

**LA CALIDAD DE LA
ATENCIÓN A LA SALUD
EN MÉXICO A TRAVÉS
DE SUS INSTITUCIONES**
12 años de experiencia

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



La calidad
de la atención a la
salud en México
a través de sus
instituciones:
12 años de
experiencia

Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Luis Rubén Durán Fontes
Subsecretario

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Dr. Francisco Hernández Torres
Director General

La calidad
de la atención a la
salud en México
a través de sus
instituciones:
12 años de
experiencia

Coordinación:

Martha Alicia Alcántara Balderas

Revisión y corrección de textos:

Ansberto Horacio Contreras Colín

Colaboradores:

Magdalena Delgado

Nuria Díaz

Jorge Enríquez

Irlanda González

Ignacio Ibarra

Carlos Martínez

Javier Santacruz

David Soriano

Joaquín Zarco

La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia

Primera edición:

Diciembre, 2012

D. R. © Secretaría de Salud

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Lieja núm. 7

Col. Juárez, C. P. 0660

Delegación Cuauhtémoc,

MÉXICO, D. F.

Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)

Homero núm. 213

Col. Chapultepec Morales, C. P. 11570

Delegación Miguel Hidalgo

MÉXICO, D. F.

Se permite la reproducción parcial del contenido de la presente obra, para fines académicos, de enseñanza e investigación, citando la fuente.

Impreso y hecho en México/Printed and made in Mexico

ISBN 978-607-460-397-2

Índice

SIGLAS	9
INTRODUCCIÓN	11
1. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala <i>Enrique Ruelas Barajas</i>	15
2. Calidad de la atención médica <i>Rolando H. Neri Vela y Héctor G. Aguirre Gas</i>	35
3. Niveles de evaluación de la calidad <i>Francisco Hernández Torres, Alicia Alcántara Balderas y Horacio Contreras Colín</i>	47
4. El hexágono de la calidad <i>Héctor Gabriel Robledo Galván, José Meljem Moctezuma, Germán Fajardo Dolci y David Olvera López</i>	59
5. Continuidad de una política pública: SICALIDAD <i>Javier Santacruz Varela, Magdalena Delgado Bernal, Antonio Álvarez Belauzarán, Hilda Márquez Villarreal, Elena Trejo, Juan Carlos Castillo y Enrique Gómez</i>	85
6. Normalización y calidad en la gestión de servicios <i>Jorge Enríquez Hernández, T. Adolfo Serrano Moya y Ricardo Cárdenas Orozco</i>	105
7. La seguridad del paciente: eje toral de la calidad de la atención <i>Magdalena Delgado Bernal, Hilda Márquez Villarreal y Javier Santacruz Varela</i>	127
8. Programa de estímulos a la calidad <i>Josefina Arellano G. y Jorge Enríquez Hernández</i>	147
9. Percepción de los profesionales de la salud sobre la calidad de la atención en México <i>Francisco Hernández Torres, Alma Cáliz Morales y Jessica Santos García</i>	169

10.	Formación de recursos humanos en salud bucal <i>Enrique Padilla, Fernando Calderón, Juan Cervantes y Luis Espinosa</i>	175
11.	Formación de recursos humanos en enfermería <i>Juana Jiménez Sánchez</i>	191
12.	Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS) <i>Javier Rodríguez Suárez</i>	199
13.	La calidad como eje transversal de los sistemas de salud <i>Sebastián García-Saisó, Fernando Álvarez del Río, Paulina Terrazas Valdés e Ibelcar Molina Mandujano</i>	215
14.	Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad <i>Pedro J. Saturno</i>	225
	BIBLIOGRAFÍA	239

Siglas

CAM	Comisiones de Arbitraje Médico
CMAM	Consejo Mexicano de Arbitraje Médico
CNDH	Comisión Nacional de Derechos Humanos
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
DOF	<i>Diario Oficial de la Federación</i>
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
IPN	Instituto Politécnico Nacional
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PGR	Procuraduría General de la República
SAQMED	Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes

SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEMAR	Secretaría de Marina
SFP	Secretaría de la Función Pública
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SINAREQ	Sistema Nacional de Registro de Información de la Queja Médica
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Secretaría de Salud federal
UMAE	Unidad Médica de Atención Especializada
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción

La calidad es la esencia de cualquier tipo de acción o actividad y la encontramos implícita en todas las áreas del desarrollo del individuo y de la sociedad, de tal modo que la salud no es una excepción. A pesar de todos los conocimientos, avances y esfuerzos realizados por la sociedad, la deficiencia de calidad o de garantía de la calidad es una constante que representa un reto para la sociedad misma, pero sobre todo, para aquellos países cuyos niveles de desarrollo no han alcanzado estándares deseables y sostenidos que repercutan en su progreso sanitario y social.

En contraparte, la ausencia de calidad se manifiesta de múltiples maneras: servicios inefectivos e ineficientes, acceso limitado a los servicios de salud, incremento de costos, quejas médicas, insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de la salud, afectación de la credibilidad de los servicios de salud por parte de los usuarios y lo peor, pérdidas humanas.

Es importante señalar que en materia de salud, no sólo los factores demográficos y epidemiológicos son los encargados de motivar cambios sustantivos en la demanda y prestación de los servicios de salud en los últimos tiempos, sino también el fenómeno de la globalización. En efecto, la globalización está propiciando la implantación de sistemas de atención de servicios de salud con características similares que contemplen y cumplan con estándares de calidad internacional. Dichos estándares están apoyados en métodos y reglamentaciones que, para tal efecto, promueven diferentes organismos internacionales y cuyo objetivo está orientado hacia la evaluación del desempeño de las políticas o programas de la calidad de la atención.

Para América Latina, las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) son consideradas como una estrategia para la medición y mejora de la salud de la población desde 1997, cuando el Comité Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó aplicarse como punto de apoyo para la renovación de la política de la Salud para Todos en el año 2000.

Una de las once categorías de las FESP se definió para el tema de calidad y se denomina “*La seguridad de la calidad en los servicios de salud*”. Según los propios reportes que ha emitido la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS), es la función que presenta el menor desempeño para la Región de las Américas.

Estos resultados se confirmaron en la XXVII Conferencia Sanitaria Panamericana, donde se señaló que “*la calidad es una cualidad esencial de la atención médica y que es fundamental para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y garantizar el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud*”; y que es uno de los desafíos de los servicios de salud de las Américas, en donde se identificó claramente que la prestación de servicios de salud son de baja efectividad y calidad técnica, lo cual identifi-

ca como el reto futuro el garantizar que los usuarios de los servicios de salud reciban los beneficios máximos que cubran sus expectativas al interactuar con los sistemas de salud.

Bajo esa premisa, se establece que la política y estrategia para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente, lleve a cabo una serie de acciones inmediatas para que los sistemas de salud presten atención efectiva, segura, eficiente, accesible, apropiada y satisfactoria para los usuarios y en pro de la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Por su lado, México y su Sistema Nacional de Salud (SNS) presentan una larga historia de esfuerzos durante las últimas cinco décadas por lograr un avance paulatino y permanente en la mejora de la prestación de los servicios de salud. No obstante, aún se identifica que la calidad de los servicios es heterogénea y su eficiencia es reducida, lo que hace que prevalezca la insatisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios.

Actualmente, el Gobierno Federal sostiene su interés en los problemas de la calidad de los servicios de salud y se ha propuesto garantizar que la atención en los servicios de salud se otorguen de manera eficiente, con calidad y seguridad para el paciente, conforme lo establecen sus últimos dos Planes Nacionales de Desarrollo en donde se ha hecho explícita la necesidad de desarrollar una estrategia dirigida a implantar un Sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica.

Desde inicios de la década de los cincuenta, las auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) mostraron ser los primeros esfuerzos por mejorar la calidad de la atención médica. Con este insumo, fortalecieron

Inicios	1. Auditorías médicas	IMSS (1950-1960)
	2. Círculos de Calidad	INPER (1985)
Institucional	3. Evaluación de la Calidad Médica	IMSS (1987)
	4. Financiamiento de proyectos de mejora continua	PASPA (1994)
	5. Programa Integrado de Calidad	IMSS (1997)
Sectorial	6. Programa de Mejora Continua de la Calidad en la Atención Médica	SS (1997-2000)
	7. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS)	SS (2001-2006)
	8. INTRAGOB	2000-2006
	9. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD	SS (2007-2012)

Fuente: Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), Secretaría de Salud federal (SS).

la integración en las instituciones con el Programa Integrado de Calidad en 1997, hasta llegar a conformar una auténtica institucionalización programática y presupuestal en el Programa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (2001-2006) y su continuidad a través del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD 2007-2012).

Por otro lado, México aprovecho el impulso por lograr la cobertura universal de la seguridad social en salud (hoy conocido como Sistema de Protección Social en Salud o “Seguro Popular”), que ofrece a todos sus beneficiarios el derecho a recibir servicios de salud con calidad y que las instituciones prestadoras de servicios deberán hacer todo lo posible por garantizar su seguridad como usuarios de dichos servicios.

Nuevamente se colocó a la calidad de la atención a la salud como política pública permanente de la agenda de trabajo nacional, identificando la necesidad de crear una cultura por la calidad y la seguridad del paciente a todos los niveles del SNS.

Algunos autores han reconocido que los esfuerzos colectivos por desarrollar la calidad de la atención se han transformado en una “ruta para la construcción de la calidad de la atención”, donde a lo largo de los últimos 50 años, México ha impulsado distintas iniciativas que atraviesan al menos cuatro etapas: La primera, donde los esfuerzos fueron centrados en el resultado, es decir, un abordaje que privilegió la productividad de las acciones. Una segunda donde el énfasis fue atender los procesos bajo un estricto control estadístico. La tercera, donde se influyó notablemente el conocimiento y satisfacción de los usuarios de los servicios de salud y donde se incorpora como mecanismo de garantía de calidad la acreditación y la certificación de unidades. Finalmente, ahora vivimos una cuarta etapa donde se enfatiza el papel central de la gestión de calidad (operada obviamente por Gestores de Calidad) y se focaliza a la satisfacción de los usuarios externos e internos.

El objetivo central de todo sistema de atención a la salud es buscar mejorar el estado de salud y satisfacer las necesidades de la población; por ello, los elementos y cada una de las variables de todo modelo para intervenir en la salud, generan indirectamente influencia en los resultados alcanzados. Todos estas dimensiones, dominios de conocimientos y elementos que lo conforman, se describen en cada uno de los capítulos que dan cuerpo a esta obra, que esperamos sea de la mayor utilidad para el estudioso de la calidad de la atención a la salud en México y otras latitudes.

Dr. Francisco Hernández Torres

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala

Enrique Ruelas Barajas¹

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 los 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 han 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.

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.

¹ Senior Fellow Institute for Healthcare Improvement (IHI); Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina.

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 cuestión² 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 protagonistas 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 narración 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 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 sólo 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

² Secretaría de Salud, "Programa de Acción. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud", México, 2001.

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 aseguren 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 30 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 Health Care (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 crea-

da 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 enumeradas, 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. El tránsito desde la experiencia exclusivamente desarrollada en el INPer hacia el Centro de Investigaciones en Salud Pública, precursor del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), como resultado de mi transición laboral a unos meses de haber

iniciado la experiencia de los círculos de calidad, 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 10 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. Esta 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 se consideran 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, si bien todavía en un núcleo pequeño de profesionales de la salud, a medida que el tema se hizo explícito y, de esa manera, 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 impulsar ese tema o comportamiento 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 sólo 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 con cualquier otro tipo de organizaciones 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 fuera, y de la calidad de la atención hacia dentro. 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 sólo 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. Cuando 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 sólo 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. Falta 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 entonces 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 Qualimed, 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 plazos 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 SONRIE 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:

“Eleva 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 70 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 70 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, calidad 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 necesi-

rias 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 misma 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 diferentes 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 realimentación 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 sólo 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 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 EJECUCIÓN³

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 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 Avoles. En fin, 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 Avoles 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.

³ 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.

- 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; Monitorización 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 la Oficina del Secretario de Salud, de la 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. Creación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.
- 10) Participación Ciudadana: 1,170 grupos comunitarios constituidos como Aavales 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 Aavales 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 en 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 en alguna medida, no obstante, la fuerte tendencia centrífuga de las instituciones es una amenaza permanente a la confluencia de esfuerzos que, por cierto, es la única opción para reducir las variaciones de los niveles de calidad que contribuyen a las inequidades del sistema de salud. 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.

Calidad de la atención médica

Rolando H. Neri Vela
Héctor G. Aguirre Gas

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

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

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

Se sabe que en China, la Medicina era enseñada en centros especiales, y los estudios cobraban validez mediante exámenes ante *T'ai-yi-chu* o "*Gran Servicio Médico*", compuesto por más de 300 funcionarios³.

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

Con la llegada de la Edad Media, en la Medicina Árabe la institución educativa por excelencia fue la *madrasa*, instalada dentro de la mezquita o junto a ella, y en relación con los hospitales, o *bimaristan*. En el año 931, el califa Al-Muqtadir estableció la obligación de obtener, previo examen, un título (*icha-za*) 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 Islam⁴. 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!”⁵.

