la atención a la salud en el Reino Unido y los Estados Unidos de Norteamérica: Un marco para el cambio, *Milbank Quarterly*, Vol. 79, No. 2. Recuperado el 08 de marzo de 2013, de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751188/pdf/milq\\_206.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751188/pdf/milq_206.pdf)
4. Aguirre Gas, H. (2002). *Calidad de la Atención Médica* (Tercera Edición ed.). México.: (CISS), Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Noriega Editores.
5. Aguirre Gas, H. (2004). Principios Éticos de la Práctica Médica. *Cir. Ciruj*, 72:503-510.
6. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2006). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París, Francia.
7. Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud*. México.
8. Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. México.
9. Secretaría de Salud. (2007). *Programa de Acción Específico 2007-2012: Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD*. México.



10. Fajardo DG, Santacruz VJ, Hernández TF, Rodríguez SJ;. (2011). Evaluación de la calidad de los servicios de salud en México, desde una perspectiva de salud pública. *Rev. CONAMED* , 16(3): 114-126.
11. Nelson EC, Batalden PB, Godfrey MM. (2007). *Quality by Design-A Clinical Microsystems Approach* (First Edition ed.). USA: Published by Jossey-Bass.
12. <http://www.clinicalmicrosystem.org>
13. Schein EH. (Feb. de 1990). Organizational Culture, *Psychologist, American*, Vol. 45, No. 2, 109-119. Recuperado el 13 de marzo de 2013, de <http://www.machon-adler.co.il/readers/reader56.pdf>
14. Cohen SG, Bailey DE. (1997). What Makes Teams Work: Group
15. Cohen SG, Bailey DE. (1997). What Makes Teams Work: Group Effectiveness Research from the Shop Floor to the Executive Suite. *Journal of Management*, Vol. 23, No. 3, 239-290. Recuperado el 12 de marzo de 2013, de [http://www.stanford.edu/group/wto/cgi-bin/docs/Cohen\\_Bailey\\_97.pdf](http://www.stanford.edu/group/wto/cgi-bin/docs/Cohen_Bailey_97.pdf)

# LOS RETOS DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD COMO BARRERA PARA EL ACCESO EFECTIVO

*Sebastián García Saisó\**

*Juan Pablo Gutiérrez Reyes\*\**

*Paulina Pacheco Estrello\*\*\**

*Angélica García Otamendi\*\*\*\**

## INTRODUCCIÓN

Se ha definido al acceso efectivo como la posibilidad, ante la presencia de una condición de salud que se percibe como necesidad de atención, de acceder sin barreras a un establecimiento que cuente con capacidad resolutoria y ofrezca un trato digno<sup>1,2</sup>. En este sentido, es claro que la calidad de la atención, tanto desde el punto de vista objetivo como desde la percepción de los usuarios, o potenciales usuarios, representa un elemento necesario para lograr el acceso efectivo.

La calidad en la provisión de los servicios de salud debe generar por lo tanto un efecto en dos vías para favorecer su uso. Por un lado,

---

\* Director General de Calidad y Educación en Salud.

\*\* Director de Estadística del Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública.

\*\*\* Directora de Área, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

\*\*\*\* Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.

la experiencia debe motivar a los usuarios a regresar y recomendar los servicios utilizados para la atención de condiciones de salud, e incluso incrementar la percepción de necesidad de atención. Esto es, una experiencia positiva redundará en una mayor probabilidad de búsqueda de atención ante una condición dada. Por otra parte, para los potenciales usuarios, el efecto de la reputación, debe igualmente incrementar la probabilidad de búsqueda de atención en un establecimiento que ofrece una experiencia positiva a sus usuarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que cada sociedad avanza a ritmos diferentes en el proceso de la cobertura universal, lograda a partir de tres ejes: cobertura geográfica, cobertura de servicios, y cobertura de protección financiera. En el contexto mexicano, el pilar inicial en la construcción de la cobertura universal en salud ha sido el enfocado en la protección financiera, rubro que se vio fortalecido en la reforma de 2003, a través de la conformación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

Indudablemente se ha avanzado de forma importante en este eje, reduciendo el porcentaje de la población sin protección financiera en salud de 57.6% en el año 2000, a 25.43% en 2012, a 18.2% en 2014, de acuerdo a las cifras reportadas por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). No obstante, esta reducción -de cerca del 70%- no se ha reflejado del todo en el elemento sobre el que se busca incidir, a saber, el gasto de los hogares, que pasó de 53% en el año 2000, a 47% para 2013 -lo que solo representa una reducción de 11%-<sup>3,4</sup>. En parte, esta brecha entre las dos reducciones se explica a partir de un aspecto cuantificado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012: alrededor de un tercio de las personas que contaban con protección financiera por esquemas públicos, optaron por servicios de pago en el punto de atención para su última atención ambulatoria.

Las razones son diversas, pero pueden representarse en dos grandes grupos: aquellas relacionadas con la conveniencia de los servicios, esto es, la ubicación, horarios y días de atención, y aquellas relacionadas con la percepción de la calidad de la atención, entre las que se incluye el trato en los servicios. Desde una perspectiva de la toma de decisión por parte de un individuo que percibe una necesidad de atención en condiciones equivalentes del servicio, claramente la decisión estaría dada por la alternativa que presente un menor precio. Los servicios pre-pagados representan un costo cero en el punto de atención, por lo que la decisión de usar servicios que implican pago, refleja la percepción de

deficiencias en los servicios para los que se cuenta con acceso por el seguro. Adicionalmente, implica financieramente un doble pago: el relacionado con el seguro y el de punto de contacto.

En este sentido, un elemento adicional entre los ejes para la cobertura universal es justamente la calidad de la atención, como requisito para que ocurra el uso efectivo, esto es, que los servicios para los que la población con aseguramiento en salud cuente con atención pre-pagada sean utilizados como primera opción para la atención de necesidades de salud.

La calidad de la atención en salud es una condición necesaria para que el uso de los servicios de salud genere producción de salud, y en un sentido previo, son justamente la percepción de la calidad y la calidez de los servicios, aspectos centrales en la decisión tanto de la búsqueda de atención como de la selección de proveedores para la misma.

En la ruta hacia la cobertura universal de salud, generar las condiciones para que la población que cuenta con un esquema de protección financiera en salud haga uso de los servicios pre-pagados resulta un paso necesario.

En este capítulo, se revisará en la siguiente sección la evidencia empírica existente para el caso de México sobre los elementos de calidad y calidez de la atención, que constituyen barreras para el acceso a los servicios de salud, para después revisar las herramientas implementadas y en proceso de implementación que desde el ente rector de la calidad, la Secretaría de Salud, se llevan a cabo para incidir en dichas barreras. Finalmente, se presentarán a manera de conclusión elementos que resaltan las razones por las cuales se espera que el abordaje en curso logrará efectivamente incidir de forma positiva en la calidad de la atención a la salud en México, y en ese sentido, favorecer el acceso efectivo.

## SITUACIÓN EMPÍRICA

Diversos estudios han documentado retos importantes en la calidad de los servicios de salud en México. Si bien la información disponible es más abundante en lo que se refiere a los servicios públicos, igualmente existe evidencia sobre los desafíos en cuanto a la calidad de servicios que se presentan en el sector privado.

Cabe destacar que la información disponible obtenida por fuentes externas, esto es, no dependientes del auto-reporte de los establecimientos, en algunos casos no contiene datos actualizados y las condiciones podrían haberse

modificado en los años recientes. No obstante, permite ofrecer un panorama detallado sobre la situación a partir de la información más actual disponible.

La información obtenida sobre las condiciones estructurales de los servicios públicos de atención ambulatoria refleja limitaciones importantes que afectan la capacidad para la prestación de servicios. Un análisis publicado recientemente señala que a pesar del crecimiento en la capacidad instalada entre 2008 y 2013, se identifica la persistencia en la cobertura poblacional heterogénea de los servicios ambulatorios públicos destinados a la población sin seguridad social, con un acceso en lo general más limitado para la población que reside en zonas rurales<sup>5</sup>.

De acuerdo a dos estudios realizados con relación a la calidad estructural de los servicios de salud que prestan atención a población que forma parte del programa Prospera (antes Oportunidades), en 2007 para zonas rurales y en 2009 para zonas urbanas, un conjunto importante de las unidades de atención ambulatoria públicas no contaban con acceso a servicios básicos; por ejemplo, en las rurales cerca de 30% carecía de agua potable y alrededor de la mitad no tenía conexión a drenaje, en tanto que esta situación era de 2% y 8% para las unidades urbanas, respectivamente.

Para 2013, un análisis que consideró a la totalidad de los establecimientos de atención ambulatoria de los servicios estatales de salud documentó que 13% de los mismos no contaba con agua potable, (15% para los rurales y 4% para los urbanos). 97% de los establecimientos reportaron contar con energía eléctrica, pero con un suministro irregular con cortes frecuentes.

En cuanto a los espacios físicos que de acuerdo a la normatividad deben contar, para las unidades ambulatorias se ha identificado que únicamente la mitad contaba con los espacios completos. Por lo que se refiere a la conectividad, en 2010 se reportó la baja cobertura de comunicación telefónica y de acceso a internet en los establecimientos públicos, llegando a ser prácticamente nulo en algunas entidades<sup>5-7</sup>.

En equipamiento, la información disponible señala que no existe un establecimiento ambulatorio público que cuente con todos los elementos necesarios para la atención de pacientes con diabetes, condición seleccionada como trazadora para el análisis. La información detallada obtenida sobre el equipamiento en los establecimientos identificó la ausencia de equipo básico como básculas, otoscopios y termómetros en un conjunto relevante de establecimien-

tos<sup>6</sup>. Considerando equipamiento con un mayor nivel de complejidad, pero aún dentro de la atención de primer nivel, únicamente 1 de cada 10 establecimientos reportó contar con ecógrafos y electrocardiógrafos. De acuerdo al mismo estudio, solo alrededor del 60% de los establecimientos pueden considerarse como equipados adecuadamente<sup>6</sup>.

En lo que se refiere a los recursos humanos, si se considera como referencia la recomendación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de contar con 25 profesionales de la salud por cada 10 mil personas, y tomando en cuenta a quienes no cuentan con seguridad social, el promedio para el país de acuerdo a los datos de 2013 fue de 11.9/10 000. Únicamente Colima mostró una razón acorde con el parámetro sugerido (26.4).

Adicionalmente, en la atención en los establecimientos públicos para personas sin seguridad social participan de forma importante pasantes de medicina, quienes representan la quinta parte del personal en estos establecimientos, y 80% si se considera únicamente el ámbito rural. Los pasantes sin supervisión de médicos titulados en lo general no cuentan con las herramientas necesarias que les permita ofrecer una atención de calidad. Considerando las diferencias entre entidades, 71% de los establecimientos en Colima y 65% en Sonora son atendidos exclusivamente por pasantes<sup>5,6</sup>.

Por lo que se refiere a la provisión de medicamentos, la información disponible tanto por parte de la organización de la oferta como la que reportan las personas usuarias, indica retos importantes para asegurar la entrega de los mismos. En cuanto a la oferta desde el sector público para la población sin seguridad social, se han documentado problemas durante el ciclo completo, es decir desde la selección de los medicamentos, estimación de necesidades y adquisición, almacenamiento, y distribución, hasta el uso racional de los mismos.

Por cuanto hace a la selección, destaca la existencia de más de un cuadro de medicamentos y el desconocimiento de los mismos por parte del personal de salud, lo que se refleja en la falta de apego a dichos listados en las prescripciones, y en ese sentido en la no entrega a los usuarios. En el almacenamiento se han identificado controles insuficientes para evitar la caducidad, merma o robo, inexistencia o no uso de lineamientos de procedimientos, infraestructura deficiente, y ausencia de sistemas de información adecuados. Finalmente, en lo que se refiere a la dispensación, la entrega de medicamentos de acuerdo a lo reportado por los usuarios en las encuestas de satisfacción del SPSS fue, en 2014,

de 83% de recetas surtidas al 100%, medida a la salida de los establecimientos; en tanto que la medición en hogares, realizada para la ENSANUT 2012, identificó para el mismo indicador un nivel de 65.2%, siendo este porcentaje de 86.1% para usuarios del IMSS y 63.7% para quienes acudieron a los servicios estatales de salud <sup>6-8</sup>.

Un análisis sobre la calidad estructural de los establecimientos de salud rurales que atienden a la población que participa en Prospera, realizado con la información recolectada en 2007, mostró la heterogeneidad que aún existe entre este grupo acotado de establecimientos. De acuerdo a un índice de calidad propuesto, únicamente cerca de 7% de los establecimientos estaría en el grupo de mayor calidad relativa, considerando que en todos los establecimientos se identificaron brechas entre lo normativamente esperable y lo observado. En el lado opuesto, 12.3% de los establecimientos estaban en el grupo de menor calidad estructural. Analizando características de las localidades en las que se ubican los establecimientos con una medida proximal del perfil de los usuarios de los mismos, aquellos establecimientos en localidades con un mayor ingreso promedio tendían a mostrar mejores resultados en términos de la calidad estructural, lo que implica que los mayores retos en términos de la capacidad de los establecimientos para la provisión de servicios con calidad se encuentran en las localidades con mayor vulnerabilidad socioeconómica <sup>7</sup>.

Al analizar la relación entre la calidad estructural de los establecimientos y resultados de salud, el mismo análisis identificó una correlación negativa entre mortalidad infantil y calidad estructural, esto es, los municipios (solo a este nivel se puede contar con datos de mortalidad infantil) con mayores promedios de calidad tenían al mismo tiempo menores tasas de mortalidad infantil <sup>7</sup>.

Por su parte, información obtenida sobre la calidad técnica de la prestación de servicios en unidades de primer nivel de los servicios estatales de salud, ha documentado retos importantes al considerar la atención a condiciones traza-doras. Para el caso de la atención a diabetes, en 2008 se identificó que en 7 de las 32 entidades no se habían registrado mediciones de hemoglobina glucosilada en al menos un expediente de la muestra revisada, y únicamente 43% tenían registros de glucosa en ayunas. De forma consistente, la información de la ENSANUT 2012 mostró que únicamente 25% de los individuos con diagnóstico previo de diabetes tuvieron cifras de hemoglobina glucosilada consistentes con un adecuado control metabólico. Asimismo, únicamente 55% de los expedien-

tes tenía algún registro de revisión de extremidades y solo 35% de revisión de fondo de ojo, cifras consistentes con el reporte obtenido de los usuarios de los servicios en la encuesta de satisfacción del SPSS 2014 de quienes 43% dijeron que nunca les han revisado los pies y 70% que nunca han asistido a un oftalmólogo. Más aún, 86% de los usuarios entrevistados mencionaron que nunca han participado en un grupo de auto-ayuda, una de las estrategias en principio impulsadas para el control de la diabetes <sup>6,8</sup>.