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

Lola Ferré, en la introducción a *El libro del asma*, del mencionado Maimonides, nos dice que este autor “[...] criticó la astrología en la carta que dirige a los judíos de Montpellier, cuando la creencia en la influencia de las estrellas sobre los hombres, no era solamente una creencia popular, sino que grandes sabios y astrónomos la daban por cierta”. Agrega que Maimonides criticó también, en *La guía de los perplejos*, la Medicina mágica al decir que: “[...] la lógica y la razón no pueden admitir que esas prácticas ejercidas por los brujos produzcan efecto alguno, como, por ejemplo, cuando se trata de recoger cierta planta en un momento dado o tomar determinada cantidad de tal cosa y cierta dosis de la otra”; y en la misma idea nos encontramos con su “[...] rechazo del médico empirista, que no conoce los principios fundamentales de la Medicina ni los procesos lógicos que llevan a la deducción correcta⁷, 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”⁸.

En la península ibérica, en 1289 las cortes de Aragón, reunidas en Monzón, tradujeron en un texto legislativo sumamente escueto, la preocupación de los grupos europeos más avanzados por el control profesional de médicos y cirujanos, inaugurada por Rogelio II de Sicilia hacia 1140. Una tradición que se puso en práctica en París desde 1220, y que se ejerció en Montpellier hacia 1239. Ya Jaime I, en 1272, se había preocupado de atajar el *intrusismo*^{*} 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 examen⁹.

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

La legislación valenciana de 1329 significó, al menos teóricamente, la sanción social definitiva del título universitario, pues los nuevos *Furs* (censores) exigían como condición necesaria para poder pasar el filtro de los examinadores municipales, la posesión de un título universitario. No se eximía del examen (que era teórico y práctico) a nadie por el hecho de poseer el título universitario o haber sido declarado apto en otro lugar de la Corona de Aragón. El requisito del paso por una escuela de Medicina no se exigió en el resto de la Corona hasta 1359, sin plantearse de modo explícito en Barcelona sino en 1401, cuando Martín I creó un *Studium de la Medicina* en la ciudad condal; imposición real que fue protestada por el municipio y la propia organización colegial médica barcelonesa¹⁰.

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 confesarse¹¹.

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

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

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

En el siglo XIX en la Rusia zarista, existió el sistema *zemstvo*. La deplorable situación económica en que tras su liberación quedaron los campesinos pobres, obligó al poder central, en 1867, a suministrar asistencia médica gratuita, a través de una red de médicos funcionarios y centros sanitarios rurales. Con la implantación del sistema socialista, la situación cambió radicalmente, pues todo el personal médico y paramédico trabajaba exclusivamente para el Ministerio de Salud, y aun cuando estaba permitida la práctica privada, era raro que la gente hiciera uso de este tipo de atención, seguramente debido a que los médicos oficiales eran de la más alta calidad. Otro hecho era la extensión de los servicios a todos los niveles, logrado con la utilización de suficiente personal preparado para el desempeño de sus funciones¹².

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 médica¹².

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

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

Se limita a la práctica racional de la Medicina, sustentada en las ciencias médicas, hace énfasis en la prevención, exige cooperación entre los profesionales de la Medicina y el público; trata al individuo como un todo, enfatizando que se debe tratar a la persona enferma y no a la condición patológica; mantiene una relación cercana y continua entre el médico y el paciente¹³.

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

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

En 1951, teniendo como marco un acuerdo con el *American College of Physicians*, la *American Hospital Association* y la *American Medical Association*, se creó la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, como una instancia externa destinada a la evaluación de los estándares de calidad en hospitales, en forma voluntaria, con el propósito de autorregularse¹⁴.

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

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

Con el respaldo de estas normas, los doctores: González Montesinos, Lee Ramos, Pérez Álvarez, Santisteban Prieto, Remolina Barenque, Maqueo Ojeda, De la Riva Cajigal, la enfermera Hernández Brito y otros colaboradores, desarrollaron una intensa labor de investigación y publicación de trabajos sobre calidad de la atención médica²²⁻²⁸, que incluyeron: “Evaluación específica de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsia”²²; “Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur y del Valle de México”²³; “Evaluación de las actividades clínicas de enfermería en los hospitales del IMSS”²⁴ y “Conceptos, objetivos y logros de la evaluación de la actividad médica”²⁵.

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 sistemas²⁹⁻³³, destacando su volumen de 1984, *La calidad de la atención médica*³⁰.

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

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

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

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

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

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 atención³⁷⁻⁴⁰, como: “Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía”³⁷, “Calidad, productividad y costos”³⁸; con Vidal Pineda: “Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica”³⁹; 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”⁴⁰.

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

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

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

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

* Unidad Médica de Alta Especialidad.

piloto de “Certificación de Hospitales”⁴⁶, 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 contratadas⁴⁵. La implantación y operación del sistema fue un éxito, habiendo certificado un importante número de hospitales a fines de 2000, año en el que concluyó la gestión en curso.

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

Con el relevo sexenal de las autoridades gubernamentales, en 2007 el Dr. Enrique Ruelas Barajas asumió el cargo de Secretario del Consejo de Salubridad General, y con ello, el compromiso de conducir la certificación de hospitales, habiéndose propuesto como objetivo, elevarlo a nivel internacional⁴⁸, conforme a los estándares de la Joint Commission International⁴⁹⁻⁵².

Paralelamente, en 1999 el IMSS implantó el “Premio IMSS de Calidad”⁵³, 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 Calidad⁵⁴.

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)⁵⁵⁻⁵⁷, con el que se pretende que existan las condiciones para garantizar y homologar la calidad a nivel industrial, mismo que se ha tratado de adaptar al entorno médico, todavía con poco éxito^{50,58}. 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”⁵². En España, su principal representante ha sido la Asociación Española de Normalización (AENOR), con base en el Sistema ISO 9001:2000⁵⁹.

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 funciones⁴⁹⁻⁵². 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 complementan⁵⁰.

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^{50,60,61}. En ellos se pretende que a través de la autoevaluación, se pueda contar con un diagnóstico situacional de las organizaciones, conocer sus problemas y puntos débiles a fin de trabajar para su mejora continua, hasta lograr la excelencia en satisfacción de clientes y empleados, efectos benéficos en la sociedad y resultados óptimos de la empresa^{50,60,61}. El Sistema desarrollado por la European Foundation for Quality Management⁶¹⁻⁶⁴ tiene muchas similitudes con la Evaluación Integral de la Calidad de la Atención Médica^{35,36}, mismos que ya aplicaba el IMSS en México desde 1983^{43,44}.

En Canadá, como consecuencia de una escisión con la Joint Commission, se creó el Canadian Council on Health Facilities Accreditation⁵⁰. 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 Hospitales⁵⁰. Más tarde, los trabajos en calidad se han orientado al Modelo Europeo de la ya referida EFQM⁶²⁻⁶⁴.

En el Reino Unido, la King Edward's Hospital Fund for London (Fundación Rey Eduardo de Hospitales para Londres), con base en el King's Fund Organizational Audit Scheme (Esquema Organizacional de la Fundación del Rey), desarrolló el Health Quality Service Accreditation Programme (Programa de Acreditación de la Calidad de la Salud de los Servicios), a partir de estándares de la JCAHO, del Sistema ISO y de la European Foundation for Quality Management⁵⁰.

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 Acreditación⁶⁵, 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 producción⁶⁶. Cabe mencionar que desde 1978, Feld *et al.* publicaron⁶⁷ 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^{50,60,68}.

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 1996⁶⁹. 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*⁷³, donde se señala que en ese país ocurren de 44,000 a 88,000 muertes al año por errores médicos, en su mayoría prevenibles.

Aun cuando la misión original de la CONAMED parecía estar enfocada exclusivamente al desarrollo de medios alternativos para la solución de diferendos entre médicos y pacientes, en su Misión incluye como objetivo fundamental, el de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica, por medio del análisis de las quejas por mala calidad y la elaboración de recomendaciones para optimizar dichos servicios⁷⁰⁻⁷².

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 Maimonides, *Obras médicas I. El régimen de salud*, Córdoba, España, Ediciones el Almendro, 1991, p. 91.
- ⁶ *Op. cit.*, pp. 94-5.
- ⁷ Maimonides, *Obras médicas II. El libro del asma*, Córdoba, España, Ediciones el Almendro, 1991, p. 21.
- ⁸ *Op. cit.*, p. 24.
- * Según definición del *Diccionario de la Real Academia*, significa: "Ejercicio de actividades profesionales por persona no autorizada para ello. Puede constituir delito" [n. del e.].
- 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?", *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):108-9.

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

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

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):207-20.

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.

⁴³ 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.

* Unidad Médica de Alta Especialidad.

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 Máster 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 Definición de "Joint Commission" en *Wikipedia the free encyclopedia*, 2012.

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

⁵³ IMSS, *Premio IMSS de Calidad*, México, IMSS, 1998.

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

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

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

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

⁵⁸ 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.

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

⁶⁰ 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.

⁶¹ 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.

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

⁶³ 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.

⁶⁴ 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.

⁶⁵ 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.

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

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

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

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

⁷⁰ 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.

⁷¹ 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.

⁷² 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.

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

Niveles de evaluación de la calidad¹

Francisco Hernández Torres²

Alicia Alcántara Balderas³

Horacio Contreras Colín⁴

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 el proyecto de que se trate. La estrategia de acción también aportará una estimación del tiempo que habrá de dedicarle para llegar a la meta.

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

La Planeación se emplea para generar una filosofía organizacional para que la alta dirección cuente con una herramienta administrativa que le permita formar en sus colaboradores una actitud de prioridad en su conocimiento y aplicación.

Esta herramienta, en combinación con las políticas públicas, los marcos normativos y legales, aporta a las instituciones de salud un marco de referencia a partir del cual medirán el cumplimiento de sus obligaciones al momento de brindar la atención médica que requieren los ciudadanos y para la cual fueron creadas. Así se identifica el grado de congruencia entre la asignación programática del gasto y su quehacer organizacional para definir nuevas estrategias y prioridades organizacionales, a fin de 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. Para el caso del Sector Público Federal se requiere la revisión precisa de cuando menos los siguientes documentos:

¹ Una versión preliminar de este artículo se publicó en la *Revista CONAMED* (vol. 16, núm. 4, octubre-diciembre, 2011). En aquella versión participaron también: María Teresa Aguilar Romero, José Misael Hernández Carrillo y Ricardo Martínez Molina (funcionarios de la CONAMED).

² Director General de Calidad y Educación en Salud, SS.

³ Directora General Adjunta de Fortalecimiento a la Calidad, DGCEs, SS.

⁴ Editor de contenidos.

- 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 existirían 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 se encuentra 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; conducido 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, en base al 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 establecen⁵.

La utilidad de la PE en los niveles de evaluación de la calidad de la atención a la salud marca el camino y también 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 demandas de servicios, posible mala percepción o sentimientos relacionados con la calidad, oportunidad y dignidad. 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.

⁵ Poder Legislativo, "Ley de Planeación", *DOF*, México, 5 de enero de 1983; reformada al 20 de junio de 2011.

ELEMENTOS CLAVE

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

Pregunta	Elemento	Concepto
¿Qué queremos ser?	Misión	Establece el objetivo general de la organización.
	Visión	Describir un escenario futuro altamente deseado.
¿Qué nos proponemos lograr?	Objetivos estratégicos	Los esenciales para cumplir la misión.
¿Cómo lo lograremos?	Estrategias clave	Forma en que se logrará el propósito expresado en los objetivos.
¿Qué haremos?	Programas y Proyectos	Acciones específicas para implementar las estrategias.
¿Cómo lo mediremos?	Indicadores	Parámetro para evaluar el logro de las estrategias.
	Metas	Especificación en número de cuánto deseamos 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 utilizada⁶ 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 ejercitar acciones de continuidad basados en las mejores prácticas y evitar poner en riesgo su fortaleza en un futuro.

⁶ 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.

2. 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.
3. 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 les alcanzan para la subsistencia diaria.
4. 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 incluya la medición y el logro de las políticas, planes o proyectos institucionales.

En el *segundo nivel*, el enfoque reconocido para su implantación es de evaluación 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* de abordaje se medirá 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.

Alrededor de todo el campo de conocimiento que provee la evaluación de la calidad de la atención, gira 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 cuenta con eficiencia y eficacia, grado de aceptabilidad y legitimidad; entre otras.

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

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, que son 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”, definiendo un total de 11 FESP y desarrollando un instrumento para medir su desempeño y vigorizar la participación de los diferentes niveles de las autoridades sanitarias del estado.

- La FESP relacionada con calidad es la novena y se define como “*La seguridad de la calidad en los servicios de salud*”, para lo cual debemos considerar la necesidad de implantar un sistema de evaluación basado en la metodología científica aplicable y supervisada tanto al interior (incluidas las tecnologías) como al exterior de la organización, a

CUADRO 1.

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 ⁽¹⁾
Segundo	Evaluación de la calidad de los servicios.	Servicios de salud de primero, segundo y tercer nivel de atención	Sistémico	EPRC ⁽²⁾
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 mejoramientos de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.

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

fin de garantizar los elementos mínimos en la prestación del servicio, aplicando evaluaciones para identificar la satisfacción del usuario, los indicadores y normas regulatorias.

Estos puntos expresan 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.

Tal medición de la FESP 9 contempla cuatro ejes de evaluación. El primero realiza la medición sobre 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 se relaciona con 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 se vincula con el nivel federal o central en asesoría y apoyo técnico a las instancias subnacionales de salud (en México, a 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 indispensable en la gerencia de las instituciones del sector salud (administración, rectoría, implementación).

Resulta importante mencionar que mediante 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.

- 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 dirige hacia 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 que se realizan para reconocer, diagnosticar 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 y los servicios ofertados de los elementos legales y reglamentarios, y de las competencias demostradas al brindar el servicio por parte del prestador privado o público, comparados con el grado de satisfacción manifestado por los usuarios a partir del instrumento de medición de la satisfacción y, en su caso, por las 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 está dirigida tácticamente a reconocer los recursos-humanos, materiales y financieros transformados en maniobras, 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”.

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, resultado.

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

CUADRO 2.
HALLAZGOS FRECUENTES EN LA MEDICIÓN DE LA
CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

De estructura:	De proceso:	De resultados:
<i>Equipo:</i> Instalación insuficiente - Equipo inadecuado <i>Personal:</i> - Insuficiente - Selección y capacitación insuficiente - Distribución inadecuada <i>Insumos:</i> - Insuficiente - Surtidos sin oportunidad - Falta de calidad - Insuficiente sangre o sus fracciones	- Falta de oportunidad en la atención médica. - Carencia de manuales de operación. - Falta de normas o su supervisión. - Competencia profesional insuficiente. - Falta de respeto a principios éticos. - Desconocimiento de medidas de seguridad para el paciente.	- Necesidades de salud no satisfechas. - Complicaciones y secuelas temporales o permanentes. - Evento adverso con o sin error médico. - Defunción no esperada. - Expectativas no satisfechas.

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.

Es importante mencionar que 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), 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 que debe hacer quien proporciona la atención médica.

El abordaje de 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 regula⁷, 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, 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)⁸ del programa SICALIDAD de la Secretaría de Salud, y otros ordenamientos relacionados.

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.

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 lo cual 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, sin olvidar a los actores denominados “prestadores de servicios médicos, técnicos y auxiliares” quienes

⁷ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

⁸ Dirección General de Calidad y Educación en Salud, *Instrucción 117/2008. Comités de Calidad y Seguridad del Paciente*, México, SS, 2008.

no deberán dejar de desarrollar sus habilidades y competencias en beneficio de su labor y de la prestación del servicios médico basado en la calidad, calidez, oportunidad, información y con seguridad para sus pacientes.

La realidad que mostró el país a finales de la década de los ochenta, identificó a nuevos actores sociales, políticos y económicos en busca de espacios públicos donde participar, decidir y poder ellos mismos satisfacer aquellas demandas que no fueron cubiertas por el gobierno. La Administración Pública observó que su acción había disminuido su influencia y credibilidad en la sociedad, por lo que replanteó sus instrumentos de operación, incorporando novedosos elementos tales como la instrumentación de planes estratégicos y las denominadas políticas públicas.

Por tanto, la gestión se convierte en 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 permitirán 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 administración), o planear, hacer, verificar y actuar (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.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Cruz C, “La necesidad de la planeación estratégica en las organizaciones industriales modernas”, *Temas de ciencia y tecnología*, 2000 May-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).
- 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.
- _____, *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.
- 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*, Washington, D. C., OPS, 2002, Publicación científica núm. 589.
- Poder Legislativo, "Ley de planeación", DOF, México, 5 de enero de 1983. Reformada al 20/junio/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).

El hexágono de la calidad

Héctor Gabriel Robledo Galván¹

José Meljem Moctezuma²

Germán Fajardo Dolci³

David Olvera López⁴

LA CALIDAD, NUESTRO PUNTO DE PARTIDA

No deja de ser interesante que siendo la calidad un término que han identificado diversas culturas en momentos históricos dispersos en la línea del tiempo, es hasta hace relativamente poco —30 o tal vez 35 años— que cobra importancia relevante en materia de salud. Por ejemplo, en los tiempos de los reyes y faraones existían los argumentos y parámetros para medir la calidad, prueba de ello es que en el *Código de Hammurabi* (1752 a. C.) se lee que “Si un albañil construye una casa para un hombre, y su trabajo no es fuerte y la casa se derrumba matando a su dueño, el albañil será condenado a muerte”⁵. Los fenicios⁶, por su parte, le cortaban la mano a quien hacía un producto defectuoso, aceptaban o rechazaban los productos en función de si cumplía o no con las especificaciones acordadas que incluso, en muchos productos, eran de calidad y ponían en vigor las especificaciones gubernamentales. Alrededor del año 1450 a. C., los inspectores egipcios comprobaban las medidas de los bloques de piedra con un pedazo de cordel. Los mayas también usaron este método. Esta cultura, como la mayoría de las civilizaciones antiguas daban gran importancia a la equidad y justicia en los negocios, así como a los métodos para resolver las quejas, aun cuando en diversas ocasiones, ello implicara condenar al responsable a la muerte, la tortura o la mutilación⁷.

La calidad es parte de la humanidad, sólo que no se le conocía como hoy ni tampoco era evaluada con los métodos y herramientas disponibles. La calidad era parte de los acuerdos establecidos en los intercambios comerciales y para cumplir con ella existía el “crédito a la palabra”; era un compromiso, entre caballeros, entre proveedores y clientes. Si bien se estableció en la época

¹ Director General de Calidad e Informática/CONAMED.

² Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

³ Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud, SS.

⁴ Director de Calidad, CONAMED.

⁵ *Código de Hammurabi*, México, Cárdenas Editor y Distribuidor; 1992.

⁶ Wagner, Carlos G.), *Historia del mundo Antiguo. Oriente: Los fenicios*, Madrid, Akal, 1989, ISBN 84-7600-332-3.

⁷ Rivera Dorado, Miguel, *El pensamiento religioso de los antiguos mayas*, Madrid, Editorial Trotta, 2006, Col. Paradigmas.

del trabajo artesanal donde se pretendía ofrecer a los compradores siempre la mejor calidad en la mercancía, no fue sino a partir del siglo XVIII cuando ésta tomó el matiz formal con el que la conocemos hoy día, particularmente con el auge en los negocios y en los bienes que se producían a gran escala, en la época de la Revolución industrial⁸.

Se notaba un interés por que el producto que generaba la máquina fuera razonablemente similar, y en el mejor de los casos, igual en cada ocasión. Pero fue realmente hasta finales del siglo XIX cuando en los Estados Unidos de América, Frederick Taylor⁹ quitó la responsabilidad de cuidar la tarea de calidad de los productos que estaba encomendada a los obreros y supervisada por los capataces, para ponerla en manos de los ingenieros industriales (profesión naciente entonces), quienes estaban más calificados y contaban con el conocimiento para corregir y supervisar más estrechamente el proceso de producción en serie.

Fue a principios del siglo XX cuando los industriales empezaron a ver un mercado mucho más amplio que el de sólo atender a las cúpulas sociales privilegiadas; con la tecnología disponible y el abaratamiento de costos de producción, se pudo ofertar a un número mayor de personas, productos diversos que atendían múltiples necesidades. Fue en ese siglo cuando Henry Ford introdujo en la producción de la Ford Motor Company la línea de ensamblaje en movimiento¹⁰.

Como podemos observar, hasta mediados del siglo pasado la calidad era un tema eminentemente industrial y asociado a la competencia de bienes de consumo, lo que obligó a los empresarios a ofrecer mejores productos para ganar el mercado y mantenerse operando.

Fue a partir del surgimiento de la competencia entre las empresas de servicios, que se inicia la cultura de la calidad a favor del cliente en este sector. Si revisamos la historia y la evolución de la implementación de la cultura de la calidad en empresas de servicio al cliente, podemos observar que fue la industria turística, en las ramas hotelera y restaurantera las que iniciaron con esto¹¹. Si somos rigurosos en la revisión de los tiempos en los que, de manera intensa, se generó el interés por este tema en el Sector Servicios, podemos identificar que fue en el último tercio del siglo pasado, a partir de los años sesenta, principalmente en los Estados Unidos de América y con mayor fuerza en la década de los ochenta.

LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El impulso de la teoría de la calidad en los servicios de salud empezó poco después de su inicio en los Estados Unidos y algunos países de Europa. Para muchos estudiosos del tema, el doctor Avedis Donabedian fue el pionero que

⁸ <http://www.historiacultural.com/2010/07/las-revoluciones-industriales.html>.

⁹ Coriat, Benjamín, *El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*, México, Siglo XXI Editores, 1991.

¹⁰ Miranda González, Francisco, *Introducción a la Gestión de la Calidad*, México, Ed. Delta Publicaciones.

¹¹ Ruiz Olalla, C., "Gestión de la calidad del servicio". [Acceso: 8-10-2012.] 5campus.com, Control de Gestión, 2001. Disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>.

realmente se ocupó de estudiar y medir la calidad en los servicios de salud en la Unión Americana; y casi de manera paralela y con el apoyo de él, en México se inicia una corriente encabeza por el doctor Enrique Ruelas Barajas en el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en la década de los ochenta¹².

En la última década del siglo xx se suscitó un crecimiento vertiginoso del interés por la calidad de la atención médica en México y en muchos otros países, cuyo origen es probablemente una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunas personas por fortuna también, de responsabilidad social y de integridad moral¹³.

El concepto de calidad en la atención médica de acuerdo con la definición de Avedis Donabedian es: “el tipo de atención que maximiza el bienestar del paciente, después de tener en cuenta el balance de pérdidas y ganancias esperadas, contemplando el proceso de atención en todas sus partes”¹⁴.

Si bien desde la década de los sesenta, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inició programas de evaluación por medio de su sistema de auditorías, no fue propiamente el enfoque actual de calidad; sólo se verificaba que la institución cumpliera con la normatividad establecida para sus procesos. Siendo objetivos, una de las definiciones de calidad —la de Crosby— es justamente la que establece que se trata de *cumplir con las especificaciones*¹⁵.

Es en 1984 cuando se inicia formalmente la investigación sobre calidad en el Centro de Investigaciones en Salud Pública con un programa de garantía de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología para la atención perinatal en México.

Un evento que impulsó más el desarrollo de la investigación y de la educación superior en esta materia fue la creación del INSP en 1987. Los estudios sobre calidad de la atención que ya se venían desarrollando mantienen continuidad y se incorporan nuevos proyectos. A la fecha, es una de las instituciones con mayor número de investigaciones y publicaciones en calidad de la atención a la salud.

La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido que “[...] 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”¹⁶.

¹² <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001054>.

¹³ Ruelas, B. E. y Zurita, G. B., “Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud”, *Salud Pública de México*, 1993; 35:235-7.

¹⁴ Donabedian, Avedis, *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980; 1:38-40. También, cf. “Quality assurance in our health care system”, *Quality Assurance Utilization*, 1988; 1:37-68.

¹⁵ Muñoz Machado Andrés, *La Gestión de Calidad Total en la Administración Pública*, México, Ed. Díaz de Santos, 2007.

¹⁶ 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 27 de junio de 2011.

Sin lugar a dudas, 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, es una institución del más alto prestigio en la materia y definen la calidad de la atención de una forma muy simple: “*Hacer las cosas correctas y hacerlas bien*”¹⁷. 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”¹⁸.

Actualmente no es concebible pensar en salud sin asociar de manera simultánea, el término de calidad. La pregunta natural es... ¿qué es calidad en los servicios de salud? A lo largo de la historia, el término calidad ha sufrido numerosos cambios que acompañan los conceptos y los momentos históricos en los que se ha estudiado¹⁹. 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)²⁰.

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. Feigenbaum²¹ 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”.

Un experto contemporáneo en materia de calidad es Joseph Juran²², 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, de habilidad, seguridad del producto y servicio en el campo. Debe satisfacer las necesidades del cliente, es decir, la calidad es aptitud para el uso.

¹⁷ Accreditation Standards. *Standards Intents*. JCAHO, Oakbrook Terrace, 2000.

¹⁸ Instituto de Medicina. *Medicare. Una estrategia para el aseguramiento de la calidad*. Vol. I, Washington, D. C. National Academy Press, 1990.

¹⁹ Cf. <http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-historica.htm>.

²⁰ Crosby, P., *Quality is free*, Nueva York, McGraw-Hill, 1979.

²¹ Feigenbaum, A. V. *Total Quality Control*, Nueva York, McGraw-Hill, 4ª. ed., 1990.

²² Juran, J. M., *Manual de Control de la Calidad*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana de España, 3ª. ed., 1993.

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”²³. 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 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”. Por su parte, la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC, por sus siglas en inglés) 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.

²³ 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.

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 no sólo 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 realimentación 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 cabo²⁴.

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 sólo 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.

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

²⁴ Ruelas Barajas, Enrique, "Hacia una estrategia de garantía de calidad de los conceptos a las acciones", *Salud Pública de México*, 1992; 34:29-45.

cuestión de días, o siendo estrictos, incluso en 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.

EL HEXÁGONO DE LA CALIDAD

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 en el modelo que denominamos el **hexágono de la calidad**, donde en seis macrocomponentes se agrupan los elementos que favorecen o perjudican la actuación con calidad en la atención a la salud. Con la falta de cualquiera de estos elementos, la calidad es incompleta o parcial (véase figura 1).

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 4 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.

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

FIGURA 1.



Si bien la primera vertiente está relacionada directamente con el proceso médico (se incluye la atención científica del proceso para recuperar la salud), la segunda está asociada con la satisfacción del paciente y sus familiares, en muchos de los casos, con independencia de la calidad técnica recibida. 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.

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 desde el 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 de cómo se abordaban los casos y cómo se atendían, se está terminando. Cada vez es más similar —por no decir que idéntica— la forma como se conducen los médicos de todo el mundo para atender a un paciente; ello significa que se está avanzando a pasos enormes 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, se atribuye a las singularidades de cada paciente (edad, padecimientos asociados, genética, raza, entre otros factores). En el mismo país, en principio debiera ser mucho más homogéneo, tanto 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 sólo 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, en el estado del arte 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 concreto²⁵.