Análisis de la ENSANUT 2012 para otros indicadores, señalan retos importantes relacionados con la calidad de la atención. Así, entre los individuos con un diagnóstico previo de hipertensión arterial y que se encontraban bajo tratamiento, se identificó que únicamente 49% presentaba cifras de presión consistentes con un adecuado control. Cabe destacar que esta proporción fue similar para los usuarios de distintos tipos de afiliación a esquemas de protección en salud, y por tipo de proveedor, incluyendo a los privados <sup>7</sup>. También resalta que entre las personas que contaban con diagnóstico previo de hipertensión, 27% reportaron no estar en tratamiento médico para la misma, siendo entre la población con algún esquema de protección financiera en salud, aquellos en el SPSS con un porcentaje mayor en esta condición, quienes representaron el 33% de la muestra <sup>7</sup>.

Otro indicador que señala retos relacionados con la calidad de la atención es el uso de la cesárea para la atención del nacimiento. En tanto que la OMS ha indicado que un porcentaje esperado de uso de cesárea estaría en el orden de 15%, en México 46.2% de los nacimientos ocurren con esta intervención, misma que genera mayores retos para la salud tanto de la madre como del producto. El uso excesivo de cesáreas se observa en todos los subsistemas de salud con porcentajes que en el caso del sector privado llega a 69.8%, mientras que en el ISSSTE alcanza un 68.4% <sup>7</sup>.

Desde la percepción de los usuarios, de acuerdo a la información generada por la ENSANUT 2012, la atención en los establecimientos privados en comparación con los públicos es más conveniente en lo que se refiere a los tiempos de traslado y para recibir atención, e igualmente más efectiva en cuanto a la percepción de mejora en el estado de salud posterior a recibir atención. Es importante destacar que esta mejor percepción de los servicios privados se da tanto para los consultorios privados como para los consultorios adyacentes a farmacias. En el caso de consultorios privados los adyacentes a farmacias, por



ejemplo, el tiempo de espera se estimó por los usuarios con una mediana de 10 minutos, mientras que para los establecimientos de los servicios estatales de salud la mediana fue de 60 minutos<sup>7</sup>. No obstante, un análisis publicado recientemente señala que los consultorios adyacentes a farmacias en comparación con los consultorios privados independientes cuentan con personal con menor experiencia, y se observó un menor nivel de cumplimiento de la regulación relacionada con la historia clínica y las recetas médicas<sup>9</sup>.

En términos de los sistemas de información para el monitoreo de la calidad, se ha generado el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), herramienta a través de la cual los establecimientos reportan un conjunto de indicadores agrupados en 9 áreas y que se generan a partir de información recolectada mediante mecanismos heterogéneos<sup>10</sup>. Un análisis de los resultados de los indicadores que reporta el INDICAS sugiere que los mismos tienden a reportar valores mayores que los que se obtienen a partir de fuentes alternativas, en particular encuestas nacionales, y que la heterogeneidad entre entidades tiende a ser menor, lo que señala la necesidad de revisar dicho sistema para asegurar la confiabilidad de la información que proporciona<sup>5</sup>.

La situación presentada con relación a la calidad de la atención sugiere retos importantes que se reflejan al menos parcialmente en la decisión de los usuarios sobre a cuáles servicios acceder. En la óptica del acceso efectivo, estos retos se constituyen en barreras para el mismo, ya que se traducen en servicios menos atractivos para la población, tanto en lo que se refiere a la conveniencia de los mismos (horarios, días de atención, ubicación), como en su efectividad (capacidad resolutive).

Esto es, abordar de forma directa la calidad estructural y técnica de los servicios, así como incidir en el trato a los usuarios, son elementos necesarios para hacer atractivos los servicios con financiamiento público a los usuarios y de esta forma conseguir que la resolución de los problemas de salud ocurra en estos establecimientos, los cuales deben ser aprovechados igualmente para acciones de prevención y promoción de la salud, y en este sentido alcanzar el acceso efectivo.

## HERRAMIENTAS DE LA CALIDAD

En los últimos años, en México se han desarrollado diversas estrategias enfocadas en la mejora de la calidad de la atención a la salud, la cual ha sido identifica-

da como un eje central de las acciones del Sistema de Salud, tal como se establece en el Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018. La persistencia de los retos, como se ha mostrado, llaman a mantener y fortalecer las acciones para la cultura de la calidad y seguridad de los pacientes en los distintos niveles de atención.

A partir de un enfoque en procesos, en el cual resulta fundamental el involucramiento de los diversos actores que intervienen, y en el que es necesario considerar no únicamente la calidad técnica, sino también la satisfacción de los usuarios, se tiene el propósito de contribuir a la expansión de la cobertura tanto vertical como horizontal, y en ese sentido promover el acceso efectivo a los servicios de salud para toda la población mexicana.

La magnitud de la tarea llama a un enfoque amplio, que considere acciones en diferentes dimensiones con un propósito común. En particular, el abordaje que se plantea desde la instancia rectora del Sistema de Salud se centra en la implementación de cuatro herramientas complementarias y sinérgicas, que en la actualidad presentan un impacto limitado al no desarrollarse en forma integrada. Éstas buscan incidir de forma efectiva en la calidad de la atención en el Sistema Nacional de Salud y son las siguientes:

1. Marco regulatorio en materia de calidad en salud;
2. Definición de estándares que garanticen la calidad en la prestación de los servicios de atención médica;
3. Vigilancia y seguimiento al cumplimiento de la regulación y estándares; e
4. Incentivos a los proveedores de acuerdo a resultados, y cumplimiento de la regulación y estándares.

La integración funcional de estos cuatro elementos fundamentales permite generar un entorno favorable para el desarrollo de la calidad en la prestación de servicios de salud, con regulación basada en evidencias y transparente para garantizar los mínimos necesarios para ofertar servicios seguros y efectivos. Es decir, como plataforma básica para la operación, limitando así las desviaciones negativas en la calidad de la prestación de servicios, y proveyendo de estímulos que orienten hacia la implantación de mejores prácticas, la innovación y la mejora continua. Si bien este enfoque, que tiene su origen en el conductivismo propuesto por Frederic Skinner ha sido ampliamente utilizado en los esquemas de mejora organizacional en el mundo<sup>11</sup>, en México, la falta de vinculación, y

seguimiento en su implementación así como un monitoreo deficiente del cumplimiento, han condicionado la alta heterogeneidad en la calidad de los servicios de salud.

## MARCO REGULATORIO

En cuanto a la normatividad en materia de calidad en salud, se requiere un marco regulatorio estricto, transparente y transversal a nivel nacional. Esto es, establecer un marco jurídico y un entorno en el cual existan mecanismos para que la planeación, operación y evaluación de las acciones de salud se emprendan con un enfoque sectorial, que asegure la consolidación de la regulación efectiva de los establecimientos de atención médica y que facilite la distribución y coordinación de competencias entre la federación y las entidades federativas.

Actualmente, existen esquemas dirigidos a establecer una garantía mínima de calidad en la provisión de atención médica. Este es el caso de la acreditación de establecimientos que prestan servicios al SPSS (mejor conocido como Seguro Popular), de cuyo proceso está a cargo de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud (SS). Aunque la acreditación *“es un requisito para participar en el Sistema de Protección Social en Salud, su observancia se requiere por una sola vez para participar en el Sistema, los indicadores de evaluación que utiliza son mínimos y sus resultados no tienen ningún impacto sobre las decisiones del público”<sup>12</sup>*. Además, se desarrolla sin una partida presupuestaria asignada que permita garantizar las labores de supervisión y vigilancia, lo cual condiciona deficiencias en su operación y la obtención de resultados, pese a ser una obligación descrita en el artículo 77 bis 5 de la Ley General de Salud.

En este sentido, México ha iniciado cambios sustanciales en el abordaje de la acreditación como garantía de calidad para los establecimientos que otorgan servicios al Seguro Popular; de tal forma que no tenga una vigencia indefinida y no solo se evalúe a las unidades respecto de aspectos estructurales, sino también respecto de elementos de seguridad del paciente y desempeño de su gestión.

## DEFINICIÓN DE ESTÁNDARES

La definición de estándares de equipamiento, personal de salud, infraestructura y nivel resolutivo, es el primer paso encaminado a la homologación de la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud. De ahí la importancia del

establecimiento de niveles estandarizados de calidad para todo el sector salud, como un eje transversal en la atención de la población.

En la actualidad, existen herramientas que buscan minimizar la variabilidad de la atención entre establecimientos de salud. Tal es el caso de las Guías de Práctica Clínica (GPC), definidas como *“elementos de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica”*<sup>13</sup>. A pesar de que son desarrolladas por grupos de trabajo sectoriales, mediante una metodología consensuada, su aplicación no es obligatoria. Un estudio reciente señala que las GPC en lo general presentan deficiencias en cuanto a su calidad formal, particularmente en lo que se refiere a su aplicabilidad y rigor en la elaboración. Asimismo, en una muestra reducida de establecimientos se documentó un uso muy limitado de las mismas, y confusiones entre el personal entre los diferentes documentos relacionados con la atención, esto es las propias GPC, las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) y los protocolos de atención de los diferentes programas<sup>14</sup>.

En el marco del proceso de acreditación, al mes de julio de 2015, existían 39 cédulas de evaluación con criterios que deberán cumplir los establecimientos que deseen ser acreditados para prestar servicios al SPSS. Dichos criterios varían de acuerdo al tipo de establecimiento o intervención de que se trate, pero en términos generales se enfocan a: personal, registros, equipamiento, infraestructura, insumos, medicamentos, y servicios de apoyo. A partir del año 2015, se actualizó su enfoque, mediante la inclusión de criterios basados en las seis metas internacionales sobre seguridad del paciente.

Aunque se tiene un avance considerable en la definición de estándares de calidad en la prestación de los servicios de atención médica, la obligatoriedad de su cumplimiento no es generalizada y en el caso de los criterios de acreditación solo aplican para los prestadores del SPSS.

La definición de estándares claros y vigilables permite disminuir desviaciones y fomentar el desarrollo de ambientes seguros. En este sentido es importante reconocer la importancia de la seguridad en dos sentidos complementarios: para el paciente, en relación a los riesgos inherentes a la atención médica; pero también en el fomento de entornos seguros para la prestación de servicios de salud, en un contexto que ha evolucionado y presenta un alto grado de judicialización con repercusión directa en los prestadores de servicios.

## VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Si bien los prestadores de servicios al SPSS han sido evaluados al menos una vez, hasta hace poco eran limitados aquellos que hubieran sido objeto de visitas de seguimiento que permitieran constatar que a lo largo del tiempo mantienen los requisitos mínimos indispensables para continuar otorgando servicios a la población beneficiaria del Seguro Popular.

En la actual administración de la Secretaría de Salud, se han iniciado acciones encaminadas a cumplir con tan importante labor. Es así que, por primera vez desde que se instauró el proceso de acreditación, al mes de julio de 2015, se habían suspendido 10 dictámenes de acreditación a establecimientos que al momento de ser supervisados no cumplían con los requerimientos indispensables, lo que implica que no podrán acceder a recursos financieros del Seguro Popular para la prestación de los servicios correspondientes, en tanto se regulariza su situación.

Sin embargo, las funciones de vigilancia continúan limitándose a los prestadores de servicios del Seguro Popular, quedando fuera el 50% de los establecimientos del país que dan atención médica. Es decir, existen establecimientos que pudieran estar operando, sin contar con las condiciones necesarias.

Por cuanto hace al seguimiento, la DGCES cuenta con el INDICAS, a través del cual se ha logrado monitorear el desempeño de 11,498 unidades médicas de la SS<sup>10</sup>, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), IMSS-Oportunidades y otras instituciones del Sector Salud en diversos temas de calidad. Como se señaló, se han documentado diferencias sustanciales entre los resultados del INDICAS y los resultados de otras fuentes oficiales de información, situación que ha servido de indicativo para iniciar una revisión a profundidad del porqué de esas diferencias.

En este contexto, se debe continuar trabajando a fin de lograr la consolidación de esquemas que permitan vigilar el cumplimiento de las normas aplicables a los prestadores de servicios de salud y dar seguimiento al desempeño de los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, así como a los compromisos y corresponsabilidades entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales. Para lograrlo, se deberán fortalecer los mecanismos vigentes de supervisión y analizar el sistema actual de indicadores de calidad en salud, así como desarrollar e implementar indicadores estratégicos que permitan la medición de otras dimensiones transversales que impacten en la calidad en salud.

## INCENTIVOS A PROVEEDORES

Vale la pena resaltar el papel que pueden tener los incentivos que se puedan otorgar a los establecimientos que demuestren un adecuado cumplimiento de la regulación y estándares, así como en resultados de salud. Los incentivos permiten que una vez atendidos los aspectos estructurales de los establecimientos, se puedan impulsar prácticas apropiadas de atención, esto es, seguimiento de la normatividad y estándares, y a la vez trato apropiado a los usuarios.

Recientemente, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), recomendó a México explorar la implementación de esquemas de incentivos como una herramienta útil para incrementar la efectividad del sistema mostrada en resultados en salud<sup>15</sup>. En otros contextos se ha documentado que los incentivos a los proveedores generan ganancias en indicadores de salud adicionales al incremento de recursos, es decir que además de un mayor financiamiento, se generan otros resultados de tipo motivacional<sup>16</sup>.

En el contexto Latinoamericano, una de las experiencias más interesantes en lo que se refiere a los incentivos es el Plan SUMAR (previamente Plan Nacer) en Argentina. Esta perspectiva involucra financiamiento basado en resultados y esquemas de monitoreo fortalecidos y ha logrado, con un monto limitado de recursos de alrededor de 1% del presupuesto de salud, inducir cambios relevantes en la calidad de la atención, medida a través de indicadores de desempeño. Los recursos adicionales que SUMAR moviliza se canalizan directamente a los establecimientos de salud, desde donde se decide el uso de los mismos, desde incentivos a los prestadores, hasta mejoras en los establecimientos<sup>17</sup>.

Hasta la fecha, lo que se ha desarrollado por parte del sector público en México es el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud. No obstante, dicho esquema no cuenta con un mecanismo que vincule resultados en salud, sino que es más bien un mecanismo para financiar iniciativas de mejora, es decir, suple una función presupuestal.

Cabe destacar las estrategias que a nivel nacional se han desarrollado en los últimos años en materia de calidad en salud, tales como la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), que fue lanzada oficialmente en el año 2001, y posteriormente, la implantación del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

Actualmente, está en vigor la Estrategia Nacional para la Consolidación de

la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Salud, bajo la operación de la DGCES, la cual, a través de sus seis componentes, “busca contribuir a elevar la calidad, coadyuvando a brindar servicios de salud seguros y eficaces a la población que se atiende en las instituciones del Sistema Nacional de Salud”<sup>18</sup>.”

**FIGURA 1. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA NACIONAL PARA LA CONSOLIDACIÓN DE LA CALIDAD EN LOS ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS DE SALUD**



Fuente: Elaborada por los autores, con información de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Salud

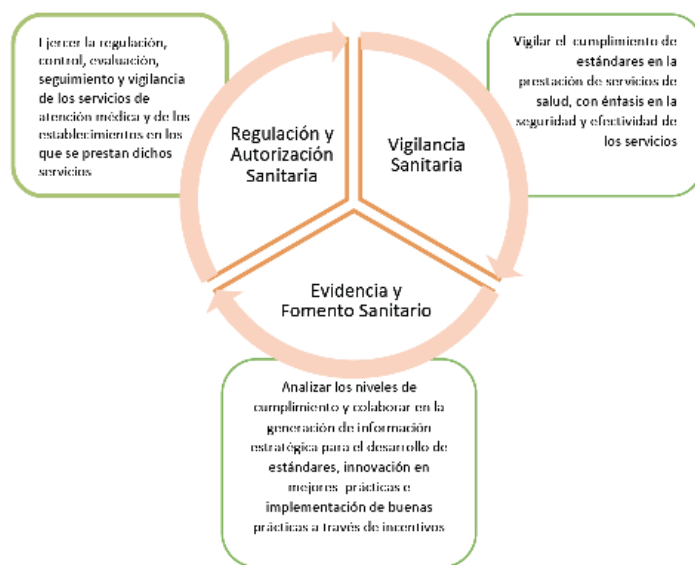
Como se muestra en la Figura 1, dicha Estrategia contempla varios de los frentes que se han reconocido como relevantes para la consecución de servicios de salud con calidad, los cuales reestructurados y/o fortalecidos conforme a lo planteado en los párrafos anteriores, tendrán un mayor impacto en pro del acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Entre ellos, mecanismos que incentivan la innovación y la mejora continua.

Tal es el caso del programa de financiamiento a establecimientos de atención médica y áreas de calidad de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud para la implementación de proyectos de mejora en materia de gestión, capacitación e investigación. Además, existe un reconocimiento anual

de las unidades que cuentan con modelos de gestión de calidad maduros, a través del Premio Nacional de Calidad en Salud.

Bajo este contexto, y retomando el hecho de que en la actualidad los procesos de regulación, vigilancia y definición de estándares no están integrados, se advierte como necesaria la creación de una instancia en la que converjan estos tres elementos fundamentales para lograr la garantía de calidad en los establecimientos de salud, tal como se muestra en la Figura 2.

**FIGURA 2. ATRIBUCIONES GENERALES DE LA INSTANCIA QUE INTEGRE PROCESOS DESARTICULADOS VINCULADOS CON LA CALIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**



Fuente: Elaborada por los autores, con información de la propuesta de iniciativa de reforma a la Ley General de Salud

Finalmente, es importante destacar la incidencia de otros factores en la calidad de los servicios de salud, por lo que se debe buscar el impulso por parte de actores clave, en los distintos niveles de responsabilidad del Sistema Nacional de Salud, para fortalecer la infraestructura y recursos para la salud; asegurar la disponibilidad de insumos eficaces y seguros; y contar con sistemas de información adecuados.



## CONCLUSIONES

El Sistema de Salud en México se enfrenta actualmente con el reto de proporcionar cobertura universal en salud con calidad a toda la población del país, tanto como responsabilidad para el adecuado cumplimiento de la responsabilidad para asegurar los derechos sociales que emanan de la Constitución, como por la inversión en capital humano que permitirá potenciar el desarrollo del país.

Para lograrlo, es necesario impulsar el acceso efectivo, para lo cual es indispensable asegurar la calidad en la prestación de servicios de salud, que no debe estar supeditada al sector al que pertenece tal o cual establecimiento (público, social o privado). Las acciones que se emprendan no deberán limitarse a los establecimientos que prestan servicios al SPSS, sino que deberán ser de carácter sistémico, incluyendo a los establecimientos operados por el sector privado. Teniendo en el centro el cumplimiento cabal del derecho humano a la protección de la salud, establecido por el artículo cuarto de la Constitución Política del Estado mexicano. Este derecho debe incluir la protección de los ciudadanos incluso de los riesgos inherentes de la atención médica desarrollada por las instituciones y establecimientos de salud.

En este sentido, se ha identificado la necesidad de lograr una mayor articulación en los procesos que inciden en la calidad de la prestación de los servicios de atención médica, para que los esfuerzos en cuanto a regulación, estandarización, vigilancia y seguimiento, tengan un impacto real. Esto hace imprescindible que se replantee la manera en la que hasta la fecha se han llevado a cabo dichos procesos, mediante la integración de las funciones, que actualmente se encuentran dispersas, en una misma instancia administrativa, como un mecanismo que contribuya a lograr que la calidad se encuentre de manera universal en el sistema de salud. Dicha instancia permitirá la convergencia de los elementos fundamentales para lograr la garantía de calidad en los establecimientos de salud en todo el entorno nacional.

Asimismo, se debe continuar innovando en estrategias para incentivar a aquellos establecimientos que muestran un desempeño destacado, contribuyendo así a la consolidación del acceso efectivo a servicios de salud con calidad. A través de este abordaje, que justamente en la visión comprehensiva se diferencia de experiencias previas, se contribuirá al acceso efectivo, haciendo que

por su capacidad resolutoria y trato digno, los servicios resulten atractivos y la población acuda a los mismos al presentar necesidades de atención. El acceso efectivo impulsará entonces una real cobertura universal en salud en México, como derecho de todas y todos los mexicanos, y como una poderosa inversión para el México incluyente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*. 2015;57:180-6.
2. Gutierrez JP, Garcia-Saiso S, Dolci G, Avila M. *Effective access to health care in Mexico*. *BMC Health Services Research*. 2014;14(1):186.
3. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Pública de México*. 2013;55:S83-S90.
4. CONEVAL. Medición de la pobreza en México y en las entidades federativas 2014. México, D.F.: Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social, 2015.
5. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, et al. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP; 2014.
6. Secretaría de Salud. Observatorio de los Servicios de Atención Primaria 2012. México, D.F.: Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud; 2013.
7. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
8. INSP. Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2014. Resumen ejecutivo. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015.
9. Díaz-Portillo SP, Idrovo AJ, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B, Wirtz VJ. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y

- características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública Mex.* 2015;57(4):320-8.
10. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud [Internet]. Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud. 2015 [acceso 23/Ago/2015]. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>
  11. Blauth C, Perrin C. *Como la Motivación Interna Fomenta el Desempeño: Coaching Redefined - Un nuevo enfoque.* Madrid, España: AchieveGlobal (España); 2011.
  12. Juan M, Moguel Ancheita A, Valdés Olmedo C, González Pier E, Martínez González G, Barraza Llorens M, et al. Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México.* 2013;55:1-64.
  13. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica [Internet]. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Secretaría de Salud. 2015 [acceso 23/Ago/2015]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
  14. Saturno PJ, Agüero L, Fernández M, Galván A, Poblano O, Rodríguez AL, et al. Evaluación de guías de práctica clínica para el primer nivel de atención. Calidad formal y apego a las guías de práctica clínica sobre síndrome metabólico y salud materno-infantil. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2015.
  15. OCDE. *Perspectivas OCDE: México Reformas para el Cambio:* OCDE; 2012 [acceso 10(nov/2015)]. Disponible en: <http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>
  16. Gertler P, Vermeersch C. *Using performance incentives to improve health outcomes.* Policy Research working paper Washington, D.C.2012.
  17. Sabignoso M. *SUMAR: Avanzando hacia la cobertura universal y efectiva en salud 2014.*
  18. DGCES/SS. *Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Salud.* México, D.F.: Secretaría de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud; 2014.

# POLÍTICA DE CALIDAD EN SALUD EN MÉXICO

*Odet Sarabia González\**

*Sebastián García Saisó\*\**

*Eduardo Cabrero Castro\*\*\**

*Pablo Moreno Sánchez\*\*\*\**

*Francisco Javier Mayer Rivera\*\*\*\*\**

*Magdalena Delgado Bernal\*\*\*\*\**

## INTRODUCCIÓN

La calidad en la atención a la salud se ha convertido en un desafío para los sistemas de salud en todo el mundo, inclusive ha sido considerada como la tercera revolución en la salud global. A nivel macro-sistémico alcanzar el equilibrio para lograr un acceso efectivo, -con un costo razonable cubriendo las necesidades de la población (personas), coadyuvando a que la población mantenga su salud y una calidad de vida óptima, en donde la experiencia al transitar por el sistema de salud sea satisfactoria y se reciba un trato adecuado y digno, ofreciendo servicios confiables y seguros- necesita de una gran coordinación entre distintos actores no solo en el sector salud sino también en otros ámbitos como son el educativo, económico, cultural por mencionar sólo algunos. Aún en los

\* Directora General Adjunta de Normatividad y Gestión de Recursos Humanos en Formación.

\*\* Director General de Calidad y Educación en Salud.

\*\*\* Subdirector de Investigación y Enseñanza en Seguridad del Paciente, DGCES.

\*\*\*\* Subdirector de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.

\*\*\*\*\* Subdirector de Acreditación y Garantía de la Calidad, DGCES.

\*\*\*\*\* Directora de Seguridad del Paciente, DGCES.

países que han logrado un gran avance en su vigilancia y fortalecimiento, la calidad continúa siendo un reto, ya que los resultados no siempre son homogéneos ni adecuados o bien es difícil el control de los costos.

Una deficiente calidad en la prestación de servicios de salud se puede manifestar de diversas maneras. El mayor reflejo se observa al no lograr el resultado esperado. La no-calidad puede expresarse en términos de falta de accesibilidad, oportunidad, inequidad, ineficiencia, inseguridad, no satisfacción de los profesionales de la salud y de los usuarios (que puede verse a través de quejas médicas), años de vida saludable perdidos, eventos adversos e incluso la pérdida de la vida. También se puede observar en la aplicación de cuidados innecesarios, indebidos (sobre-utilización de los recursos) o inseguros.

A nivel meso-sistémico cada establecimiento debe contar con un sistema de gestión de calidad que le permita primero conocer a su población, sus necesidades, realizar su planeación estratégica y operativa para poder ofertar los servicios de acuerdo a las necesidades de su población, después, ejercer el liderazgo para ser una organización confiable y segura en donde prevalezca la cultura que fomente la atención centrada en el paciente y en la población, así como la seguridad del paciente. El sistema de gestión de calidad permitirá contar asimismo con sistemas de información confiables que permita la toma de decisiones, la constante innovación en sus procesos con un enfoque hacia la mejora continua y mecanismos para el desarrollo de la responsabilidad social, y que proporcione resultados de valor.

A nivel micro-sistémico, a lo largo de la vida de un individuo el desenlace del mantenimiento o no de su salud y la calidad de vida de la que podrá gozar pueden variar. Esto depende de varios factores, incluyendo el educativo, cultural, económico. El sector salud es responsable de la prevención primaria y la promoción a la salud, pero la decisión del individuo en cuanto al estilo de vida a seguir, también representa un factor fundamental.

Cuando la prevención primaria falla, puede presentarse la enfermedad, ya sea de manera aguda o crónica. En los padecimientos agudos se dará un tratamiento y, de ser necesario, una rehabilitación para que el paciente recupere su salud. Sin embargo, si éste ya no se encuentra en la misma posición, tendrá que entrar en un estado de adaptación, es decir en un estado de homeorresis. En el caso de los padecimientos crónicos, la necesidad de atención será permanente, se controlarán los síntomas, se dará rehabilitación, y se aplicará la prevención terciaria, quedando de igual forma el individuo en un estado de homeorresis.

Si a esto sumamos los riesgos inherentes a la atención a la salud dentro de los establecimientos médicos en los cuales se puede ocasionar un daño, los pacientes tendrán que pasar por tratamientos, estancias hospitalarias no contempladas inicialmente y la necesidad nuevamente de adaptarse a su nueva vida. Todo esto lleva a costos que podrían y deberían evitarse.

Para lograr que la población mantenga su salud y goce de la mejor calidad de vida posible, se tienen que hacer intervenciones tanto en el nivel macro como en el meso y micro sistémico.

En este sentido, la innovación disruptiva, es decir, introducir una nueva tecnología o modelo organizacional que cause que el mercado existente cambie de manera fundamental (Christensen 2009), juega un papel central, dado que es necesario crear nuevos mecanismos para poder otorgar servicios que sean menos costosos y de calidad, que permitan a los profesionales proporcionar mejores servicios en entornos asequibles y que se involucren con los pacientes en su propio cuidado.

A efecto de dar respuesta a las necesidades de salud de la población, los órdenes de gobierno legislativo y ejecutivo se han dado a la tarea de sentar las bases para lograr que se articule una política nacional de salud. La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), tiene dentro de sus atribuciones dictar la política de calidad en la atención a la salud para nuestro país. Con ella se pretende lograr:

- Salud a la población
- Acceso efectivo
- Organizaciones que sean confiables y seguras
- Una experiencia satisfactoria en la utilización del sistema de salud por la población.
- Un costo razonable en la atención a la salud, evitando la sobre y la subutilización de los recursos.

Para lograr lo anterior, la DGCES ha dado un giro a la forma de enfrentar el desafío. Por un lado, atacándolo a través del fomento a las buenas prácticas en salud, que han demostrado facilitar el ofertar servicios médicos de calidad, seguros y oportunos, y por otro lado a través de la concentración de esfuerzos para promover la innovación disruptiva en los temas prioritarios de salud como son la diabetes mellitus, la obesidad, la hipertensión arterial, el cáncer cérvico-ute-

rino, el cáncer de mama, el cáncer en la infancia y la adolescencia, las enfermedades mentales, el infarto agudo al miocardio y la prevención de la mortalidad materna, de tal forma que una vez encontrados proyectos innovadores exitosos se puedan escalar a nivel nacional y tener un mayor impacto para lograr que la población tenga una mejor calidad de vida.