²⁵ Disponible en: <http://medicinavderecho.blogspot.mx/2011/01/lex-artis.html>.

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 síntomas²⁶.

2. Dimensión interpersonal

Es el trato humano, amable, 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, digno, 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 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, mostrando en todo momento atención a la preocupación por lo que les aqueja, por mínimo que sea el problema. El trato amable, cortés, atento 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 amable no sea sólo al paciente, en muchos casos es con el familiar con quien se interactúa y debe tenerse presente que puede encontrarse alterado, preocupado, desesperado, etc., 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

²⁶ 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.

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 amable y cortés sea durante todo el tiempo, desde que cruza la puerta de entrada hasta que sale y no sólo en momentos esporádicos que se dan en aquellos servicios 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 amable y cortés 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 lo que esperan de una atención²⁷. 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 favorable o no 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.

Sin duda 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.

²⁷ Fajardo Dolci, Germán, "Calidad de la atención, Ética Médica y Medicina Defensiva", *Revista CONAMED*; 2008; 13:3-4.

A consecuencia de lo anterior, Fajardo señala que la calidad debe entenderse como: "Otorgar al paciente atención médica con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos de la práctica médica, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas"²⁸.

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 dársele seguimiento. Con monitoreo y evaluación se verifica el control al respecto y se identifican los posibles sesgos.

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 que impida que sea cuestión de voluntades temporales o de convicciones pasajeras. La obligatoriedad del cumplimiento es un paso que favorece el cumplimiento de los procesos establecidos de las mejores prácticas en todos los aspectos. Es difícil obligar al servidor público a que presente una atención cálida, amable y cordial con el paciente y su familiar, pero sí se puede evaluar si acaso el personal lo está haciendo o no. 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 por 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 la disminución de las infecciones nosocomiales, no se pueden alcanzar si no se implementan acciones en materia de calidad y seguridad del paciente.

Las metas de cobertura o de profesionalización de la atención no se pueden lograr si no se atienden los compromisos con interés y oportunidad. Es importante destacar que la mayoría de los indicadores son de ámbito internacional, es decir, se calculan exactamente con los mismos parámetros en todo el mundo para hacer las cifras comparables y medir los avances con los mismos instru-

²⁸ <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2011/cma114c.pdf>.

mentos. Esto permite establecer metas comunes en beneficio de las poblaciones de regiones o incluso continentes.

Necesitamos más y mejores políticas públicas en salud, de manera general, y en atención con calidad, de manera particular, para atender el rezago en la materia. Con políticas de salud pertinentes, sensatas y factibles, podremos avanzar en ofrecer a la población mejores servicios de salud. 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, beber o utilizar agua potable, 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 decir que falta mucho por avanzar todavía en materia de oferta de servicios.

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.

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 del país. Diagnósticos de salud hay suficientes, lo que faltan son políticas públicas que le den respuesta social al resultado de esos diagnósticos.

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 ambas 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 OPS, 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 contribuye 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. Acá 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 del fondo revolvente en caja o de 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. No debe soslayarse la participación de estos últimos, ya que 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, u otros casos análogos.

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 diagnóstico o de 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 en el estado del arte de 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, particularmente en sus funciones organizacionales de tal manera que se cuente con personal en la frontera del conocimiento dentro de su ámbito de competencia.

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 caracterizar 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 Neoinstitucionalismo, 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, adecuadas al tipo de servicio que se ofrece.

No es raro ver hospitales contruidos hace pocas décadas que no cuentan con espacios de espera y baños para los familiares, así mismo para descansar o para dormir, recordemos que 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 pacientes y sus familiares. 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, diseñadores, dándole un concepto de modernidad, funcionalidad y belleza acordes a los conceptos diseñísticos del siglo XXI. Hoy resulta inaceptable pensar que se planearía 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 sólo 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 institución²⁹, 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 necesario³⁰. En caso de que el consultorio sea de alguna especialidad, entonces deberá contar además con el equipo específico que requiera. Para el equipamiento, la Secretaría de Salud federal (SS) ha publicado ya suficientes Normas Oficiales Mexicanas (las llamadas “NOM”) y guías de equipamiento que le permiten a cualquier médico identificar lo que debe tener³¹.

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 tengan un tomógrafo porque no está establecido que lo que deban tener pues lo que se va hacer en esas unidades son procedimientos diagnósticos de otra índole (más sencillos). En cambio, no es aceptable que tal tecnología esté ausente en un hospital de alta especialidad.

²⁹ SS, *Innovaciones en Gestión Hospitalaria, el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*, México, SS, 2006, pp. 106-9.

³⁰ 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.

³¹ 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.

Con las nuevas tecnologías y los avances del conocimiento médico, se puede avanzar en busca de modelos interactivos e interoperativos, donde se optimicen recursos y se multipliquen resultados. Se requiere avanzar en un modelo de atención a la salud acorde a las necesidades del México del siglo xxi, donde la tecnología permite posibilidades infinitas de comunicación y soporte al cuidado de la salud.

Para avanzar en el impulso de la calidad, la telemedicina representa una estrategia valiosa e imprescindible ya que con ella se puede 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 le envíen 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 usuarios³².

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 cuándo disminuye 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 ventajas³³.

Los sistemas de seguridad informática están avanzando a ritmo vertiginoso, por lo que se podrá compartir por la Web la información de todos los pacientes que así se requiera, con la seguridad 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-

³² <http://www.ignaciopara.com/la-interoperabilidad-de-los-sistemas-de-salud/>

³³ *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. Entendidos como aquellos que se utilizan para la operación cotidiana de la Unidad en todos sus aspectos. Desde luego, se requiere desde gasas, alcohol, algodón y abatelenguas para un consultorio, hasta reactivos, placas y otros consumibles e insumos para los equipos de diagnóstico y tratamiento. Otros insumos para la operación además de los sustantivos, son los de apoyo a la operación administrativa 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, por mencionar dos prioridades. 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 a veces meses en ser restituidos, pues los procesos se afectan 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 en esta década ya que no es raro identificar la ineficiencia para su disposición y entrega a los pacientes. El contar con ellos por medio de estrategias operativas eficientes debe ser el reto en este rubro, ya sea haciéndolo más eficiente en la administración propia, o subrogando el servicio a un tercero. (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, la conexión a internet y demás. 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 por las razones existentes (siempre de sobra), entonces no podemos hablar de calidad en todos los procesos; 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 deben aprender de lo que acontece en el día a día, de los aciertos y errores para tomar medidas de prevención y corrección en un caso, o de implementación y multiplicación en el otro caso. La organización, entendida no sólo como los directivos que conducen la gerencia y toman decisiones en un constante devenir; sino todos los actores que forman parte de la institución.

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. Este aprendizaje en el sector privado resulta imprescindible para sobrevivir en un mercado de libre competencia; en el sector público, la atención al cliente distingue en la iniciativa privada a las buenas de las malas empresas, y ello puede significar su permanencia o desaparición del mercado. Este enfoque es reciente y está descrito en los textos de la nueva administración pública. 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 documenta-

ción 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...).

Sólo 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. Se requiere 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, así también diferentes tipos de capacitación son indispensables para evaluar que se estén llevando a cabo las mejores prácticas en el quehacer institucional. Las certificaciones ISO son un ejemplo³⁴, 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. 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 variabilidad 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. Esto último no limita ni descarta la posibilidad de uso de las normas ISO correspondientes.

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

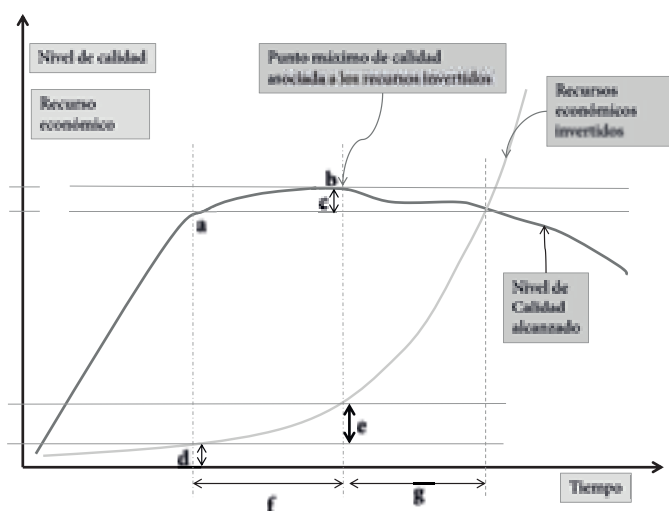
Ofrecer atención a la salud de la mejor calidad, no debe interpretarse como destinar los mayores y más costosos recursos al paciente. Donabedian señala cinco combinaciones posibles donde se asocia el beneficio obtenido con la calidad. La primera combinación es atención excesiva (y por lo tanto, más costosa) 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

³⁴ 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.

(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 (ver figura 2).

La calidad no necesariamente aumenta cuando se invierten más y 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, 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.

FIGURA 2.
CURVA DE RELACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LA SALUD
CON EL RECURSO INVERTIDO Y EL TIEMPO.



El incremento de recursos asignados a la atención de un paciente es directamente proporcional a los beneficios recibidos y a la calidad del proceso, y sin embargo llega un momento en que no se gana más calidad e incluso, paradójicamente, se inicia un deterioro progresivo de la misma. Así mismo, los recursos económicos son incrementales y después del punto de resultado óptimo, no generan mayor valor ni beneficio al paciente. No debe soslayarse que finalmente alguien paga este exceso de recursos, ya sea el paciente, la aseguradora o la institución de la que es derechohabiente. En este sentido, las auditorías médicas están permitiendo identificar estas situaciones en las unidades para su prevención y corrección.

Obsérvese que en el punto “a” se alcanza un nivel de calidad muy alto, a un costo razonable “d”; en este momento se es muy eficiente; luego, consumiendo el tiempo “f” se alcanza el mayor nivel de calidad posible (según los parámetros de medición de cada organización) en el punto “b”; sin embargo, debe considerarse que el recurso económico “e” se incrementó un poco más de lo que se incrementó el nivel de calidad “c”. A partir de ese momento, empiezan a mermar los niveles de calidad pues se comienzan a registrar mayores gastos, tan sólo por el tiempo que consume el proceso “g”, y los riesgos que ello implica, en especial en las unidades hospitalarias.

Los costos de la atención empiezan a subir exponencialmente y no se obtiene más calidad en ningún momento. La identificación adecuada y oportuna de proceder con la calidad óptima al costo óptimo es una responsabilidad ineludible, para con el paciente y con la institución, por parte del equipo de salud.

Hay que contemplar también algunos elementos fundamentales de la dimensión de eficiencia, donde se considera el costo/beneficio de las decisiones. Un primer componente para el análisis es la edad del paciente. Cuánto debemos invertir como familia, como sociedad, como Estado para preservar la salud o la vida de un paciente. Si bien estas interrogantes pertenecen al terreno de la ética médica y la deontología médica, no deja de ser un tema de calidad y gerencia que a todos compromete. Dos ejemplos: La familia que está vendiendo todos los bienes materiales del abuelo por los gastos de un servicio de terapia intensiva. Al final, el paciente falleció y la familia se quedó en bancarrota, no sólo por haber vendido o hipotecado la o las propiedades de la familia, sino porque además pidieron préstamos diversos para solventar los gastos. Otro ejemplo, la familia que vende todos sus bienes patrimoniales para atender al paciente que tiene un cáncer con metástasis a hueso y con sobrevida probable de seis meses a un año. Es decir que el diagnóstico y pronóstico son otras variables que participan en estas decisiones.

Cuando el tratamiento puede ser optativo en cuanto a medicamentos, tipos de prótesis o material de las mismas (nacionales o importadas), esperando resultados, razonablemente iguales, la decisión puede obedecer a criterios distintos a la calidad de la atención en el sentido estricto. Un ejemplo común es cuando se le ofrece al paciente elegir entre dos o tres hospitales para realizar una cirugía privada; esto bajo la suposición de que las distintas opciones

son confiables y cuentan con la misma seguridad en las áreas cruciales de la Unidad (quirófano, sala de recuperación, piso de hospitalización, laboratorio o gabinete). La diferencia está en las amenidades; un hospital tiene restaurante, cafetería, librería, salón para cuidar niños, estacionamiento con *valet parking*, cuartos con pantallas de televisión de última generación y cama para algún familiar, baños con azulejo importado y *kit* de aseo personal, etc.; mientras que las otras opciones no cuentan con todos o algunos de estos servicios. Ello no debe influir el resultado del proceso médico, pero hacen sentir muy bien tanto al paciente como a los familiares o acompañantes.

La relación costo/beneficio también se identifica en la tecnología utilizada para realizar los estudios diversos o para los procedimientos de tratamiento o rehabilitación. Mientras más moderna y con mayor avance en sus dispositivos sea, es más precisa, más rápida, más eficiente, y por lo mismo, más onerosa.

Con lo anterior, podemos afirmar que la calidad es igual a los beneficios que obtiene el paciente menos la suma de los riesgos más los costos:

$$\text{CALIDAD} = \text{BENEFICIOS} - [\text{RIESGOS} + \text{COSTOS}]$$

Por último están las decisiones que entran en el terreno de la ética y la deontología. Cuando el paciente vive por la tecnología, como es el caso de la respiración asistida, se puede sobrevivir por días, semanas o más plazos, con un deterioro constante y una calidad de vida cuestionable por diferentes estudiosos del tema. La muerte asistida es una situación que debe tenerse presente, de acuerdo a la legislación local y a los familiares; sin embargo, los costos deberán formar parte de esta decisión.