Aunado a lo anterior y con la finalidad de facilitar que los establecimientos de salud garanticen la atención médica con calidad, es necesario el desarrollo de incentivos y herramientas que favorezcan la mejora continua, como son la capacitación y desarrollo de competencias por parte de los profesionales de la salud, así como documentos normativos que respalden estas acciones, entre otros.

## ANTECEDENTES

La relación médico-paciente nace desde que enferma el hombre y otro individuo trata de curarlo. Este fundamento de atención médica, existe desde las culturas primitivas, en las que el brujo de la tribu, por medio de rituales, expulsaba del cuerpo del enfermo los espíritus que producían el mal.

Hacia 1800 A.C., con la finalidad de normar la atención médica nace la regulación sanitaria con el Código de Hammurabi, una recopilación de leyes y normas administrativas, en la que se describen las responsabilidades en que incurren los médicos en el ejercicio de su profesión, así como los castigos dispuestos en caso de mala praxis.

La descripción de la primera receta conocida. “Muélase hasta formar polvo la madera del peral y la flor de la planta de la luna, disuélvase todo en vino y dese a beber al paciente” se tiene documentada en Asiria, en las tablillas recopiladas por Asurbanipal (669 – 626 A.C.) encontradas en la biblioteca de Nínive. A partir de estas tablillas se ha podido intuir la concepción de la salud y la enfermedad en aquel período.

Para el siglo V A.C. Heródoto llegó a llamar a los egipcios el pueblo de los “sanísimos”, debido al notable sistema sanitario público que poseía, y a la existencia de “un médico para cada enfermedad” (primera referencia a la especialización en campos médicos). En el mismo siglo, Hipócrates desarrolla “El juramento Hipocrático” en el que estableció las bases para la ética y conducta médica, cuyo fin era mejorar su práctica y sus resultados, postulados que siguen vigentes en la actualidad.

Para el siglo XIII de nuestra era, la primera escuela de medicina del mundo en Salerno, Italia establece regulaciones del trabajo médico que contenían elementos de auditoría.

Por su parte, las primeras reflexiones relacionadas con el control de las infecciones, fueron realizadas por Florence Nightingale en 1865, quien durante la guerra de Crimea planteó que las leyes de la enfermedad podían modificarse si se relacionaban los resultados con el tratamiento.

Para el siglo XVIII, Immanuel Kant introduce el concepto de autonomía ética pues introduce la noción de que es fundamental que consideremos a los demás libres para elegir, y en consecuencia debemos respetar sus decisiones. El primer caso documentado en el que se consideró que el enfermo tenía autonomía para tomar sus decisiones, ocurrió en Inglaterra en 1767. Se trata del caso Slater contra Baker y Stapleton, en el que se condenó a dos médicos por romper un callo de fractura mal consolidada y colocar un aparato ortopédico en la pierna sin obtener el consentimiento del enfermo.

Posteriormente, en 1910, Abraham Flexner, en su informe al congreso de Estados Unidos de Norteamérica, expuso la pobre calidad de los servicios hospitalarios y de la docencia en este sector, y puso el acento en mejorar la atención médica, lo que motivó el comienzo del control de calidad moderno. Así, en 1912 nace el “Programa de estandarización de los hospitales”, derivado de la deficiente situación que presentaban los hospitales en los Estados Unidos, como la falta de servicios centrales y la mala organización.

Tiempo más tarde, la recién surgida asociación de cirujanos, la *American College of Surgeons* (Colegio Americano de Cirujanos, ACS) retomó la iniciativa de Ernest Codman, cirujano del *Massachusetts General Hospital*, quien perdió su puesto de trabajo por intentar que en la atención de todos los pacientes se exigiera el cumplimiento de una serie de estándares mínimos y quien ahora es reconocido por haber sentado las bases para el programa que daría lugar a la hoy conocida *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. (Comisión Conjunta para la acreditación de hospitales de Estados Unidos).

Así, en 1951 *El American College of Surgeons*, se fusionó con el *American College of Physicians* (Colegio Americano de Médicos), la *American Hospital Association* (Asociación Americana de Hospitales), la *American Medical Association* (Asociación Americana de Médicos) y la *Canada Medical Association* (Asociación Médica Canadiense) para crear la *Joint Commission on Accreditation of Hospital* (JCAH), con sede en Chicago.



La Comisión, desde su creación fue muy activa. En 1953 la *Joint Commission* publicó el primer manual de acreditación de calidad. En 1970 los estándares que creó se transformaron de “mínimos” a “óptimos alcanzables”. Para 1986, la *Joint Commission* en su denominada “Agenda para el Cambio”, pasó de estándares a “funciones” que definirían las actividades y procesos relevantes de cuyo desarrollo adecuado dependía la calidad de la atención y sus resultados. (Carrasco A.L., y Zurro J., 1999)

Otra de las instituciones creadas al terminar la segunda guerra mundial, fue la International Office of Standards (ISO) con el objetivo de normalizar los productos y facilitar así el comercio internacional, y que entre los años 2000 y 2001 entraría de manera específica en el sector sanitario. (Orbea, 2001)

Por su parte en México, para 1956 se identificaron los primeros trabajos sistematizados en favor de la calidad, en el Hospital de la Raza del IMSS, 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, que en 1960 editaron, publicaron y difundieron el documento Auditoría Médica.

En 1957, en California, apareció por primera vez el término “consentimiento informado” en la sentencia del caso Salgo contra Leland Stanford Jr.. Se trataba de un enfermo con arteriosclerosis al que se le practicó una aortografía translumbar sin su consentimiento y quedó con una parálisis permanente. En la sentencia se decía:

“...un médico viola su obligación hacia sus pacientes, y es por tanto responsable, si retiene cualquier hecho que se considere necesario para que el paciente realice un consentimiento adecuado al tratamiento que se propone”

Sin duda uno de los puntos importantes para tomar en cuenta al individuo en su atención, indicios de la atención centrada en el paciente.

En 1966, un hito en la historia del control de Calidad surgió con Avedis Donabedian, quien formuló la estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en la estructura, el proceso y los resultados.

En la década de los años setenta del siglo XX, el IMSS publicó diversos documentos para impulsar una cultura institucional para evaluar la calidad de

atención médica, que enfatizaban la revisión de expedientes y el análisis de autopsias como técnicas de evaluación (González et al., 1975; Hernández Brito et al., 1975).

En 1972 Surge en Estados Unidos la Professional Standards Review Organizations (PSRO), con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas MEDICARE y MEDICAID.

En 1973 J. Wennberg inicia sus primeros trabajos sobre las variaciones de la práctica clínica entre diferentes áreas geográficas de Estados Unidos.

En 1974 aparece la *Australian Council on Hospital Standards*, como una asociación de carácter gubernamental con el fin de realizar la acreditación de sus hospitales.

En 1980 en el objetivo 31 de “Salud para todos en el año 2000” elaborado por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud se lee que: “De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el marco de sus sistemas de prestaciones sanitarias”. Asimismo, se reflexiona sobre el poder atender este objetivo siempre y cuando se establezcan métodos de vigilancia, continua y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios, y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe sus conocimientos.

A mediados de los años ochenta, se implantaron en México los denominados círculos de calidad, desarrollados a partir de 1985 en el Instituto Nacional de Perinatología.

En 1987 en México se editaron las “Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud” con la finalidad, como su nombre lo indica, de evaluar la calidad de la atención en las unidades médicas. En este periodo se desarrolló la metodología, los mecanismos y los procedimientos para evaluar la calidad de los servicios que proporcionaban las instituciones del Sector Salud. Asimismo, se identificaron los determinantes de la calidad de atención, los mecanismos para reconocerlos, y los criterios para asignarles un valor, lo que dio lugar a la creación del denominado “Sistema de Evaluación de la Calidad de Atención en Unidades Médicas del Sector Salud”, que tomaba en cuenta los aspectos de estructura, proceso y resultados, inclu-

yendo:

- Suficiencia de recursos humanos
- Organización de los servicios
- Proceso de atención
- Resultados de la atención
- Satisfacción de los usuarios
- Satisfacción de los trabajadores en el desempeño de sus labores
- Actividades de enseñanza e investigación.

Para 1988 P. Ellwood propone el desarrollo de un programa nacional para Estados Unidos basado en orientar los resultados de la asistencia sanitaria (*Outcomes Management*) hacia el diseño de estándares y guías de práctica clínica.

En 1989 Donald Berwick elabora el *Continuous Quality Improvement* (CQI) (Mejora continua de la calidad) como un modelo de mejora de la asistencia sanitaria, extrapolado del modelo industrial, válido para los servicios sanitarios.

En 1990 la *Joint Commission* impulsa a través de la llamada “Agenda para el cambio”, la incorporación de los modelos de CQI y la necesidad de orientar los programas de evaluación hacia la evaluación de resultados y a implicar a todos los profesionales en los proyectos de mejora.

En 1992 se crea en México la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud (SOMECASA).

Para 1996 nace la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

De 1995 a 2000, surgieron varias iniciativas de mejora de calidad, grupos de trabajo (*task forces*) y se comenzaron a elaborar los reportes de eventos centinela y su publicación.

En 1999 se estableció el Foro Nacional de la Calidad (NQF), una organización sin fines de lucro con la misión de mejorar la calidad de la salud de Estados Unidos.

En 2000, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) publicó el artículo "*Errar es humano*" seguido de "*Crossing the Quality Chasm*". (Kohn et al, 2000 e IOM, 2000).

En 1999 en México, el Consejo de Salubridad General retomó una iniciativa fallida del principio de esa década, dando origen a la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, con lo cual comenzó la certificación de hospitales y más adelante, de otro tipo de servicios de salud.

En el periodo de 2001-2006 y en el marco del Programa Nacional de Salud, se inició en México una reforma en materia de calidad de la atención médica. Con ello nació la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud”, primera estrategia de alcance nacional en México y en el mundo que permitió, por una parte, integrar proyectos para mejorar la calidad de la atención médica que se desarrollaban de manera aislada, y por la otra, estimular a aquellas organizaciones que nunca habían enfocado sus acciones en mejorar la atención para sus pacientes. Adquirió el rango de política pública, a diferencia de lo que habían sido los programas institucionales, independientes unos de los otros.

En el año 2002 nace la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyo Primer Reto Mundial fue: “*Clean Care is Safer Care*” (Una atención limpia es una atención más segura), y al cual México se adhirió junto con otros siete países de Centroamérica y el Caribe, siendo sede del evento realizado entre sus Ministros de Salud y autoridades de la OMS. Para 2008 se lanza en Washington D.C. el segundo reto Mundial “*Cirugía Segura Salva Vidas*” en el que México también participó.

En 2003 en México como parte de la reforma a la Ley General de Salud para crear el Sistema de Protección Social en Salud, se convirtió en obligatoria la acreditación para que las unidades de atención que otorgaran servicios cubiertos por el Seguro Popular pudieran operar.

De 2007 a 2012 se instala en México el Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD) cuya estrategia consistió en “situar a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”.

En 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que un sistema de salud funciona adecuadamente si cumple los siguientes objetivos: mejorar la salud de la población; reducir las inequidades en salud; proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

Como puede observarse, la calidad en la atención a la salud ha estado presente desde tiempos inmemoriales, no es un tema de moda sino de necesidad para lograr que las metas que los sistemas de salud puedan plantearse, de ahí la importancia de su desarrollo y sobre todo de su aplicación.

## MARCO JURÍDICO Y ALINEACIÓN NACIONAL

Una política pública es un instrumento mediante el cual los órdenes de gobier-

no del Estado buscan alcanzar los objetivos que redunden en lograr el bienestar de la sociedad a la que sirven -bien público-, labor que se desarrolla de manera planificada, sistemática y coherente a partir de los principios que la orientan, los instrumentos con los que la ejecuta y las acciones o servicios que promueve.

En principio estas acciones se fundamentan en el marco jurídico, que son el conjunto de disposiciones, leyes, reglamentos y acuerdos a los que debe apearse una dependencia o entidad en el ejercicio de las funciones que tiene encomendadas.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo cuarto, que es uno de los artículos que se considera dentro del rubro de los derechos humanos, establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud. Asimismo, establece que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y el papel de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. La Ley General de Salud (LGS) reglamenta el derecho a la protección de la salud que establece el artículo cuarto de la Constitución. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la interacción entre la federación y las entidades federativas. La LGS, establece en su artículo séptimo que la coordinación del Sistema Nacional de Salud estará a cargo de la Secretaría de Salud y que le corresponde, entre otras atribuciones, establecer y conducir la política nacional en materia de salud y coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que en su caso se determinen.

Por su parte, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, en concordancia con lo anterior, en su artículo 39 establece que a la Secretaría de Salud le corresponde establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general.

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica establece en el artículo 48 que “(...)los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud establece en el Artículo 18 las atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud,

dentro de las que destacan, entre otras, conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social; establecer los instrumentos de rectoría necesarios para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes en los servicios de atención médica y de asistencia social, así como promover, supervisar y evaluar su cumplimiento; desarrollar y aplicar modelos para el monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de atención médica que proporcionan los sectores público, social y privado; diseñar, operar y evaluar mecanismos que promuevan la calidad en los servicios de atención médica; establecer las bases para el desarrollo de competencias que incidan en la mejora de la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social; diseñar y operar sistemas de reconocimiento a los establecimientos para la atención médica y proponer esquemas de incentivos en el Sistema Nacional de Salud, a fin de conducir el desempeño hacia mejores niveles de calidad en los servicios de salud; regular y operar el Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud; e impulsar la participación ciudadana como mecanismo para la evaluación de la calidad de los servicios de atención médica y asistencia social.

Existen una gran variedad de instrumentos de política sanitaria en México y tienen su sustento no solo en el marco jurídico, sino también en la definición de prioridades nacionales, objetivos, y metas sanitarias e incluye: políticas nacionales, planes y programas estratégicos, así como agendas sanitarias concertadas a nivel mundial y regional. La gran mayoría se actualiza de manera periódica de forma obligatoria, como es el caso del Plan Nacional de Desarrollo (PND), el cual se elabora para cada nueva administración.

El PND, que da cumplimiento a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como a la Ley Federal de Planeación, define la ruta que guía las políticas nacionales -la de salud entre otras- y define sus objetivos, las acciones específicas para alcanzarlas, así como los indicadores que permitirán medir los avances obtenidos.