CONSIDERACIONES FINALES

- La calidad de la atención médica debe medirse por los resultados. Los resultados se miden con indicadores y éstos son universales. Las preguntas deben ser: ¿cuántos pacientes se curan o se mueren más o menos que antes?; ¿cuáles son los cambios en las tasas de sobrevida y en la no interferencia con la calidad de vida?; ¿cuántos pacientes presentan menos reacciones alérgicas a los medicamentos?; ¿cuántas caídas de camillas menos se han suscitado por mes, semestre o año? ¿Se han incrementado o no las infecciones nosocomiales, por institución o por servicio?; ¿las iatrogenias han aumentado o disminuido?
- De nada sirve tener razonablemente clasificadas las dimensiones donde se pueden identificar los factores que influyen o determinan los niveles de calidad que se ofrecen en las unidades, si antes no se evalúan los efectos a favor o en contra que van correlacionados.
- De poco sirve tener muy sólidamente armada una o varias dimensiones, cuando las otras están débiles o incompletas. Se requiere la intervención en todas dimensiones, con el cuidado y esmero necesarios para atender y cumplir lo que cada variable exige.

- Las dimensiones son simplemente una forma de clasificar por temas los conceptos que deben considerarse para que los factores que determinan la calidad estén presentes en el protocolo o *chek list* de cada equipo de salud.
- Existen otras formas de clasificar los factores de la calidad; todas son válidas pues el objetivo es el mismo: que estén cubiertos los elementos señalados en cada una de las agrupaciones.
- No basta con que se cubra todo en un momento determinado y luego se pierda el control y cumplimiento del rubro en cuestión. El factor de permanencia en el tiempo es vital para hablar de calidad; la temporalidad es sólo un espejismo de calidades efímeras que pueden ser incluso demagógicas para ciertos fines.
- La calidad es cuestión de actitud y método, de recursos y resultados. Debemos seguir trabajando por buscar más elementos que se incorporen a los modelos de calidad sin que la hagan más costosa (como se describe en la dimensión de Eficiencia: Costo/efectividad).
- La mejora continua es la mejor estrategia para estar siempre en búsqueda de áreas de oportunidad para hacer mejor las cosas y superar las metas establecidas, tal como se describió en la dimensión de desarrollo organizacional.
- La calidad no es un proceso en sí mismo, es la integración funcional y dirigida de todos los recursos hacia un fin común.
- El recurso más importante y por mucho el más valioso, es el humano, bien llamado, *capital humano*. Éste debe seleccionarse en forma adecuada a los fines que se persiguen, capacitarse, actualizarse, motivarse e impulsarse dentro de la organización para que crezca junto con ella. Todos son importantes, desde los médicos especialistas de gran prestigio internacional, hasta los trabajadores de puestos más sencillos que cumplen con sus funciones para disponer de una organización digna y adecuada para prestar el servicio encomendado.
- La participación convencida y decidida de todos los integrantes del equipo de salud frente a los pacientes, con un trato cálido, humano, respetuoso y digno, tanto para él como para los familiares, es el punto de partida. A ello debe sumarse el uso adecuado, responsable y óptimo de los recursos (tecnológicos, materiales y financieros) para buscar un fin común: la atención del paciente; ya sea para recuperar su salud o para brindarle una rehabilitación adecuada o la paliación necesaria.
- La calidad es la antesala de la seguridad; no puede haber seguridad para el paciente en instituciones sin calidad. La seguridad del paciente es consecuencia de una buena calidad en la Unidad.
- Finalmente, cabe resaltar que la calidad y seguridad del paciente se deben medir durante todo el proceso y en particular, con el resultado final de lo alcanzado en la atención al paciente.

Continuidad de una política pública: SICALIDAD

Javier Santacruz Varela¹
Magdalena Delgado Bernal²
Antonio Álvarez Belauzarán²
Hilda Márquez Villarreal²
Elena Trejo²
Juan Carlos Castillo²
Enrique Gómez²

INTRODUCCIÓN

Quizás no se ha divulgado suficientemente, pero los esfuerzos para lograr la calidad de la atención médica en México tienen ya un largo recorrido y cuando menos seis décadas. A través del tiempo, varias instituciones y diversos profesionales han estudiado la calidad de la atención médica, las circunstancias en las que se prestan los servicios de salud (contexto) y los factores que contribuyen a que dichos servicios sean satisfactorios para los usuarios y los propios proveedores.

El análisis de las acciones que realiza actualmente el Gobierno Federal para mejorar la calidad de los servicios de salud en el marco del Programa Nacional de Salud 2007-2012, sin hacer un repaso, aunque sea de manera general, de las acciones que le han precedido, podría inducir a la falsa idea de que el interés por la calidad es reciente, pero sobre todo, limita la posibilidad de analizar las dificultades que se han tenido que enfrentar para conseguir los progresos alcanzados, aunque sean todavía modestos.

Este documento tiene un doble propósito: el primero es el de explicar algunos de los esfuerzos más significativos que en materia de calidad de la atención de salud se han realizado en el país; el segundo, describir el papel del Programa SICALIDAD como instrumento para desplegar la política nacional de calidad en el sector salud para lograr un Sistema Integral de Calidad en Salud. Para lograr ambos propósitos, en primer lugar se presenta una breve semblanza de los esfuerzos del sector salud para lograr la mejora de la calidad de atención; en seguida se efectúa una descripción sucinta de las diversas líneas de acción

¹ Director General Adjunto de Calidad en Salud/DGCES, SS.

² Funcionarios de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud/DGCES, SS.

del Programa; por último, se exponen algunos de los resultados obtenidos a lo largo de un lustro de la implementación de este programa.

ANTECEDENTES

Las primeras acciones institucionales para mejorar la calidad de la atención médica en el país datan de hace más de medio siglo, y una de las mejor documentadas es la que se desarrolló en el Hospital “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a partir de 1956, mediante la revisión sistemática de expedientes como método para evaluar la calidad de la atención médica. Esa experiencia se sistematizó y le permitió al IMSS divulgar en 1962 los “*Lineamientos para efectuar la Auditoría Médica*”, los que estimularon a otras instituciones de salud a definir sus propios mecanismos de evaluación de la calidad de atención médica (Cárdenas, 1973: 305).

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, entre los que se pueden citar los de “*Evaluación médica*” y de “*Auditoría médica*”, que enfatizaban la revisión de expedientes y el análisis de autopsias como técnicas de evaluación (González *et al.*, 1975; Lee *et al.*, 1975). Se debe hacer notar que hasta esa época el enfoque de las técnicas de evaluación era de tipo *ex post*, ya que éstas consistían en la revisión de documentos (expedientes y reportes de autopsia) generados después de prestar el servicio. Esto no es casual porque corresponde a la época de la posguerra en la que el énfasis de la evaluación de la calidad en el terreno industrial, se limitaba a la revisión del producto ya terminado. En esa época, el mundo empezaba a adoptar los conceptos propuestos por W. E. Deming y la evaluación de la calidad consistía en verificar, mediante la *inspección*, si el producto elaborado cumplía o no con las características antes de salir al mercado (evaluación *ex post*). Si durante la inspección se observaba que el producto no cumplía con los requisitos de producción (*producto no conforme*), era desechado o devuelto al departamento de producción para su corrección, evitando de ese modo que salieran a la venta o se ofreciera al público un producto defectuoso. Dependiendo de la cantidad de *productos no conforme*, las empresas introducían mecanismos rigurosos de supervisión o inspección para reducir las pérdidas que ello acarrearaba.

A finales de esa década en el ámbito sanitario se incorporó un enfoque novedoso para evaluar la calidad, el cual estaba centrado en la *relación médico-paciente*, por considerar que ésta constituía un elemento cardinal y determinante de la calidad de atención. Se produce así un cambio radical del enfoque de evaluación *ex post* hacia un *enfoque centrado en el proceso*, más que en el resultado. Ese enfoque se trasladó a los ámbitos académicos y se incorporó en la educación de pregrado y posgrado en las escuelas de Medicina (Garduño, 1976; Pucheu, 1979).

A mediados de los ochenta, suceden dos acontecimientos que tienen gran influencia en el proceso de mejoramiento de la calidad de atención en salud. El

primero se refiere a las propuestas de A. Donabedian acerca del *enfoque sistémico* (estructura, proceso y resultados) y las tres *dimensiones de la calidad* de atención (técnica, interpersonal y amenidades). El segundo se relaciona con la implantación de los denominados *círculos de calidad*, desarrollados a partir de 1985 en el Instituto Nacional de Perinatología y en el Hospital “López Mateos” del ISSSTE (Donabedian, 1984; Ruelas *et al.*, 1990).

En esa misma década, el IMSS, a través de la Subdirección General Médica, publicó el documento denominado *Evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del IMSS*, con su correspondiente instructivo y cédula de registro. El contenido de ese documento fue retomado tiempo después por el Grupo Básico de Evaluación del Sector Salud, el mismo que en 1987 editó un documento de carácter sectorial: *Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del Sector Salud* (Aguirre, 1990; SS, 1987).

Entre las políticas y estrategias que propusieron en ese periodo para el Sistema Nacional de Salud (SNS), destacaba la relacionada con la mejora de la calidad de atención médica, por lo que el Grupo Básico de Evaluación antes mencionado, desarrolló la metodología, los mecanismos y los procedimientos para evaluar la calidad de los servicios que proporcionaban las instituciones del Sector Salud. Ese grupo también identificó 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*”, el cual retomó la experiencia del IMSS en esa materia (Ruiz, 1990). Este sistema por primera vez proponía un abordaje integral y sistémico para evaluar la calidad de la atención médica, que tomaba en cuenta los aspectos de estructura, proceso y resultados propuestos por Donabedian y que se describen a continuación:

- 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.

Ya en plena década de los años noventa, destacan otros esfuerzos por la calidad en salud, entre los que se pueden mencionar los siguientes (SS, 2001):

- 1992. Creación de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud (SOMEASA).
- 1994. Financiamiento de proyectos de mejora continua por el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA).
- 1996. Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

- 1997. Programa Integrado de Calidad del IMSS.
- 1997-2000. Programa de Mejora Continua de la Calidad en la Atención Médica (PMCCAM)/SS.
- 1999. Integración de la Comisión Nacional de Certificación e Inicio del Programa Nacional de Certificación de Hospitales por el Consejo de Salubridad General (CSG).

El Programa de Mejora se implantó en 28 estados del país. Entre las acciones realizadas, destaca la evaluación basal de la calidad en la que participaron todos los hospitales generales de la SS y centros de salud de más de un módulo de atención. Dicha evaluación, en la que se involucró a poco más de 15,000 trabajadores de salud de 3,000 unidades de atención, cerca de 28,000 usuarios y se revisaron más de 50,000 expedientes; mostró la gran heterogeneidad de la calidad de atención entre las entidades federativas, tanto en el nivel hospitalario como en el nivel ambulatorio.

Se calcula que el nivel de calidad en la atención ambulatoria alcanzó un promedio general de 52.2% de un máximo de 100%. Si bien el nivel de la calidad de atención en el medio hospitalario fue mejor que en el de la atención ambulatoria (promedio de 64.5%), en ese nivel también se observó gran heterogeneidad entre las entidades federativas, aunque con una dispersión algo menor (desviación estándar de 8.3).

Esa evaluación incorporó además la medición de la calidad técnica de la atención, valorada mediante el apego a Protocolos de atención médica y Guías de Práctica Clínica. Los resultados de esa evaluación mostraron un apego no óptimo a la normatividad en el primer nivel de atención para las patologías prevalentes, el cual se manifestó en forma clara.

Vemos que a pesar de los esfuerzos que México había realizado hasta fines del siglo pasado para mejorar la calidad de los servicios de salud, no se había logrado un nivel de calidad técnica aceptable, lo cual también era percibido por el público usuario, como lo reflejan los resultados de un estudio para evaluar la calidad de los servicios a la comunidad realizado en 2000 por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), en el que se incluyó la evaluación de los servicios de salud.

Se observó que los servicios de salud fueron de los peor calificados por la población, superando sólo a los servicios de la policía.

Con estos antecedentes se llega al inicio del actual siglo, el cual coincide con un cambio de Gobierno y de partido político en el poder. En el periodo de Gobierno 2001-2006 y en el marco del Programa Nacional de Salud, se inicia en México una reforma en materia de calidad de la atención médica, la cual es propiciada tanto por la inercia y tendencia de las acciones de mejoramiento de la calidad llevados a cabo en años anteriores, como por la incorporación dentro de la administración pública de una visión diferente para ver y valorar la calidad de los servicios que se brindan a la población.

Poco se ha comentado el hecho de que el nuevo Jefe del Poder Ejecutivo (Presidente de la República) de ese periodo de gobierno, así como otros miembros de su gabinete presidencial, provenían del sector privado e incorporaron en la administración pública una filosofía de trabajo y la experiencia obtenida en ese sector, especialmente en el terreno de la calidad, donde ésta es considerada como una condición “*sine qua non*” para la supervivencia de las empresas. Esta visión era congruente con las nuevas tendencias y el pensamiento predominante en países desarrollados, donde las dependencias del sector público son consideradas como empresas sociales sin fines de lucro y en las que la calidad se reconoce como la piedra angular para ofertar servicios y productos que cumplen con las expectativas de los clientes o usuarios. Tal visión empresarial del sector privado transportada al sector público, también enfatizaba la importancia del pensamiento gerencial que deben tener quienes están a cargo de los servicios públicos, así como de la efectividad (repercusión) y eficiencia que se debe lograr con el uso de fondos públicos provenientes de los impuestos generales de la población.

Esta nueva percepción de la importancia de la calidad en el sector público, se reflejó tácitamente en el Sector Salud particularmente en dos hechos relevantes que se destacan a continuación:

- a) Primero, la creación de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, que colocó a la calidad en el nivel más alto de la estructura jerárquica, justo donde se emiten políticas públicas y se determinan estrategias y líneas de acción.
- b) El segundo fue la realización, a partir de 2001, de la denominada *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*, que se desarrolló durante ese periodo de gobierno 2001-2006 (SS, 2001).

EL PROGRAMA SICALIDAD. ORIGEN, FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA Y COMPONENTES

Los cambios de periodo gubernamental en México suelen ser momentos de ajuste de las políticas públicas y los cambios que se introducen pueden poner en riesgo los avances del régimen que concluye. El final del siglo pasado coincidió con el inicio de un nuevo periodo de gobierno y en materia de calidad de los servicios de salud, los resultados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud desarrollada en el sexenio 2000-2006, sirvieron de fundamento para dar continuidad a la política de calidad en el Sistema Nacional de Salud y para que en los debates y el diálogo social que precedieron a la formulación del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012, se realizara la gestión necesaria para incorporar la calidad en salud como uno de los componentes de la política social. El resultado fue que el PND publicado en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* el 31 de mayo de 2007, incluyera como una política pública en materia social, “*brindar servicios de salud eficientes, con*

calidad y seguridad para el paciente". Esa política a su vez sirvió de fundamento para formular el objetivo 3 del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRO-NASA), el cual establece que "*se deben prestar servicios de salud con calidad y seguridad*", así como la estrategia para conseguirlo, que consiste en "*situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud*". Para llevar a cabo el despliegue de esa política y estrategia política, se definieron diversas líneas de acción, entre las que destaca la que se refiere a "*implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el Sistema Nacional de Salud*".

Lo anterior permite identificar la congruencia programática en materia de calidad en salud durante este sexenio, en el que además se definieron tres metas sobre aspectos prioritarios ligados al aseguramiento de la calidad y la seguridad del paciente, las que sin duda son orientadoras de los logros que se deben alcanzar al término de ese periodo gubernamental. Esas metas son:

- Acreditar al 100% de unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS);
- Implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad de los pacientes en 60% de las unidades del sector público;
- Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor a 6% de los egresos en los hospitales públicos del segundo nivel.

Con este análisis retrospectivo se puede apreciar que, en el marco del proceso de planeación en salud para el periodo 2007-2012, se dieron pasos decisivos para impulsar la calidad en el Sistema de Salud, los cuales consistieron en: definir la política de "*brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para los pacientes*"; fijar el objetivo de "*prestar servicios con calidad y seguridad*"; establecer la estrategia de "*situar la calidad en la agenda permanente del SNS*" y determinar una línea de acción puntual para "*implantar un Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) en el SNS*". Para implantar SICALIDAD se definieron como actividades prioritarias las siguientes:

- Crear un Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS).
- Fortalecer la cultura de calidad en los establecimientos de salud.
- Acreditar las unidades que prestan servicios al SPSS.
- Incorporar compromisos de calidad en los Convenios de Gestión del SPSS.
- Fortalecer y consolidar la figura del aval ciudadano.
- Vincular a los hospitales públicos de mediana y alta complejidad a proyectos de seguridad del paciente (lavado de manos y uso de lista de verificación de la seguridad en la cirugía).
- Contribuir a la reducción de morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales.
- Garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería.
- Favorecer el uso racional de medicamentos.
- Medir de manera regular la satisfacción de los usuarios.

Para desarrollar la estrategia de “*situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud*”, se definieron otras líneas de acción con relación directa al desarrollo de SICALIDAD, y son dos:

- Incorporar programas de calidad en la formación académica de técnicos y profesionales de la salud.
- Impulsar la utilización de guías de práctica clínica y protocolos de atención médica.

Hay que decir que en la planificación sanitaria, un sistema puede ser entendido como un conjunto de programas, proyectos, líneas de acción y recursos organizados para lograr un fin. Este enfoque de sistema permite quizás una mejor comprensión del significado del Programa SICALIDAD, el cual justamente y lejos de ser una entelequia, consiste en desarrollar proyectos, líneas de acción y recursos, desplegados de manera transversal y longitudinal, a lo largo y ancho del SNS y sus instituciones, para mejorar de manera continua la calidad de atención y la seguridad de los pacientes.

Para lograr de manera tangible el despliegue de SICALIDAD, el Sistema de Salud requeriría un programa sectorial coordinado centralmente por la instancia rectora en salud. Es así como surge el Programa de Acción Específico para impulsar el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), que por afinidad semántica se llama “*Programa SICALIDAD*”, al cual se le dota de presupuesto y reglas de operación propias. En otras palabras: el Programa SICALIDAD es el Programa de Acción Específico para implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud en el SNS (SS, 2007) y sus premisas son las siguientes:

Objetivo General:

Implantar un sistema integral de calidad en salud, que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del SNS.

Objetivos Específicos:

- a) Calidad técnica y seguridad del paciente.
Mejorar la calidad técnica y la seguridad del paciente en la atención a la salud mediante la mejora continua, la reducción de eventos adversos, la Medicina basada en la evidencia y la estandarización de cuidados de enfermería;
- b) Calidad percibida por los usuarios.
Considerar las expectativas y la voz de los ciudadanos desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad con la que perciben los ciudadanos los servicios de salud;
- c) Calidad en la gestión de los servicios de salud.
Conducir bajo la rectoría de la SS transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad.

El Programa SICALIDAD articula la política de calidad y seguridad del paciente con los recursos que el Estado proporciona para promover condiciones de estructura, organización y capacidad suficientes que garanticen procesos de atención con la calidad y seguridad necesarias.

SICALIDAD tiene además un sustento jurídico, ya que se fundamenta en el artículo 6 de la Ley General de Salud (LGS), el que establece entre otros objetivos del SNS, el de “*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 condicionan y causan daño a la salud, con especial interés a las acciones previstas*”. Esta fundamentación se complementa con lo establecido en los artículos 50 y 51 de la misma LGS, en los que se consigna el derecho de los usuarios de los servicios de salud a recibir “*prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas, atención profesional y ética responsable, así como trato digno y respetuoso de los profesionales, técnicos y auxiliares*”. El Programa de Acción Específico SICALIDAD ayuda a cumplir lo establecido en el artículo 77 bis de la LGS acerca de los *requisitos mínimos* que deben cubrir las unidades de atención que prestan servicios al Sistema de Protección Social en Salud, para ser acreditadas.

En resumen, el Programa de Acción SICALIDAD se sustenta jurídicamente en la LGS en sus artículos 6, 50, 51 y 77-bis; en el objetivo 5 del Eje 3.2 del Plan Nacional de Desarrollo, y en la Estrategia 5.1 de ese mismo objetivo.

Por otra parte, la ejecución del Programa SICALIDAD es responsabilidad de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, de acuerdo con el artículo 9 del Reglamento Interior de la SS, así como de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), de acuerdo al artículo 18 del mismo Reglamento. La administración operativa del Programa es responsabilidad de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.

Para diseñar el Programa SICALIDAD se tomaron en cuenta los resultados del Foro Ciudadano de Calidad en Salud, realizado en 2007, durante el proceso de formulación del Programa Sectorial de Salud 2007-2012. En dicho Foro se organizaron cuatro mesas temáticas sobre aspectos relevantes de la calidad de atención:

- Expectativas ciudadanas en torno a la calidad de los servicios de salud;
- El ejercicio profesional de la calidad médica y de enfermería;
- Experiencias de calidad y seguridad de los pacientes;
- Tutela del derecho de los ciudadanos a la salud.

Las conclusiones del Foro contribuyeron a formular el objetivo 3 del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA), el cual establece que “*se deben prestar servicios de salud con calidad y seguridad*”.

El Programa SICALIDAD tiene un enfoque integral de tres dimensiones y su estructura se basó (con alguna adaptación) en las tres dimensiones propuestas por Donabedian.

- A. Calidad técnica y seguridad del paciente.** Este componente tiene como propósito contribuir a lograr la calidad técnica y seguridad del paciente en los establecimientos de atención, mediante acciones de reducción de eventos adversos y la Medicina basada en la evidencia.
- B. Calidad percibida.** Su propósito es promover el empoderamiento de la calidad, tanto en los directivos de los establecimientos de salud, los usuarios y los profesionales de la salud, ya que se parte del supuesto de que no basta la acción de estos últimos para conseguir los objetivos de calidad.
- C. Calidad en la gestión de servicios de salud e institucionalización de la calidad.** Tiene como propósito conducir bajo la rectoría de la Secretaría de Salud, transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud.

Cada una de estas tres dimensiones del Programa SICALIDAD, incluye diversos proyectos y líneas de acción que serán descritos en seguida.

La población objetivo de SICALIDAD recae en las unidades de atención primaria y hospitales de la SS federal, los Servicios Estatales de Salud de las 31 Entidades Federativas, la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, y otras instituciones del SNS, quienes deberán desarrollar proyectos para la mejora de la calidad técnica y la calidad percibida. Con el propósito de enfocar las estrategias a afectar favorablemente el nivel de calidad de los servicios de salud en todos sus ámbitos, se definieron varios proyectos para SICALIDAD.

Algunos de los proyectos o líneas de acción de SICALIDAD incorporan los más novedoso relacionado con la medición y mejora de la cultura de calidad y seguridad del paciente, así como el desarrollo de sistemas de notificación y eventos adversos en salud:

Podemos resumir que el desarrollo de la calidad en el Sistema de Salud ha transitado desde mediados del siglo pasado por diversas etapas, que abarcan desde los esfuerzos realizados por el IMSS con un enfoque de auditoría médica, hasta enfoques más novedosos (empresariales) en donde se retoman las propuestas de Avedis Donabedian relacionadas con la evaluación de la calidad con enfoque sistémico (estructura, proceso y resultado) y con un enfoque tri-dimensional (calidad técnica, calidad percibida y amenidades). Estas etapas describen el largo camino hacia la calidad en los servicios de salud.

RESULTADOS Y AVANCES DEL PROGRAMA SICALIDAD. ALGUNOS EJEMPLOS

El Programa de Acción Específico SICALIDAD ha contribuido a desarrollar la política nacional de salud del Programa Nacional de Salud 2007-2012; a ubicar la calidad en la agenda permanente del sector salud; a implantar el Sistema

Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD), así como a lograr las tres metas de calidad propuestas en el PRONASA, que son:

- Acreditar el 100% de unidades que prestan servicios a usuarios del Seguro Popular.
- Implantar medidas de prevención de eventos adversos en 60% de las unidades del sector.
- Alcanzar una tasa anual de infecciones hospitalarias no mayor a 6 por ciento.

Este documento no tiene el propósito de describir todos los resultados de todas las líneas de acción y proyectos de SICALIDAD, sino sólo mostrar, a manera de ejemplo y a partir del componente de Calidad Técnica y Seguridad del Paciente, los avances que se han obtenido con dicho programa.

Deseamos destacar que más que medir las repercusiones o impacto de cada línea de acción (ya que aún es muy pronto para hacerlo), se trata de percibir los avances que se van consiguiendo en el proceso de institucionalización de las líneas de acción y proyectos orientados a mejorar la calidad de atención y seguridad de los pacientes, así como en el cambio cultural para desarrollar acciones de manera planificada para mejorar la calidad de atención, monitorear su desempeño y medir de manera gradual mediante indicadores, el avance hacia el logro de metas de cada una de dichas líneas y proyectos en cada una de las unidades de atención y a nivel nacional. Quizás este es el cambio más significativo que se ha tenido a lo largo de poco más de un lustro que se viene desarrollando el Programa SICALIDAD, y ello no es poca cosa.

RESULTADOS EN EL COMPONENTE DE CALIDAD TÉCNICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Seguridad del Paciente

Este proyecto o línea de acción tiene como objetivo implantar medidas de prevención de eventos adversos en hospitales de 60 y más camas, para garantizar la seguridad del paciente en las unidades del Sector Salud. Entre las acciones de este proyecto se encuentra la promoción para realizar proyectos de mejora de la seguridad del paciente y la difusión de sus resultados a nivel sectorial, así como acciones relacionadas con los retos globales propuestos por la OMS para mejorar la seguridad del paciente y reducir los eventos adversos, a saber: *lavado de manos, uso de la lista de verificación quirúrgica y bacteriemia cero*.

A fines de 2011, un total de 323 de los 398 hospitales de más de 60 camas del país, habían implementado alguna o varias de estas medidas para disminuir los eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente. Los resultados de

2011 indican que el 81.1% de los hospitales de más de 60 camas han realizado acciones para reducir los eventos adversos, lo que supera la meta definida en el PRONASA, que es del 60%.