La Ley de Planeación define en su artículo segundo que “(...)la planeación deberá llevarse a cabo como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral y sustentable del país y deberá tender a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. El Plan Nacional de Desarrollo, se elabora sexenalmente y de él se des-

prende el Programa Sectorial de Salud, por lo que en la presente administración se han elaborado el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018 (PROSESA), el cual define los objetivos, estrategias y líneas de acción en materia de salud en un marco guiado por el ordenamiento jurídico aplicable en materia de salud y por el PND, el cual contiene cinco metas nacionales: 1. Un México en Paz; 2. Un México Incluyente; 3. Un México con Educación de Calidad; 4. Un México Próspero; 5. Un México con Responsabilidad Global y adicionalmente tres Estrategias Transversales (Democratizar la Productividad; Un Gobierno Cercano y Moderno; y Perspectiva de Género en todas las acciones de la presente Administración).

Es en la segunda meta del PND, México Incluyente, en donde se realiza la alineación del PROSESA, ya que entre otros elementos que lo constituyen, el PROSESA está enfocado en garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, con énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía sean un factor determinante en su desarrollo.

Derivado de la meta México Incluyente, se articula el Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, el cual en su Estrategia 2.3.1. Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, destaca la línea de acción “Garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud a los mexicanos, con independencia de su condición social o laboral.” En el mismo objetivo se contiene la estrategia 2.3.2. Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud, destacando la línea de acción “Garantizar la oportunidad, calidad, seguridad y eficacia de los insumos y servicios para la salud”.

Si bien estos componentes del PND establecen elementos de calidad relacionados con la salud, el mayor peso de la misma se desarrolló de manera específica en la estrategia 2.3.4. Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad, que incluye entre otras, las líneas de acción siguientes: instrumentar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud; mejorar la calidad en la formación de los recursos humanos y alinearla con las necesidades demográficas y epidemiológicas de la población; garantizar medicamentos de calidad, eficaces y seguros.

En concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, el Pro-

grama Sectorial de Salud 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las metas nacionales y a las tres estrategias transversales. En relación al objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, precisa que la protección financiera que hoy otorga el Sistema Nacional de Salud debe traducirse en mejores resultados de salud, por lo que el Estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral.

Especialmente en la estrategia 2.2. Mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, es en donde las líneas de acción son más específicas en los temas de calidad, destacando: impulsar acciones de coordinación encaminadas a mejorar la calidad y seguridad del paciente en las instituciones de salud; impulsar el cumplimiento de estándares de calidad técnica y seguridad del paciente en las instituciones de salud; actualizar mecanismos que permitan homologar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de salud, y fomentar el uso de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), guías de práctica clínica, manuales y lineamientos para estandarizar la atención en salud.

## LOS OBJETIVOS Y CÓMO ALCANZAR LA POLÍTICA DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD

Como ya se mencionó, el objetivo de la actual política de calidad se enfoca en el logro de cinco aspectos:

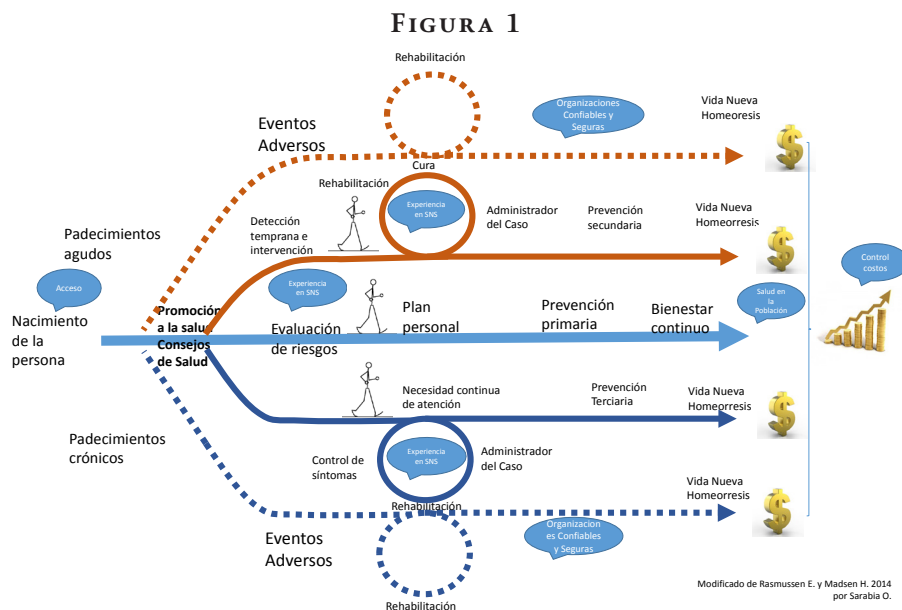
1. La salud de la población, a través de ofertar servicios de acuerdo a sus necesidades.
2. Acceso efectivo.
3. Contar con establecimientos que sean confiables y seguros.
4. Una experiencia satisfactoria por parte de la población durante la utilización del sistema de salud.
5. Un costo razonable en la atención a la salud, evitando la sobre y subutilización de los recursos.

Lograr el mantenimiento de la salud de la población conformada por cada individuo, así como asegurar una calidad de vida aceptable, implica el cuidado desde la concepción del individuo a través de los cuidados durante el embarazo



de su madre y una vez que nace, de la interacción de otros factores como son el educativo, cultural y económico, mismos que lo pueden llevar a decidir en muchas ocasiones el estilo de vida que seguirá, el cual es un factor fundamental para mantener o no el bienestar de su salud. Le corresponde al sistema de salud a través de la prevención primaria y promoción a la salud contribuir a que el individuo opte por decisiones que le ayuden a conservar una vida saludable.

Tanto en la presencia de padecimientos agudos como de crónicos, se generarán costos que pudieron ser prevenidos, sobre todo cuando el riesgo de presentarlos se detecta oportunamente y se hacen las intervenciones necesarias para ya sea evitar que se presenten, o bien controlarlos oportunamente.



Si a esto le sumamos los riesgos inherentes a la atención a la salud dentro de los establecimientos médicos, en los cuales se puede ocasionar un daño al paciente sin ser esta la intención, los costos se incrementarán aún más, dado que en caso de que se presenten eventos adversos, los pacientes tendrán que pasar por tratamientos, estancias hospitalarias no contempladas inicialmente y la necesidad nuevamente de adaptarse a su nueva vida.

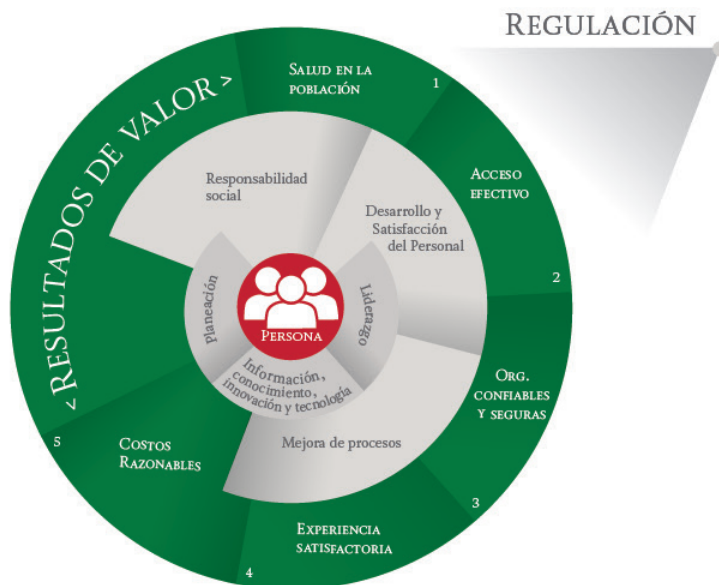
Con la finalidad de contener los riesgos inherentes a la atención dentro

de las unidades médicas, es necesario el establecimiento, monitoreo y mejora continua de las prácticas seguras.

La experiencia en el transitar a lo largo de la vida del individuo por el sistema de salud será satisfactoria en la medida en que se cubran sus necesidades, lo cual implica desde tomar en cuenta lo que es importante para él de manera individual, hasta lo que es importante para la población en general, como pudiera ser el respeto a sus decisiones, por ejemplo de aceptar o no un tratamiento, o de abrir en horarios en los cuales la mayoría de la población pueda acudir a recibir atención u orientación para el mantenimiento de su salud.

Por otro lado, para que los sistemas de salud logren que sus poblaciones sean saludables, es necesario que las unidades puedan ofrecer una atención médica con calidad. Para ello es conveniente que cuenten con un modelo de gestión con el cual puedan orientar sus resultados primero, a otorgar salud a la población que les corresponda atender, para lo que deben conocer las necesidades y con base en ellas realizar la planeación necesaria para ofertar los servicios. Así mismo, el liderazgo que ejerza el director de la unidad es fundamental para que la organización esté alineada con su misión, visión y valores en los cuales deberá prevalecer la calidad con énfasis en la seguridad del paciente.

FIGURA 2



Un aspecto que es de gran utilidad en las organizaciones es la generación y sobre todo la explotación de la información para la toma de decisiones. La construcción de indicadores que permitan evaluar el desempeño de la organización de una manera constructiva, hará posible la mejora continua. Es responsabilidad de la propia organización seleccionar de manera dinámica aquellos indicadores que le permitan hacer el monitoreo para conocer sus tendencias y establecer metas, y una vez alcanzadas, decidir si mantenerse en ese rango o imponerse un nuevo objetivo.

Sin duda, la vida de toda organización la da su personal. Son los recursos humanos quienes hacen posible llegar o no a ser una organización altamente confiable y segura que cuide los aspectos éticos de la atención a la salud. Por tal motivo, es indispensable otorgar todas las herramientas técnicas al personal para que pueda desarrollar su trabajo, pero también es importante vivir los valores de la organización desde la más alta jerarquía hasta la base de la organización. Es tan importante el trabajo de un afanador para el cuidado de las infecciones intrahospitalarias, como el del mismo médico.

El personal debe tener muy clara la relevancia de cada aspecto de su trabajo

para alcanzar los objetivos de la organización y esto debe ser un orgullo para ellos en la vida cotidiana. Sus logros deberán ser reconocidos y sus desaciertos orientados a la mejora continua, de tal forma que logren tener plenitud en el trabajo como una forma de desarrollo y satisfacción personal que con la suma de toda la organización se convierte en los logros colectivos, lo que lleva a ser organizaciones con mayor productividad, constituidas por personas que encuentran la felicidad en el trabajo.

La administración y mejora de los procesos constituyen la base de la organización pues son el flujo por donde pasa el quehacer diario para alcanzar los objetivos. Detectar pasos innecesarios que no den valor agregado al proceso es muy importante dado que se pueden identificar los procesos que entorpecen, enlentecen y se convierten en pérdida de tiempo y aumentan costos para el sistema, y que pueden ser cambiados para tener una organización mucho más eficiente.

De igual forma, la responsabilidad social juega un papel muy importante dentro de las organizaciones. Por ello, es necesario medir el impacto positivo o negativo que una acción puede llegar a tener en la población atendida. Así, ser responsable social implica en algunas ocasiones ser activo y en otras abstenerse de hacer cosas para evitar provocar algún tipo de daño.

La suma de todos estos aspectos hará posible que las organizaciones puedan dar un resultado de valor que implique salud a la población a un costo razonable, brindando un acceso efectivo dentro de organizaciones altamente confiables y seguras, en donde el transitar de las personas por el sistema de salud sea satisfactorio.

Haciendo una analogía con la matriz de crecimiento y participación desarrollada por el Boston Consulting Group y publicada por el presidente de la citada consultora, Bruce D. Henderson, considerada una herramienta de análisis de la planificación estratégica corporativa, consideramos que aquellas acciones que se han venido desarrollando a través de los años tanto a nivel nacional como internacional que de alguna manera han demostrado que su utilización genera mayor seguridad o contribuyen a otorgar una atención con calidad, deben de consolidarse en la práctica cotidiana dentro del proceso de atención a la salud en todos los niveles de atención. Así mismo, deberán construir los mecanismos necesarios para que estos aspectos sean regulados y así las instituciones cuenten con un sustento legal que les permita aplicarlos. Tal y como resulta para la acreditación en los establecimientos de atención médica, que es

obligatoria para poder otorgar atención a los beneficiarios del seguro popular en nuestro país.

**FIGURA 3**  
**ANALOGÍA**  
**PROYECTOS DE MEJORA / MATRÍZ BCG**



Modificado de Matriz BCG por Sarabia O. y Cabrero E.

Continuando con la analogía de la matriz BCG, en el caso de los aspectos que aún no han sido controlados por el sistema y que representan riesgos en la atención, costos elevados o falta de acceso a la atención y que dan por resultado una pobre salud en la población e insatisfacción de los usuarios, es necesario desarrollar nuevos esquemas innovadores.

La Dirección General de Calidad y Educación en Salud ha modificado el programa presupuestal S202 para focalizar los esfuerzos y lograr un impacto en la mejora de la calidad en los servicios de salud, de tal forma que tengamos una población más saludable.

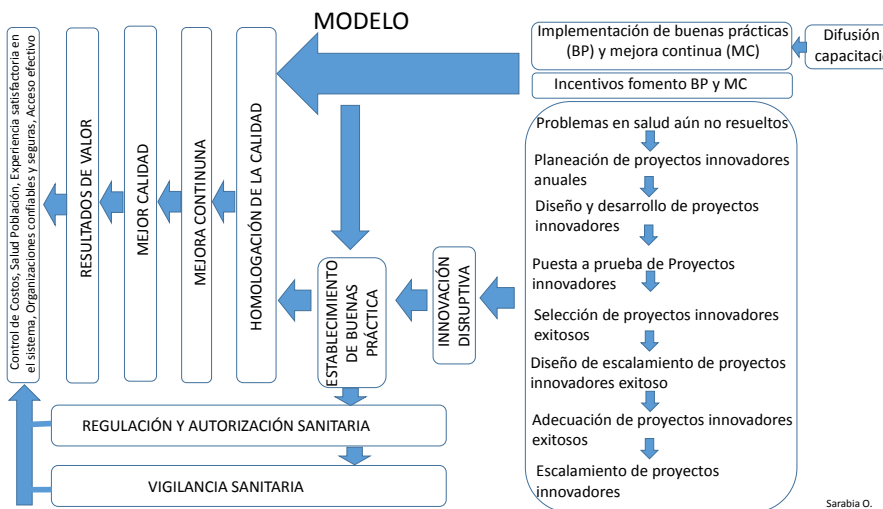
Esta focalización se ha determinado con base en los temas prioritarios de salud en nuestro país. Para 2015 han sido la diabetes mellitus, la obesidad, la hipertensión arterial, el cáncer cérvico-uterino, el cáncer de mama, las enfer-

medades mentales y la prevención de la mortalidad materna y para 2016 se pretende incluir el cáncer en la infancia y la adolescencia y el infarto agudo al miocardio. El programa consiste en fomentar la innovación disruptiva en esquemas de redes de atención, que incluyan los distintos niveles de atención en el sector público a través de proyectos de gestión, investigación y capacitación.