A pesar de que un porcentaje importante de hospitales han incorporado las acciones de seguridad del paciente, los resultados de un estudio realizado en 2010 en 100 de los 398 hospitales, demuestra que en promedio, tan sólo 33% de los médicos y el 60% de las enfermeras se lavan las manos, y en cuanto al uso de la lista de verificación quirúrgica, incluso en los hospitales que cuentan con programas de formación de internos y residentes (“Hospitales universitarios”), la lista sólo se utiliza en dos tercios de los pacientes quirúrgicos, por lo que es imperativo seguir desarrollando proyectos de intervención para la mejora continua de estos procedimientos.

Prevención y reducción de la infección nosocomial

Esta línea de acción tiene el objetivo de lograr una tasa de infección hospitalaria no mayor al 6% de los egresos hospitalarios y la meta de que el 60% de los hospitales públicos cuenten con un modelo para la gestión del riesgo de la infección nosocomial.

Para lograrlo, la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud desarrolló un modelo de gestión del riesgo de la infección nosocomial, promovió la formación o reactivación de los Comités de Infecciones Nosocomiales en los hospitales, y capacitó mediante talleres al personal de los hospitales.

Entre los resultados de 2011 se encuentra la realización de 39 cursos de capacitación para la gestión del riesgo de la infección nosocomial en 17 de las 32 entidades federativas (53%) para 3,930 profesionales de salud y la implantación del modelo de gestión del riesgo de la infección nosocomial en 195 de los 398 hospitales de más de 60 camas (49%).

Una de las áreas más sensibles y donde se ha medido con mayor precisión el resultado de un sistema de gestión de calidad de la infección hospitalaria, es en las unidades de terapia intensiva. Se considera que conforme aumenta la adherencia por el modelo de gestión de la infección hospitalaria, disminuye la tasa de infección.

Expediente clínico integrado y de calidad

Esta línea de acción tiene como objetivo garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería en los establecimientos de salud involucrando la revisión periódica por las unidades médicas; todo ello con apego a la Norma Oficial Mexicana (NOM) 168-SSA1-1998. La meta es lograr que cuando menos un hospital de cada entidad federativa, del Distrito Federal y de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, se encuentre afiliado a este proyecto. Entre las acciones realizadas para cumplir con este objetivo se encuentran la realización de un diagnóstico de los aspectos críticos

que han afectado el cumplimiento de la NOM 168-SSA1-1998 del expediente clínico, la revisión de registros y documentos del expediente clínico para emitir y difundir recomendaciones de mejora y la revisión, análisis y documentación de los aspectos críticos identificados por los COCASEP en la revisión de la documentación médica. Así mismo, a través de la Instrucción 187/2009 con base en la normatividad vigente se publicó el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC) y con él se desarrollaron 27 cursos-talleres.

A pesar de que este proyecto se inició en 2008, los resultados demuestran que a fines de 2011 se pudo afiliar a este proyecto el 87.8% del universo.

Cabe destacar que de 2008 a 2011 se lograron asociar a la línea de acción del Expediente Clínico Integrado y de Calidad casi 2,500 establecimientos médicos.

Calidad en la atención materna

Esta línea de acción tiene como objetivo general incorporar en la agenda de las instituciones del SNS, programas de calidad para la mejora y estandarización de los procesos de atención obstétrica, dirigidos a la prevención de la muerte materna. La meta es que el 100% de los Responsables Estatales de calidad participen en los Comités de Mortalidad Materna y Perinatal, por lo que entre las actividades están: el hecho de promover su participación, tanto en los Comités mencionados como en los Grupos de Atención Inmediata a la Defunción Materna; incluir indicadores de calidad para la atención obstétrica en los Convenios de Gestión del SPSS; incentivar experiencias exitosas de atención a la embarazada mediante el Premio a la Innovación de la Calidad; incluir criterios relacionados con la prevención de la muerte materna en la cédula del nuevo Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad; así como incorporar en el trabajo de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), propuestas destinadas a la mejora del trato, resolución y emergencia obstétrica.

Cuidados paliativos (PALIAR)

El objetivo de esta línea es mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal; su meta es la difusión del programa en todas las entidades federativas y en las instituciones afiliadas a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). Entre las acciones realizadas destaca la formulación de un Plan Nacional de Cuidados Paliativos (PALIAR) para promover programas de cuidados paliativos en los hospitales.

Uso racional de medicamentos

Diversos estudios demuestran que entre los eventos adversos que ocurren en los hospitales, un número importante de ellos se encuentra asociado al uso irracional, discrecional e indiscriminado de medicamentos. Esta línea de ac-

ción tiene como objetivo general, proponer estrategias que favorezcan el uso racional y el costo-efectividad de los medicamentos por parte de los profesionales de la salud y de los usuarios. En ese sentido, se han desarrollado varias actividades para cumplir el objetivo:

- Promoción en las instituciones de educación superior y media superior, de la formación de farmacéuticos que se incorporen a los servicios de salud para apoyar la prescripción médica.
- Definición de las funciones de los Comités de Farmacia y Terapéutica (COFAT), así como la formulación de directrices para su funcionamiento y fomento a la educación de pacientes.
- Promoción de la terapéutica racional por medio de la correcta selección de los medicamentos que forman parte del cuadro básico de cada hospital.
- Emisión de recomendaciones para la organización y gestión de la Farmacia Hospitalaria.
- Promoción de los Centros de Información de Medicamentos o Centros de Información Toxicológica.
- Impulso de recomendaciones para que el paciente reciba información objetiva, completa y actualizada sobre el uso correcto de los medicamentos.

Este programa tiene como meta lograr que el 50% de las entidades federativas que cuenten con al menos un hospital, se asocie al proyecto de uso racional de medicamentos. A fines de 2011 se había logrado tener un hospital asociado en 24 entidades federativas, con lo que la meta se había rebasado.

Medicina basada en la evidencia y uso de Guías de Práctica Clínica (GPC)

Esta línea de acción tiene como objetivo general establecer mecanismos de coordinación y consenso sectoriales para desarrollar actividades de difusión, capacitación e implantación de las Guías de Práctica Clínica (GPC). Se desarrolla en el marco de un Programa Nacional de Formulación, Difusión, Uso y Evaluación de GPC, en el que participan el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), el cual es responsable de guiar la elaboración de las GPC y el catálogo correspondiente; así como la Dirección General de Evaluación del Desempeño, a la que le corresponde evaluar la utilización de las Guías. La meta al 2012 es capacitar al personal de salud de las 32 entidades federativas para que lleven a cabo la difusión e implantación de dichas guías. Entre las actividades desarrolladas para el logro del objetivo y meta de este programa, se han desarrollado capacitaciones en 25 entidades federativas (78%).

Desarrollo de la cultura de seguridad del paciente y de sistemas de notificación de eventos adversos en hospitales de 60 camas o más

En realidad se trata de dos líneas de acción muy novedosas, con gran interrelación y complementariedad. Debemos empezar por señalar que a partir de las investigaciones y trabajos realizados por organismos gubernamentales y no gubernamentales dedicados a la calidad y la seguridad de los pacientes, como la Agency for Healthcare Research and Quality de los Estados Unidos de América, el Institute of Medicine (IOM), la National Patient Safety Agency del Reino Unido, el National Quality Forum, y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, entre otros, existe un consenso generalizado en torno a que la calidad y especialmente la seguridad del paciente, no pueden ser mejorados sin un fundamento cultural en las organizaciones dedicadas a proveer servicios de salud a la población, el cual sea proclive a reducir los riesgos y prevenir los daños que en principio pueden sufrir los pacientes, especialmente durante su estancia intrahospitalaria. Los esfuerzos por desarrollar la cultura para la seguridad del paciente y los sistemas de notificación de eventos adversos han marchado en forma paralela y hoy se cuenta con diversas experiencias en el ámbito internacional, que empiezan a proyectar evidencias de su utilidad.

El Sistema de Salud mexicano también ha incursionado en el campo de los sistemas de notificación, pero más en función de su apego a proyectos internacionales (de los que ha formado parte, o al tratar de reproducir experiencias internacionales en el país) que a partir de una verdadera reflexión, análisis y compromiso para definir cómo deben construirse y operar dichos sistemas en un sistema de salud como el nuestro. Así podemos destacar los proyectos que sucesivamente han desarrollado la SS a través de la Subsecretaría de Innovación y Calidad bajo el nombre de un Sistema de Notificación de Eventos Centinela, con un enfoque homólogo al desarrollado por la Joint Commission en los Estados Unidos a partir de 2005; el de la CONAMED bajo la denominación de “Notificación de errores; Resultados del Acto Médico de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”, iniciado casi al mismo tiempo que el anterior; y el Sistema de Notificación de Eventos Centinela y Riesgos del IMSS, iniciado un poco después de los dos anteriores. Se debe destacar que a excepción del último, los otros dos sistemas no han tenido la infraestructura ni la organización para que puedan operar a satisfacción; de ahí que se explique el consecuente subdesarrollo que han tenido y a que casi se haya abandonado su uso en la actualidad. También cabe destacar que el desarrollo de estos sistemas quedó fuera del marco de actuación del Programa SICALIDAD, por lo que no se reflejó dentro de sus líneas de acción o proyectos.

Por otra parte, hasta 2009 no había existido interés en el país por abordar de manera formal el estudio del marco conceptual, la metodología y las herramientas para propiciar una cultura de seguridad para los pacientes en las

organizaciones de salud, de modo que este basamento cultural señalado como indispensable para mejorar de manera sostenida la seguridad de los pacientes, había pasado inadvertido y por lo tanto, no se había incorporado en el marco de SICALIDAD. Hoy sabemos que la cultura de seguridad de los pacientes es fundamental para atender cuestiones básicas de toda cultura organizacional, como el trabajo en equipo, la comunicación horizontal, el compromiso de los directivos para liderar a sus organizaciones; la retroinformación hacia los trabajadores, el ambiente no punitivo y de confianza, entre otros.

En función de lo anterior, a partir de 2012 el Programa SICALIDAD ha retomado una alianza preliminar con la CONAMED, organismo que inició el desarrollo metodológico e instrumental de ambas líneas de acción, en su carácter de Centro Colaborador de la OMS en materia de Calidad y Seguridad del Paciente, así como con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), para incorporarlas en el Programa SICALIDAD. Los resultados de esta alianza han dado pequeños pero sustanciales avances, entre otros, la difusión y capacitación en el uso de un instrumento que permite medir en los hospitales la cultura de seguridad del paciente, dirigido inicialmente al personal médico y de enfermería en contacto con el paciente. Este cuestionario explora doce dimensiones.

El cuestionario se ha socializado con diversas entidades federativas y hoy forma parte del contenido pedagógico del Curso sobre Mejora de la Calidad de Atención y Seguridad del Paciente que promueve la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. Su uso también ha sido aprobado en el CONACAS y se comparte con varias instituciones públicas y privadas del país.

Por su parte, el desarrollo de sistemas de notificación y registro de incidentes y eventos adversos con fines de aprendizaje, se viene promoviendo mediante un modelo de implementación basado en un enfoque global, no centrado en la notificación de incidentes con fines de reporte estadístico, sino orientado a crear una cultura de notificación, registro, análisis y toma de decisiones para mejorar la seguridad del paciente. En este trabajo ha sido de utilidad tomar como eje de trabajo el enfoque sistémico propuesto por Reason en 1990, que postula que los errores en la atención médica no son fallas de las personas sino de los sistemas de atención, y por tanto se deben analizar las fallas en los componentes del proceso de atención mediante el análisis causa-raíz, y a percibir los errores como una oportunidad para identificar sus causas con el fin de prevenirlos. También ha sido de utilidad para este trabajo el uso de la herramienta informática desarrollada por la CONAMED, bajo el nombre de Sistema de Registro Automatizado de Incidentes de Seguridad (SI-RAIS), basada en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente propuesta por la OMS y el cual facilita el registro, la agregación de datos, el análisis de los factores asociados al incidente y formular propuestas que permitan prevenirlo. Hoy, alrededor de 30 hospitales en el sector salud utilizan esa herramienta y el siguiente paso es promover el desarrollo de Sistemas Estatales de Notificación de Eventos Adversos, como una etapa intermedia en la

construcción de un Sistema Nacional de Notificación y Registro de Incidentes y Eventos Adversos en Salud.

RESULTADOS EN EL COMPONENTE DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD

Este componente del Programa SICALIDAD, al igual que el de Calidad Técnica y Seguridad del Paciente antes descrito, tiene sus propios proyectos o líneas de acción, en los que es posible constatar algunos logros. Se realizará un somero análisis de su importancia estratégica así como algunos de sus logros en términos cualitativos.

El andamiaje estructural para la operación y gestión de la calidad a nivel nacional

En principio se debe destacar el hecho de que este componente y sus proyectos o líneas de acción, es el que permite “*verticalizar y transversalizar*” en todo el Sistema Nacional de Salud las acciones de calidad y seguridad del paciente, establecidas en las políticas nacionales de salud y en el Programa Nacional de Salud, ya que incluye aspectos organizacionales sin los cuales los procesos de calidad no se pueden institucionalizar y tampoco gestionar. Este componente constituye por decirlo así, el andamiaje estructural que permite que las políticas, estrategias y acciones de calidad y seguridad del paciente, se incorporen o asimilen gradualmente desde el nivel central federal hasta el nivel local, pasando por el nivel estatal.