Particularmente en los proyectos de gestión, se busca encontrar proyectos innovadores exitosos que se puedan escalar a nivel nacional y tener un mayor impacto para lograr que la población tenga una mejor calidad de vida. El fomento del desarrollo de estos proyectos innovadores es el equivalente a los signos de interrogación dentro de la matriz BCG y de acuerdo al resultado positivo o negativo del mismo podrá convertirse en productos estrella si son exitosos o bien perros si no son exitosos. Se pretende que aquellos que se conviertan en estrella, con el tiempo, expansión y adopción en otros lugares lleguen a convertirse en vacas.

Finalmente, se debe hacer un análisis y evaluación continua de las líneas que se manejan cotidianamente dentro de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud para valorar la situación de cada producto, para que en el caso de que alguno de ellos se haya convertido con el tiempo en un producto perro sea desechado.

FIGURA 4



Sarabia O.

El uso de la información para la toma de decisiones es fundamental. Por ello, es necesario llevar a cabo el monitoreo sobre los aspectos más relevantes del estado que guarda la salud de la población, así como de los indicadores de calidad que permitan evaluar si las medidas que se están llevando a cabo para mejorar la calidad de la atención son apropiadas y así hacer los ajustes necesarios en la política de calidad que permita alcanzar las metas establecidas. Para ello se cuenta con distintos sistemas de información, entre ellos el sistema INDICAS, mismo del que debe reconocerse la cultura afianzada del reporte que se ha logrado a través de los años. Sin embargo, es momento de hacerle algunos ajustes que le permitan darle mayor confiabilidad y retroalimentación para su utilización como fuente de verificación del éxito o no de la política de la calidad.

Otro aspecto útil para fomentar la mejora continua que tiene como finalidad facilitar que los establecimientos de salud garanticen la atención médica con calidad, es el desarrollo tanto de incentivos como de herramientas que favorezcan la mejora continua, incluyendo la capacitación y desarrollo de competencias por parte de los profesionales de la salud así como documentos normativos que respalden estas acciones.

Finalmente, la Secretaría de Salud, a efecto de coordinar las acciones de la Estrategia Nacional para la Consolidación de la Calidad en los Establecimientos y Servicios de Atención Médica 2013-2018, se auxilia del Comité Nacional de Calidad en Salud (CONACAS), espacio en el que conviven las instituciones del sector, las entidades federativas y asociaciones civiles.

Es en este espacio que se da seguimiento al avance de la política de calidad, se generan propuestas y de ser necesario se corrige el rumbo, con la participación de los actores más representativos como prestadores de los servicios de salud. De igual manera, el Comité tiene versiones de carácter interinstitucional en las diferentes entidades federativas, denominados Comités Estatales de Calidad (CECAS) y cuya coordinación corresponde también a la Secretaría de Salud.

Es importante señalar que para poder lograr que nuestro país cuente con un sistema de salud que alcance las cinco metas antes establecidas: salud a la población, acceso efectivo, organizaciones confiables y seguras, control de costos y una experiencia satisfactoria al transitar por el sistema; es necesario que todos los actores asuman sus responsabilidades y actúen en sincronía para lograrlo. Necesitamos de la participación de otros sectores como el educativo e

inclusive de comunicaciones y transportes por solo mencionar a algunos, pero también necesitamos de cada médico, cada enfermera, cada trabajador social, cada odontólogo, afanador y todo el personal relacionado con la salud. Ello incluye tanto al mismo usuario del sistema, como a la población en general que acuda a cuidar y mantener su salud. Si todos ponemos de nuestra parte y nos comprometemos, lograremos un México sano y competitivo. La salud de nuestro país es responsabilidad de todos.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Berwick, D. M. (1989). *Continuous improvement as an ideal in health care. The New England Journal of Medicine*, 320(1), 53.
- Carrasco, A. L., & Zurro, J. (1999). *Manual de acreditación de hospitales*. MAP-FRE. Madrid.
- Christensen, C. M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). *The innovator's prescription. A disruptive Solution for.*
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación, 5 de febrero de 1917. Última reforma publicada DOF 07-07-2014.
- Ellwood, P. M. (1988). *Outcomes management. New England Journal of Medicine*, 318(23), 1549-1556.
- González-Montesinos, F., Pérez-Álvarez, J. J., & Lee-Ramos, A. F. (1975). Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia. *Bol Med IMSS*, 17, 1975.
- Hernández-Brito, O. M., Lee-Ramos, A. F., Pérez-Álvarez, J. J., & González-Montesinos, F. (1975). Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Bol Med IMSS*, 17, 482.
- Institute of Medicine (US). Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academy Press.
- Ley de Planeación. Diario Oficial de la Federación 5 de enero de 198. Última reforma publicada DOF 06-05-2015
- Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación 7 de febrero de 1984. Últimas reformas publicadas DOF 04-06-2015.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. Diario Oficial de la Federa-



- ración 29 de diciembre de 1976. Última reforma publicada DOF 26-12-2013
- Orbea, T. (2001). Aportación de las ISO 9000 a los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial*, 16(7), 484-5.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. Poder Ejecutivo Secretaría de Hacienda y Crédito Público. *Diario Oficial de la Federación*, Segunda Sección, 20 de mayo de 2013
- Programa Sectorial De Salud 2013 – 2018. Secretaría De Salud. *Diario Oficial de la Federación* tercera Sección. 12 de diciembre de 2013.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. *Diario Oficial de la Federación*, 14 de mayo de 1986. Última reforma publicada DOF 24-03-2014.
- Reglamento Interior de la Secretaría De Salud. *Diario Oficial de la Federación* el 19 de enero de 2004. Última reforma publicada DOF 10 de enero de 2011

# LA CERTIFICACIÓN DE HOSPITALES Y EL MODELO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL PARA LA ATENCIÓN EN SALUD CON CALIDAD Y SEGURIDAD

*Dr. Leobardo C. Ruiz Pérez\**

*Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón\*\**

*Dra. Sara Fonseca Castañol\*\*\**

*Lic. Eduardo José Flores González\*\*\*\**

*Lic. Metztlí Xochizuatl Benítez López\*\*\*\*\**

## ANTECEDENTES

En 1994, respondiendo al proyecto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de promover la acreditación de hospitales en América Latina, se constituyó la Comisión Mexicana de Certificación de Servicios de Salud, A.C. (CMCSS) como organismo no lucrativo con representatividad de todos los sectores e instituciones de salud. Dicha comisión elaboró un “Manual de estándares mínimos para la certificación hospitalaria”. El resultado de su aplicación mostró evidencias de ser inoperante y el proceso se interrumpió indefinidamente.

---

\* Secretario del Consejo de Salubridad General

\*\* Director General Adjunto de Articulación

\*\*\* Directora de Desarrollo del SiNaCEAM

\*\*\*\* Subdirector de Asuntos Jurídicos del SiNaCEAM

\*\*\*\*\* Jefe del Departamento de Logística

En los años siguientes, varias empresas se dedicaron a la asesoría en calidad a los hospitales, algunas con criterios basados en estándares internacionales como los de la *Joint Commission* de los Estados Unidos y el *Canadian Council on Health Services Accreditation*.

En 1998, el Consejo de Salubridad General (CSG), junto con el CMCSS y los asesores de Qualimed Corp., trabajaron para diseñar el Programa Nacional de Certificación de Hospitales con la perspectiva de asegurar niveles de calidad. Así, el 1 de abril de 1998 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo con las bases para instrumentar el Programa Nacional de Certificación de Hospitales. Se autorizaron a agencias evaluadoras, pero existió una variación metodológica no controlada y diferencia en los perfiles de los evaluadores, y desafortunadamente en algunas de las agencias se detectaron algunos niveles de malas prácticas.

En diciembre de 2000, el Subsecretario de Innovación y Calidad (SIC), propuso al Secretario de Salud y Presidente del CSG que la Certificación de Establecimientos de Atención Médica se pusiera en estado de suspensión para hacer una revisión profunda de los procesos y de las agencias.

Durante todo 2001, la certificación fue suspendida y, el CSG y la SIC trabajaron conjuntamente para hacer un análisis profundo y recomendar acciones. Se aprovechó entonces para revisar los criterios, pero lo más importante fue la decisión de cancelar el papel de las agencias auditoras privadas y rediseñar el proceso de auditoría contando con recursos humanos del propio Sistema Nacional de Salud (sectores público y privado) que, seleccionados y capacitados para este propósito, actuarían como personal auditor bajo la coordinación y supervisión del CSG.

En 2001, se redefinieron los criterios de evaluación, lo cual quedó asentado en dos documentos publicados en el Diario Oficial de la Federación, que abrogaron las disposiciones jurídicas que le antecedieron y que son:

- El acuerdo por el que se establecieron las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, el 20 de septiembre de 2002.
- El reglamento interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud, del 22 de octubre de 2003.

En el 2007, se estableció contacto con la *Joint Commission International*, lo cual permitió homologar los criterios del CSG para fortalecer la competitividad de éstos

así como el tema de seguridad del paciente. Para el financiamiento de estas actividades, se contó con el apoyo de la Asociación Nacional de Hospitales privados.

El Consejo de Salubridad General publicó el 13 de junio de 2008, en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM).

A partir de este momento se contó con el fundamento jurídico necesario para fortalecer el proceso de certificación a través de la articulación eficaz de las instituciones, la integración de las acciones, y la ejecución de procesos en forma sostenible bajo una perspectiva sistémica para coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes.

De esta manera, en los criterios se dio un énfasis mayor en la seguridad del paciente. Se abordaron conceptos de investigación y desarrollo y el enfoque en la calidad pasa de ser un programa a un Sistema Nacional que se encuentra integrado por los siguientes subsistemas:

- Certificación de Establecimientos de Atención Médica
- Investigación y desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad
- Fortalecimiento permanente de los auditores
- Articulación del SiNaCEAM con otras instituciones y organizaciones
- Información, Transparencia, Difusión y Promoción

El SiNaCEAM se responsabiliza además de investigar de manera constante las mejores prácticas tanto nacionales como internacionales, así como la aplicación de indicadores, estándares y métodos de evaluación de la calidad de los servicios de salud, a fin de mantener actualizado el modelo de calidad y seguridad del paciente.

A partir del 1 de enero de 2009, entró en vigencia una Cédula de Evaluación de Hospitales y ha evolucionado en sus versiones 2011, 2012, hasta conformarse en la actualidad como Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad plasmado en los “Estándares para Certificar Hospitales 2015”.

Entre 2009 y 2010 se logró formalizar un entendimiento inédito entre la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y la Asociación Nacional de Hospitales Privados (ANHP). Ambas partes fueron convocadas por el Consejo y se aceptó que las compañías de seguros exigieran a los hospitales

privados estar certificados por el Consejo para hacer pagos directos. Ello, además, fue fortalecido por el Acuerdo del Consejo que exige a los privados que otorguen servicios al sector público estar certificados por el Consejo.

Tener estos antecedentes nos lleva a observar que el Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad está alineado con lo establecido en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece el derecho de toda persona a la protección de la salud. Además de seguir los objetivos y líneas de acción, tanto del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, específicamente el objetivo 2.3 “Asegurar el acceso a los servicios de salud”, y la estrategia 2.3.4. “Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”, así como del Programa Sectorial de Salud 2013-2018, el cual define en su segundo objetivo “Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad”.

Cabe aquí analizar los conceptos de Calidad y Seguridad en los que se basa este modelo. Existen múltiples definiciones de los mismos, elaboradas tanto por expertos en estos temas como por instituciones señeras tales como la Organización Mundial de la Salud, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, etc. Parafraseamos aquí unas que nos parecen adecuadas:

## CALIDAD

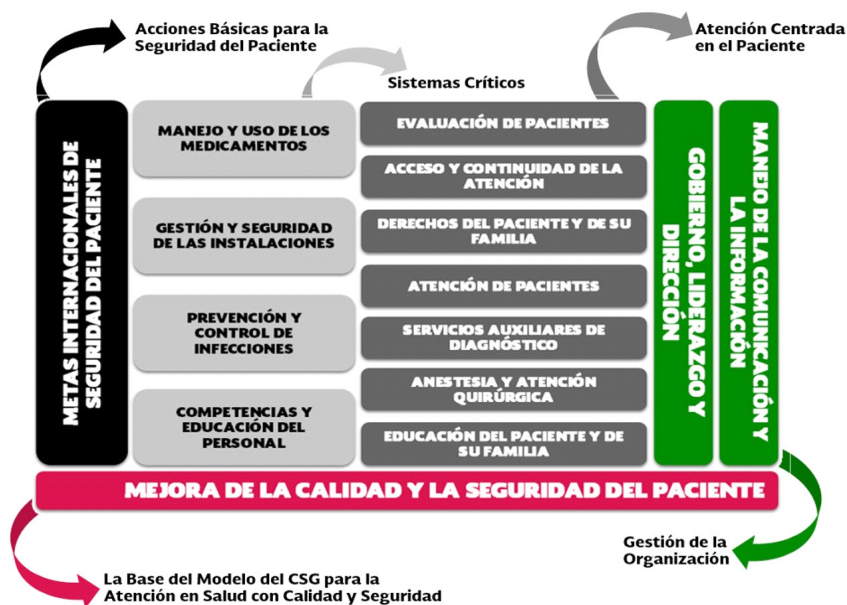
"Una atención a la salud de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos y de la población, de una forma total, precisa, y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

## SEGURIDAD

La reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención médica, hasta un mínimo aceptable.

El conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basados en evidencias que tienden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención a la salud o mitigar sus consecuencias.

El Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad se estructura en cinco bloques que contienen a quince apartados o capítulos (ver la figura siguiente).



La base del modelo es: Mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Los otros bloques, como se aprecia en la figura, son: Metas internacionales de seguridad del paciente, Atención centrada en el paciente, Gestión de la organización y Sistemas críticos.

Las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente son seis acciones básicas para la seguridad del paciente. En la atención centrada en el paciente se consideran ocho apartados: Evaluación de Pacientes, Acceso y Continuidad en la Atención, Derechos del Paciente y de su Familia, Atención de Pacientes, Servicios Auxiliares de Diagnóstico, Anestesia y Atención Quirúrgica, y Educación del Paciente y de su Familia. En el bloque de Gestión de la Organización, se encuentran dos apartados: Gobierno, Liderazgo y Dirección, y Manejo de la Comunicación y la Información. Los sistemas críticos son cuatro: de Manejo y Uso de Medicamentos, de Prevención y Control de Infecciones, de Competencias y Educación del Personal y de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

Para cada uno de estos sistemas se solicita a las instituciones que voluntariamente se inscriban en el proceso y que realicen las denominadas “Bases del modelo” las cuales son: identificación, priorización y análisis de riesgos, y

problemas particulares de toda la organización enfocada, al menos, en cada uno de los sistemas críticos. A partir de este análisis se lleva a cabo la gestión de los riesgos y problemas para lograr una mejora continua.

Los enfoques que propone el modelo son los siguientes:

- PROACTIVO: a partir de los riesgos identificados, se toman medidas que prevengan el daño a los pacientes y/o al personal, implementando barreras de seguridad;
- REACTIVO: a partir de los problemas identificados que ya causaron daño a los pacientes y/o al personal, se implementan barreras de seguridad. De esta manera se aprende del error, se abandonan las conductas punitivas y se disminuye la posibilidad de que por la misma causa se produzca daño.

De esta manera, el modelo fomenta en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende de los errores y se evita al máximo la ocurrencia de éstos mediante barreras de seguridad, implementadas de manera estandarizada y sistémica, concibiendo al hospital como un todo.

Cuando un establecimiento de atención médica implementa el Modelo del Consejo para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, trabaja sobre los procesos críticos que se relacionan con la atención de los pacientes y del personal que labora dentro de ella.

Es importante que las organizaciones comprendan que el modelo tiene un enfoque de sistema, lo cual implica, como ya se mencionó anteriormente, ver al hospital como un “todo”, en donde cada una de sus partes está involucrada y contribuye a los resultados en el paciente. Trabajar con este enfoque requiere del involucramiento y la participación convencida de todas las áreas y personas que conforman la organización.

Otro aspecto importante es el trabajo en colaboración, el cual se logra cuando se toma en cuenta a los involucrados en los procesos que, como expertos, conocen las prácticas que realizan y pueden, tomando en cuenta el contexto de la organización, analizar mejores prácticas y así definir la mejor forma de hacer las cosas y hacerlas suyas.

Al implementar este modelo de calidad con los enfoques tanto proactivo como reactivo, se estará desarrollando en cada organización una cultura donde la máxima hipocrática de “primero no dañar” sea una prioridad.

La evaluación de la implementación del Modelo del Consejo de Salubridad General para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad, se lleva a cabo a través del proceso de certificación, el cual consta de tres fases:

- Autoevaluación e Inscripción.
- Auditoría.
- Dictamen.

## PRIMERA FASE: INSCRIPCIÓN Y AUTOEVALUACIÓN

Para que un hospital pueda formar parte del SiNaCEAM, debe cumplir los siguientes requisitos:

- Tener, por lo menos, un año de funcionamiento.
- Contar con las Autorizaciones Sanitarias que correspondan a los servicios que brinda (Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables Sanitarios).
- No tener procedimientos administrativos abiertos ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o ante las autoridades de regulación sanitaria de las entidades federativas.
- No contar con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por cualquier autoridad administrativa.
- En el caso específico de los hospitales de la Secretaría de Salud y de los Servicios Estatales de Salud que no cuenten con una Certificación previa, deberán aprobar en primer lugar la Acreditación como prestadores de servicios de salud que atienden a los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud la cual es otorgada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES).
- Los hospitales clasificados por la Coordinación General de Protección Civil de la Secretaría de Gobernación como “de alta complejidad y alto nivel resolutivo (rojos)”, deberán contar, al menos, con una evaluación interinstitucional de la lista de verificación, de acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro.

Los hospitales que cumplan los requisitos antes descritos estarán en posibilidades de realizar la Autoevaluación e Inscripción al proceso de Certificación. Cabe señalar que es sumamente importante que previo a este paso, la organización se encuentre ya trabajando en la implementación del Modelo del CSG



para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad acorde a lo que se solicita en los Estándares para Certificar Hospitales.

La Autoevaluación está enfocada en aquellos requisitos que debe cumplir un hospital en función de lo dispuesto en la legislación aplicable vigente: la Ley General de Salud, sus Reglamentos y en las Normas Oficiales Mexicanas, así como en la definición de los procesos clave para la implementación del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad.

Los requisitos de la Autoevaluación se ponderan en tres niveles: indispensables, necesarios y convenientes. Para que un hospital pueda inscribirse al Si- NaCEAM, debe haber cumplido el 100% de los requisitos ponderados como “indispensables”, el 80% o más de los “necesarios” y el 50% o más de los “convenientes”.

Los formatos de “Autoevaluación” y la “Solicitud de Inscripción para Hospitales” se encuentran disponibles en la página web: [www.csg.gob.mx](http://www.csg.gob.mx)

Una vez que el Consejo de Salubridad General comunica a la autoridad del hospital que su establecimiento ha aprobado esta primera fase y se considera que se encuentra en “proceso de certificación”, en cuyo caso puede expedirse en el momento en que así sea solicitada, una constancia. El hospital, además, se integrará a la lista de “Hospitales en Proceso de Certificación” que se encuentra publicada en la página web del CSG.

## SEGUNDA FASE: AUDITORÍA

La Auditoría es la segunda fase del proceso de Certificación, en la que se evalúa la implementación de los estándares para certificar hospitales mediante una auditoría, en la cual las actividades fundamentales que se llevan a cabo son las siguientes:

- Conferencia de apertura por el líder de auditoría.
- Presentación del contexto general del hospital.
- Evaluación de la definición de los procesos y sistemas acordes al Modelo del CSG.
- Seguimientos de pacientes.
- Recorridos por las instalaciones.
- Evaluaciones de los Sistemas Críticos (Manejo y Uso de los Medicamentos, Prevención y Control de Infecciones, Gestión y Seguridad de las Instalaciones, Competencias y Educación del Personal).
- Evaluación de los servicios subrogados.

- Evaluación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Seguimiento indeterminado de procesos.
- Entrega del Reporte de Auditoría.

La descripción de cada una de las actividades fundamentales que conforman la Auditoría se detalla en el documento: “Las Actividades Fundamentales durante la Auditoría del CSG”, el cual se encuentra también en la página web del Consejo de Salubridad General.

#### CANCELACIÓN O DIFERIMIENTO DE LA AUDITORÍA POR PARTE DEL HOSPITAL

Una vez que la fecha de la auditoría sea notificada al hospital, si éste decide no aceptarla, o bien solicita diferirla o cancelarla, se dará por concluido su proceso de certificación, se le retirará del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica y no podrá volverse a inscribir en los próximos seis meses. Asimismo, se eliminará de la lista de “Hospitales en Proceso de Certificación”, publicada en la página web del Consejo de Salubridad General.

#### TERCERA FASE: DICTAMEN

El Dictamen es la fase del proceso de Certificación en donde se lleva a cabo el análisis de la información obtenida en las dos primeras fases del Proceso de Certificación (Inscripción-Autoevaluación, Auditoría) y la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), de forma colegiada, emite el dictamen de “Certificar” o “No Certificar” al hospital. Dicho dictamen se fundamenta en lo establecido en las Reglas de Decisión que a continuación se enlistan:

Mantiene vigentes los siguientes requisitos de la fase de Inscripción y Autoevaluación:

- Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Avisos de Responsables que correspondan a los servicios que brinden y de acuerdo a la normatividad vigente. (federal y/o estatal).
- No tiene procedimientos administrativos abiertos ante las instancias de regulación sanitaria estatales o federales.
- Cumple con todos los requisitos ponderados como “indispensables” de la Autoevaluación.

- No cuenta con sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica impuesta por autoridad administrativa.

Obtiene, como resultado de la Auditoría, una calificación promedio igual o mayor a:

- Seis como calificación general (promedio de todos los elementos medibles).
- Seis para cada apartado (promedio de los elementos medibles que conforman un apartado).
- Cinco para cada estándar (promedio de los elementos medibles que conforman un estándar).
- Cinco en cada elemento medible de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

En relación a la evaluación de requisitos Indispensables (Autoevaluación)

- Los establecimientos que obtengan una calificación general igual o mayor a 9.0, pero incumplan requisitos indispensables de Autoevaluación, se les programará una Auditoría Complementaria previa a la siguiente Sesión Ordinaria de la CCEAM para verificar su cumplimiento.
- En relación a la evaluación de estándares Indispensables:
- Los establecimientos que obtengan una calificación general entre 6.0 y 8.9 inclusive, pero incumplan estándares de procesos ponderados como “indispensables”, se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para enviar su “Plan de Mejora Continua para la Implementación del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad”.
- Los establecimientos que obtengan una calificación general igual o mayor a 9.0, pero incumplan estándares de procesos ponderados como “indispensables”, se les dictaminará como certificados; sin embargo, para mantener el certificado, deberá cumplir con la regla de decisión 6.2, además de enviar su “Plan de Seguimiento a la Implementación del Modelo del CSG para la Atención en Salud con Calidad y Seguridad”.
- Los establecimientos que obtengan una calificación general menor a 9.0, pero incumplan cualquiera de los numerales de la regla de decisión número 2 (2.1, 2.2 y/o 2.3), se les otorgará un plazo perentorio de 6 meses para implementarlos.

Una vez que el establecimiento envíe el “Plan de Mejora Continua”, según corresponda a la regla de decisión 4.1 y/o 5, se programarán máximo dos auditorías para evaluar la implementación del modelo (Auditoría de Seguimiento y Auditoría de Seguimiento Complementaria). El resultado se presentará ante la Comisión para que dictamine el caso.

Si el establecimiento rebasa dicho plazo sin demostrar el cumplimiento requerido, la Comisión lo dictaminará como “No Certificado”. Si el establecimiento cumple con lo requerido por la Comisión, se recalculará la calificación. Esta calificación se utilizará exclusivamente para determinar la vigencia del Certificado. El establecimiento mantendrá la calificación obtenida como resultado de la Auditoría inicial.

Los establecimientos que obtengan una calificación igual o mayor a 9.0, pero:

- Incumplan la regla de decisión 2.3, se les otorgará el certificado, señalándoles que, después de un año, se les realizará una auditoría intencionada para constatar su cumplimiento. El resultado se presentará ante la CCEAM para que dictamine el caso. Si el establecimiento no demuestra cumplir con el o los estándares señalados, se suspenderá la vigencia de su certificado.
- Incumplan Estándares para Certificar Hospitales identificados como “Indispensables”, se les dictaminará como certificados, señalándoles que tendrán un año para cumplir con la totalidad de los estándares señalados, lo cual se verificará con una auditoría intencionada. De lo contrario, se suspenderá la vigencia de su certificado.

La vigencia del certificado que, en su caso, dictamine la comisión, seguirá las siguientes reglas:

- Si el establecimiento obtiene una calificación general aprobatoria entre 6.0 y 6.9 inclusive, la vigencia del Certificado será de 1 año.
- Si el establecimiento obtiene una calificación general aprobatoria entre 7.0 y 8.9 inclusive, la vigencia del Certificado será de 2 años.
- Si el establecimiento obtiene una calificación general aprobatoria igual o mayor a 9.0, la vigencia del Certificado será de 3 años.
- El establecimiento que obtenga un dictamen de “No Certificado” por parte de la CCEAM podrá inscribirse nuevamente al proceso de Certificación en un plazo no menor a 6 meses. Por cada dictamen conse-

cutivo de “No Certificado” se incrementará en 6 meses el plazo que deberá esperar el establecimiento para inscribirse al proceso de Certificación, el cual nunca será mayor a 18 meses.

Para mantener la vigencia del Certificado durante el plazo dictaminado por la CCEAM, el establecimiento según aplique, deberá:

- Mantener el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de certificación o recertificación, el cual deberá demostrarlo en las auditorías que aleatoriamente programe el Consejo de Salubridad General.
- Concluir los procedimientos administrativos abiertos posteriores a dictaminarse como certificados ante las instancias de regulación sanitaria estatales o federales, dentro del plazo que señale la Comisión.
- Implementar procesos de mejora cuando las instancias de arbitraje médico, estatales o federales, dictaminen quejas “con evidencia de mala práctica” y/o “con responsabilidad institucional”.
- Para recertificar, el establecimiento deberá tener un promedio igual o mayor a 5 en todos los esenciales de los Estándares para Certificar Hospitales 2015.

## LOS SIETE MECANISMOS DE TRANSPARENCIA

Para dar transparencia al proceso de Certificación, el Consejo de Salubridad General cuenta con los siguientes mecanismos:

Durante la auditoría (segunda fase):

1. La firma de una CARTA DE CONFIDENCIALIDAD por cada uno de los auditores, con el propósito de garantizar que la información que se manejó y se generó durante todo el proceso de evaluación fue utilizada solo para este motivo.
2. La identificación de los procesos que el hospital ha definido acorde al propósito de cada estándar para implementar el Modelo del CSG, con el objetivo de que la SESIÓN DE REVISIÓN DE DOCUMENTOS no quede a criterio de los auditores.
3. El seguimiento de pacientes, recorridos por instalaciones, la evaluación de los procesos y de los sistemas, deberá de llevarse a cabo con acompañamiento por personal del hospital con la función de OBSERVADOR DE LA ORGANIZACIÓN. A estas personas se les informa y se les explican los hallazgos y las observaciones de auditoría. Es im-

portante que las personas que participen como OBSERVADORES DE LA ORGANIZACIÓN hayan participado activamente en la definición y/o en la implementación de los procesos/sistemas evaluados.

4. La lectura de las observaciones de auditoría relacionadas con la implementación del Modelo del CSG en las SESIONES DE REALIMENTACIÓN que se realizan como la primera actividad desde el segundo día de auditoría.
5. La entrega del REPORTE DE AUDITORÍA en el cual se integran todas las observaciones realizadas durante la evaluación.

Durante la fase de dictamen (tercera fase):

6. La información obtenida durante la auditoría es analizada por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) y se dictamina con base en las REGLAS DE DECISIÓN.
7. A cada organización se le envía el INFORME DEL DICTAMEN que contiene el fundamento del mismo.

El proceso de Certificación comprueba que una organización cuente con la estructura y el personal capacitado para ejecutar los procedimientos de atención a la salud para los que ha sido destinado, lo cual es un campo que corresponde al proceso de ACREDITACIÓN, y garantiza que toda la actividad se realice en forma sistémica y con la participación activa, decidida y convencida de todo el personal para trabajar en forma multidisciplinaria, y centrando toda la atención el paciente y a su familia.

Para ello se deberán respetar los valores culturales, entender la diversidad, y crear y mantener una cultura de colaboración, respeto y ayuda mutua. Al adoptar este enfoque, se eliminarán o disminuirán prácticas afectadas por la soberbia, la indolencia y se tenderán a abandonar conductas otrora comunes como es la enseñanza por humillación.

La percepción de que el hospital ha adoptado esta cultura de calidad permitirá que los directivos, los trabajadores de los equipos de atención a la salud, y los mismos pacientes y quienes los rodean, sepan que el trabajar por la salud en todas sus fases -preventiva, curativa y de rehabilitación- es una tarea común a todos ellos.

Los errores podrán ocurrir pues todos somos falibles, nuestros sistemas tienen flaquezas y debilidades y actuamos en campos de las ciencias médicas

que son complejos, pero esta cultura permitirá comprenderlos y prevenirlos, evitando conductas negligentes o cínicas.

Con la finalidad de mejorar y transparentar los lineamientos operativos del Proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, así como de informar de manera más eficaz y dar certidumbre en sus diferentes procesos ante el Consejo de Salubridad General, la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica aprobó, en su tercera sesión ordinaria de 2012, las siguientes políticas que deberán observarse y cumplirse a cabalidad en los procesos de Certificación de los establecimientos que se inscriban a partir del día 26 de septiembre de 2012:

#### POLÍTICA 1. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA:

Cuando los Establecimientos de Atención Médica Certificados realicen cambios de:

- Domicilio
- Razón social
- Modificaciones y/o ampliaciones en las instalaciones que impliquen aumento de camas hospitalarias y/o prestación de nuevos servicios de atención médica, respecto de los especificados en el formato de inscripción.

Deberán dar aviso al Consejo de Salubridad General, mediante escrito libre para informar del respectivo cambio, el cual deberá ser firmado por el Director del Establecimiento, acompañado de la copia simple del nombramiento del cargo y de su identificación oficial vigente, o en su caso, por el representante legal, quien deberá proporcionar una copia simple del poder notarial que acredite su personalidad, identificación oficial vigente, además de anexar en copias simples la documentación pertinente que compruebe dichos cambios, y copias simples de las Licencias Sanitarias actualizadas, según correspondan.

En un lapso no mayor a un año, contado a partir de la fecha de recepción de la documentación, se realizará una visita de seguimiento al establecimiento para comprobar que se mantenga o mejore el nivel de calidad observado en los resultados del proceso de Certificación o Recertificación; los resultados de la visita de seguimiento se presentarán para dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

## POLÍTICA 2. DENUNCIA:

Si el personal del Establecimiento de Atención Médica considera que durante el desarrollo de la fase de auditoría, el equipo auditor o uno de sus integrantes comete alguna falta grave o contraria a derecho, es importante que de aviso de forma inmediata a la Dirección General Adjunta de Articulación (DGAA) mediante el llenado del “ANEXO 5 DENUNCIA”, el cual encontrará en el documento “Las Actividades Fundamentales durante la Auditoría del CSG”, y comunicarlo al Tel: 01 (55) 2000-3400 ext. 59070 y al correo electrónico del titular de la DGAA.

La DGAA confirmará la recepción del mismo vía telefónica para que, en su caso, se interrumpa la evaluación correspondiente y se inicie nuevamente una segunda evaluación con un equipo diferente de auditores.

Con lo anterior, se salvaguarda el proceso y el resultado de la auditoría para que el establecimiento sea dictaminado con objetividad por parte de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Ahora bien, con el llenado y presentación del “ANEXO 5 DENUNCIA”, el personal del establecimiento de atención médica formaliza su inconformidad ante el Consejo de Salubridad General; para que dicha denuncia tenga validez, es indispensable que este anexo debidamente cumplimentado sea entregado dentro de los 5 días laborales posteriores a la ocurrencia del hecho denunciado.

Es importante hacer mención que, en caso de llenar el “ANEXO 5 DENUNCIA”, el Consejo de Salubridad General realizará la investigación correspondiente de lo que ahí se asiente. En caso de encontrar algún elemento contrario a la ley, se dará parte a las autoridades competentes. Por lo que se apercibe a los Establecimientos de Atención Médica a conducirse con verdad, toda vez que lo que se registre en dicho ANEXO 5, se hace “bajo protesta de decir verdad”, y en caso de declarar falsamente, se estaría incurriendo en responsabilidades penales y se informará a la autoridad ministerial para que proceda según lo establecido en los artículos 247 y 248 Bis del Código Penal Federal.

Cabe resaltar que, de ninguna manera, la presentación de la denuncia predispondrá al Consejo de Salubridad General sobre el Proceso de Certificación del respectivo establecimiento de atención médica; asimismo, respetará la confidencialidad de la información asentada en el formato de denuncia y será respetuoso de las demás acciones que el establecimiento considere pertinentes.



### POLÍTICA 3. DERECHO DE RÉPLICA:

En caso de que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, haya emitido el dictamen de no certificar al establecimiento, éste podrá ejercer el derecho de réplica, conforme lo dispone el artículo 15 del Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y será de la forma siguiente:

Elaboración del escrito de réplica, el cual deberá contener:

- Lugar y fecha de emisión.
- Nombre, denominación o razón social de quien o quienes promuevan la solicitud, o en su caso de su representante legal o apoderado. En este último caso, acompañar el poder notarial que acredite dicha personalidad.
- Domicilio para recibir notificaciones y nombre de la persona o personas autorizadas para recibirlas.
- Exposición clara y debidamente argumentada de los hechos y razones que motivan y justifican la solicitud. Se podrán anexar documentos y fotografías o cualquier otra prueba que se estime pertinente, fijando los puntos sobre los que versen y que apoyen sus argumentos.

La réplica deberá presentarse ante el Consejo de Salubridad General dentro de los cinco días hábiles siguientes a la notificación del dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

El Consejo de Salubridad General acordará dentro de los tres días hábiles siguientes a la fecha de presentación, respecto de la admisibilidad de la réplica, y en su caso de las pruebas ofrecidas. Solo podrán desecharse las pruebas propuestas por los interesados cuando no tengan relación con el fondo del asunto, sean innecesarias, o contrarias a la moral y al derecho. Tal resolución se notificará al interesado debidamente fundada y motivada.

El desahogo de las pruebas admitidas se realizará dentro de un plazo no mayor a quince días hábiles, contado a partir de su admisión. Si las pruebas ameritan su desahogo en el establecimiento de atención médica, ésta se realizará en un plazo no mayor a quince días hábiles.

La práctica de las actuaciones necesarias para el desahogo de las pruebas que hayan sido admitidas será notificada formalmente por el Consejo de Salubridad General a los interesados, con una anticipación de tres días hábiles.

Para tener información más detallada sobre el establecimiento de atención médica en el que se esté llevando a cabo una revisión de dictamen, el Consejo de Salubridad General podrá solicitar un informe u opinión a los miembros del equipo auditor involucrados en el respectivo "Informe de Auditoría".

Una vez desahogadas las pruebas admitidas, se pondrán las actuaciones a disposición de los interesados, para que en su caso, formulen alegatos por escrito, en un plazo no mayor a diez días hábiles. Estos alegatos serán tomados en cuenta por el Secretario del Consejo de Salubridad General al dictar la resolución, y a partir de ello, el Consejo de Salubridad General resolverá lo que corresponda, en un plazo no mayor a tres meses. El trámite y resolución de toda réplica se hará de conocimiento en sesión ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

#### POLÍTICA 4. INHABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA POR AUTORIDAD ADMINISTRATIVA:

Cuando los Establecimientos de Atención Médica deseen inscribirse al proceso de certificación por primera vez, o busquen la recertificación ante el Consejo de Salubridad General, es indispensable que no tengan una sanción de inhabilitación relacionada con la prestación de servicios de atención médica, impuesta por autoridad administrativa. De ser el caso, se le negará al establecimiento de atención médica la inscripción al proceso de certificación, hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspondiente haya emitido el comunicado oficial de que dicho establecimiento ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

En caso de que la autoridad administrativa sancione con inhabilitación a algún establecimiento de atención médica con certificado vigente, el Consejo de Salubridad General procederá a realizar una auditoría intencionada y los resultados los someterá a dictamen de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Dependiendo del resultado obtenido en la visita de la Auditoría Intencionada:

- Se confirmará la vigencia del Certificado.
- Se revocará el Certificado otorgado al establecimiento.
- En el caso de que se le revoque el Certificado al establecimiento, este no podrá volver a inscribirse al Sistema Nacional de Certificación hasta que haya concluido el periodo de sanción y la autoridad correspon-

diente haya emitido el comunicado oficial de que dicho establecimiento ha cumplido en su totalidad con la sanción impuesta.

## PERSPECTIVAS

En el camino seguido para la difusión e implementación de este modelo se han encontrado fortalezas y dificultades que se catalogan a continuación:

1. Certificación de Establecimientos de Atención Médica
  - Se ha logrado la confianza de los hospitales públicos y privados para implementar el modelo de la atención con calidad y seguridad.
  - El proceso de Certificación es gratuito. Deben solventarse únicamente los gastos de traslados y viáticos de los auditores.
  - Cuenta con mecanismos de transparencia que apoyan su legitimidad.
  - Su gratuidad limita la aplicación de la fase de auditoría principalmente a los hospitales públicos, ya que no cuentan con partidas presupuestales para ello.
2. Investigación y desarrollo de indicadores, métodos y estándares de evaluación de la calidad
  - Los estándares se han homologado a los existentes en procesos internacionales y a la normatividad nacional. La última versión aprobada por la Comisión y evaluada en pruebas piloto que demostraron su aplicabilidad, se encuentra vigente a partir del 1 de agosto del 2015.
3. Fortalecimiento permanente de los auditores
  - El consejo efectúa periódicamente cursos teóricos para la formación de auditores y aquellos que son aprobados pasan a un periodo de observadores en auditorías con la finalidad de unificar criterios de evaluación.
  - Los auditores no perciben sueldos ni otros estímulos más que aprender continuamente en los procesos de auditoría y cursos a los que asisten en beneficio personal y de la institución a la que pertenecen, en la cual son motores y promotores del modelo.

- El hecho que los auditores pertenezcan a hospitales en los que desempeñan actividades diversas dificulta que obtengan permiso para ausentarse con el fin de asistir a cursos o auditorías.
4. Articulación del SiNaCEAM con otras instituciones y organizaciones
    - Se tiene articulación con varias Secretarías de Salud estatales, con el Instituto Mexicano del Seguro Social, el ISSSTE, instituciones académicas como la Universidad Autónoma de Nuevo León, asociaciones de seguros, entre otros.
  5. Información, Transparencia, Difusión y Promoción
    - Se publican en la página del CSG los estándares, los documentos para la autoevaluación, las listas de los hospitales en proceso de certificación y los certificados.
    - Se promueve el cambio a la cultura de calidad mediante cursos y talleres en distintas localidades de nuestro país a los que se asiste en forma gratuita.

El principio LO PRIMERO ES NO DAÑAR, rara vez es violado por el personal de atención a la salud. Sin embargo los eventos centinela, adversos y cuasifallas siguen existiendo. Para estos casos, los pasos a seguir son:

6. Reconocer la realidad
7. Rechazar el hecho de que el status quo es aceptable
8. Tomar medidas para:
  - Reportar los problemas (identificación)
  - Analizarlos
  - Priorizarlos
  - Corregirlos (rediseñar procesos)
  - Difundir el conocimiento, buscar el fortalecimiento de una cultura de calidad y seguridad en la atención a la salud.

Finalmente, el Consejo de Salubridad General, considera como suyos los señalamientos que parafraseamos del llamado “Reporte Berwick”:

9. La herramienta más poderosa para avanzar en la seguridad del paciente es buscar ser una organización que confíe en el aprendizaje, más que en lograr la imposición de reglas, incentivos o regulaciones.

10. Colocar a la calidad y seguridad del paciente por encima de cualquier meta.
11. Involucrar, empoderar y escuchar siempre a los pacientes y a quienes los cuidan, estimular calurosamente el crecimiento y desarrollo de todo el equipo de trabajo para mejorar los procesos en los que se involucra.
12. Buscar siempre la transparencia, el crecimiento del conocimiento y sembrar la esperanza.
13. La única forma concebible de honrar a aquellos que han sufrido daño por errores en la atención médica, es efectuar los cambios necesarios que eviten, que otros pacientes o en otros lugares, se comentan los mismos errores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ruelas Barajas, E.; Poblano Erástegui, Ofelia; *Certificación y Acreditación en los Servicios de Salud: Modelos, Estrategias y Logros en México y Latinoamérica*, 2ª. Edición, Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
- Estándares para Certificar Hospitales 2015, Consejo de Salubridad General.
- Kohn, Linda T, Corrigan Janet M, Molla S, Donaldson; *To err is human: building a safer health system*, Washington DC, National Academy Press, 1999.
- Improving the Safety of Patients in England*, National Advisory Group on the Safety of Patients in England, August 2013.
- The Richard and Hinda Rosenthal Lecture 2011: *New Frontiers in Patient Safety*, Institute of Medicine of United States, 2011.

**SECRETARÍA DE SALUD**

Mercedes Juan López  
*Secretaria de Salud*

**SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD**

Eduardo González Pier  
*Subsecretario*

**DIRECCIÓN GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD**

Sebastián García Saisó  
*Director General*







SE TERMINÓ DE IMPRIMIR Y ENCUADERNAR EN OCTUBRE DE 2015  
EN LOS TALLERES DE KUNTS GRÁFICO,  
GARRIDO #76 COL. ARAGÓN LA VILLA, DELEG. GUSTAVO A. MADERO  
EN LA CIUDAD DE MÉXICO  
EL TIRAJE CONSTA DE 1000 EJEMPLARES

LA DIAGRAMACIÓN ESTUVO A CARGO DE  
MAXIMILIANO ROSETE  
[www.kuntsgrafico.com](http://www.kuntsgrafico.com)