Entre otras, este componente incluye tres líneas de acción muy interrelacionadas para garantizar la gestión de la calidad en todo el sistema de salud y se refieren a la presencia y operación de tres comités que son: Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS), Comité Estatal de Calidad en Salud (CECAS) y Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP). La existencia, operación y funcionamiento de estos comités facilita que los “*Acuerdos*” nacionales del CONACAS, fluyan mediante “*instrucciones*” hacia los niveles estatal y local. Los acuerdos del CONACAS son producto del análisis, debate y concertación de sus integrantes, mismos que son instituciones de salud públicas y privadas como el IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA Y SEMAR, así como la Asociación Mexicana de Hospitales Privados. Por otra parte, en dicho Comité también están presentes los órganos académicos y colegiados más representativos en el medio nacional como la Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía. También forman parte de dicho Comité en calidad de invitados, organismos internacionales especializados en Salud como la OPS; por último, cabe destacar de forma especial la presencia de los Servicios Estatales de Salud (SESA), representados en el CONACAS de manera rotativa por tres Secretarios de Salud Estatales a nombre de los SESA del país.

Es por la naturaleza y representatividad de sus integrantes, que en este Comité se pueden formular Acuerdos sobre el curso que deben tomar las acciones de calidad y seguridad del paciente en el país. A manera de ejemplo, en su octava reunión de trabajo realizada en agosto de 2012, se tomaron tres acuerdos que son claves para avanzar en el progreso de la calidad y seguridad del paciente a nivel nacional, éstos fueron: Promover la incorporación de la currícula de calidad y seguridad del paciente en las escuelas y facultades de las disciplinas del área de la salud; Promover la medición de la cultura de seguridad del paciente y la implementación de sistemas de notificación de eventos adversos en los hospitales del país; y Promover el desarrollo del Observatorio Nacional de Calidad y Seguridad del Paciente.

Los Acuerdos del CONACAS se diseminan al resto del país de una manera organizada mediante “instrucciones” que formula la Dirección General de Educación en Salud para que tengan efecto en todo el Sistema Nacional. Los destinatarios son principalmente los CECAS y los COCASEP, quienes las deben instrumentar y desarrollar en sus ámbitos de competencia.

Se ha logrado un avance considerable en la organización de este andamiaje estructural para la gestión de la calidad y hasta fines de 2011 ya se contaba con 27 entidades federativas que habían instalado el Comité Estatal de Calidad en Salud o CECAS, cuyos integrantes y a semejanza del Comité Nacional ya descrito, está integrado por miembros estatales de las instituciones de salud públicas y privadas, así como por instituciones representativas del mundo académico y científico en el ámbito estatal. También se ha avanzado mucho en la constitución de los COCASEP, que son el órgano de calidad y seguridad del paciente a nivel de la unidad asistencial, que es presidido por el Director de cada establecimiento de salud.

La información para la gestión de la calidad

Los datos que generan las líneas de acción y proyectos de SICALIDAD se reportan periódicamente desde el nivel local hacia los niveles estatal y federal, lo que permite diversos niveles de agregación para su posterior análisis y formulación de informes. Aún falta sistematizar la revisión periódica y crítica del reporte de líneas de acción y lo que está mejor sistematizado es el reporte periódico del Sistema de Indicadores de Calidad en Salud o Sistema INDICAS.

En cuanto al número de unidades que reportan al Sistema INDICAS, a fines de 2011 más de 10,000 unidades hacían ese reporte.

Quizá lo más valioso de este esfuerzo es que se ha desarrollado una cultura del reporte de indicadores desde las unidades de atención médica, aunque desde un punto de vista técnico se considera que esos indicadores presentan tres problemas; el primero es que sus resultados traducen una falta de rigor en el reporte desde la fuente primaria que son las unidades de atención, ya que consistentemente son muy altos y a manera de ejemplo, la satisfacción de los usuarios de los servicios de primer nivel de atención, es muy cercano al 100%.

El segundo problema es que prácticamente no se analizan y ello no permite hacer ajustes o realizar acciones de mejora continua en la calidad del reporte. El tercero es que desde un enfoque sistémico, se focalizan en los componentes de estructura y de proceso, dejando de lado los resultados de la atención y en particular, los resultados de la calidad técnica de atención. Así, se considera que los resultados de la Encuesta de Confianza y Satisfacción (ENCONSA) ayudan a poner en una mejor perspectiva los resultados de la satisfacción de los usuarios de los servicios de la consulta ambulatoria, los servicios de urgencias y los de hospitalización. Las cifras muestran diferencias que deben ser motivo de una reflexión profunda, especialmente en cuanto al suministro de medicamentos al paciente ya que en el IMSS se observó un surtido completo del 85% y en la SS, tan sólo del 49%, lo que marca una diferencia considerable. Por otra parte, sólo 62% de los pacientes que acudieron a la SS recomendarían la unidad donde fueron atendidos, mientras que en el caso del IMSS, el 87%. Por último, también en la satisfacción y en la confianza en los servicios se aprecian diferencias importantes entre ambas instituciones de salud.

El recurso humano para la gestión de la calidad

Sin duda que el Programa SICALIDAD, al contribuir a poner a la calidad en la agenda permanente del sector salud, ha impulsado que tanto en el nivel estatal como en el nivel local, se designe a profesionales que coordinen las acciones de calidad y seguridad del paciente en ambos sectores. El gestor de calidad tiene definidas funciones a través de Recomendaciones que se han emitido desde la DGCES, sin embargo, la mayoría de ellos en el nivel local desempeñan más de una función dentro de su establecimiento y pocos son los que se dedican de tiempo completo a la gestión de la calidad. Otro problema es que los gestores de calidad no tienen un nombramiento como tal, de modo que su puesto dentro de cada Unidad, ya sea como médico, enfermera, trabajador social u otro, le confiere responsabilidades que no puede eludir y por las que debe entregar resultados. Adicionalmente, la mayoría de ellos desarrollan sus funciones con una excelente voluntad, pero no han sido capacitados formalmente en la mejora continua de la calidad y la seguridad del paciente. Sabemos que el mejor recurso de las organizaciones es lo que se denomina el capital humano, por lo que en el futuro se debe invertir los recursos suficientes para darle al gestor de calidad la formación y capacitación necesarias, así como buscarles el perfil de puesto que les brinde seguridad laboral para desempeñar sus funciones.

COMENTARIO FINAL

SICALIDAD es un programa en marcha, el cual se genera en el 2007 como un esfuerzo del Gobierno Federal para implantar el Sistema Integral de Calidad en Salud en el SNS. En este documento se han referido sus antecedentes mediatos e inmediatos, así como sus componentes y logros. No se han destacado otros

elementos del Programa SICALIDAD como los incentivos que se proporcionan a las entidades federativas y a los establecimientos de salud, como son los subsidios para desarrollar proyectos de investigación operativa, actividades de capacitación y fondos para desarrollar compromisos de calidad en acuerdos de gestión. Tampoco hemos descrito los diversos premios que por la vía del Programa se entregan anualmente, tales como el Premio Nacional a la Calidad en Salud, el Premio a la Innovación en la Calidad en Salud, el Premio a la Memoria Anual del COCASEP, y el Premio a la Memoria Anual del Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT).

Se ha procurado explicar los objetivos, metas, resultados y logros de algunas de sus líneas de acción, con una perspectiva crítica para poner a estos últimos en su justa dimensión, con el fin de reconocer que aún hay oportunidades de mejora. No obstante, también hemos procurado ser justos y reconocer que es mucho lo que se ha logrado; que los resultados globales son un impulso decidido en la larga lucha por la calidad y la seguridad de los pacientes, los cuales servirán como punto de partida para nuevas acciones y de mayor alcance.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Gas, Héctor, "Calidad de la Atención", *Salud Pública de México*, 1990, 32(2):170-80.
- Cárdenas de la Peña, E., *Servicios médicos del IMSS. Doctrina e Historia* (Cap. VI: "Sistemas y procedimientos. Auditoría Médica"), México, IMSS, 1973.
- Donabedian, Avedis, *La calidad de la atención médica*, México, Edit. La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- Garduño, M. "Relación médico-paciente en el IMSS", *Bol Méd IMSS*, 1976, 18:328.
- González, M. F., J. J. Pérez Álvarez y A. F. Lee Ramos, "Evaluaciones específicas de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsias", *Bol Méd IMSS*, 1975, 17:7.
- Lee, R., B. J. Remolina, M. F. González y A. J. Pérez, "Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur del Valle de México", *Bol Méd IMSS*, 1975, 17:187.
- Pucheu, R. C., "Factores que intervienen en el desarrollo de la relación médico-paciente durante los estudios de pregrado", *Bol Méd IMSS*, 1979, 18:291.
- Reason, J. (ed.), *Human Error*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- Ruelas Barajas, E. y cols., "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología", *Salud Pública de México*, 1990 marzo-abril, 32(2):207-20.
- Ruiz de Chávez, M. y cols., "Bases para la evaluación de la calidad de atención en las unidades médicas del Sector Salud", *Salud Pública de México*, 1990 marzo-abril, 32(2):156-69.
- SS, *Programa de Acción Específico: 2007-2012, Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD*, México, SS, 2007.
- _____, *Programa de Acción Específico: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001-2006*, México, SS, 2001.
- _____, "Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación para la Salud. Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud", México, SS, 1987 (documento interno).

Normalización y calidad en la gestión de servicios

*Jorge Enríquez Hernández**

*T. Adolfo Serrano Moya***

*Ricardo Cárdenas Orozco***

INTRODUCCIÓN

La Normalización es el proceso mediante el cual se regulan las actividades desempeñadas por los sectores privado y público, en materia de: salud, medio ambiente, seguridad al usuario, información comercial, prácticas de comercio, industrial y laboral; a través del cual se establecen la terminología, la clasificación, las directrices, las especificaciones, los atributos, las características, los métodos de prueba o las prescripciones aplicables a un producto, proceso o servicio.

Se desarrolla con base en los principios básicos de representatividad, consenso, consulta pública, modificación y actualización y se lleva a cabo por medio de la expedición de una Norma.

Con este proceso, el Estado garantiza la equidad, calidad y seguridad en los servicios que otorga a la población. En este texto se abordan con detalle los antecedentes de la Normalización en nuestro país y sus avances, así como un breve panorama internacional.

DESARROLLO

Antecedentes y bases de la normalización

En el decenio de los ochenta, la Dirección General de Normas de Unidades de Atención Médica de la Secretaría de Salud federal (SS), emitió diversos tipos de normas, todas de carácter técnico, dirigidas básicamente al ámbito institucional, sobre todo para apoyar la operación de los hospitales de la Red Federal de Hospitales, dependiente de la entonces Dirección General de Asistencia Médica. Estas normas técnicas regulaban la organización, el funcionamiento y los procedimientos específicos de diversas áreas y servicios hospitalarios en el ámbito institucional, principalmente.

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

** Funcionarios de la Dirección de Procesos Normativos en Salud/DGCES, SS.

Las instituciones de seguridad social y algunos establecimientos del sector privado se adhirieron y adoptaron de manera voluntaria las normas técnicas, con el propósito de contar con un marco de referencia y homologar criterios en la prestación de determinados servicios.

Más adelante, con las reformas a la Ley General de Salud¹, publicadas en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 7 de mayo de 1997, se establecieron avances importantes dentro del esquema de modernización regulatoria en la Secretaría de Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica. Entre otros temas, se derogó el Art. 14 que definía las normas técnicas, para hacer explícitas las Normas Oficiales Mexicanas en el texto de la Ley.

En julio de 1992, con la promulgación de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización², se disponía del primer instrumento de la modernización regulatoria, ya que en esas fechas se contaba en la Secretaría de Salud federal (SS) con más de 370 Normas Técnicas que, por su naturaleza, no tenían soporte jurídico para establecer su cumplimiento con un carácter obligatorio. Esta ley permitió un mejor orden y reducción en el número de este tipo de instrumentos técnicos de regulación sanitaria, de tal forma que a la fecha se han publicado menos de la mitad de las normas que existían entonces.

En su artículo tercero, fracción XI, esta ley define como NOM (Norma Oficial Mexicana), la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes; también define en su artículo 40, que las NOM tendrán como finalidad establecer, entre otros: las características arquitectónicas y de equipamiento de los establecimientos que prestan servicios de salud, así como las actividades de los profesionales que otorgan los servicios.

Características de la normalización en el ámbito sanitario

Una de las facultades que tiene la Secretaría de Salud es la de elaborar Normas Oficiales Mexicanas en las materias que integran la salubridad general (Arts. 3 y 13, apartado "A" de la Ley General de Salud)³. Esta atribución es fundamental porque a través de una NOM se establecen los requisitos mínimos, las condiciones básicas que deben observar todos los prestadores de servicios de salud para *otorgarlas con calidad, oportunidad y eficiencia*; es fin esencial de la norma preservar la salud e incluso la vida de los usuarios, pero la verdadera esencia de una NOM como instrumento jurídico para el ejercicio de actos de autoridad, se encuentra en la protección a la salud, bienpreciado tutelado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

La Norma en sí promueve el establecimiento de factores mínimos de calidad, para que en su conjunto contribuyan a la mejora de la atención. La eficacia

¹ Secretaría de Salud federal (SS), "Ley General de Salud", DOF, México, 7 de mayo de 1997.

² Secretaría de Economía (SE), "Ley Federal de Metrología y Normalización"; Art. 40, fracciones III y XI, DOF, México, 20 de abril de 2009.

³ SS, "Ley General de Salud", Art. 13, Fracc. A, inciso I, DOF, México, 16 de noviembre de 2011.

de las normas radica en que ellas rigen efectivamente en una realidad social, para la que fueron creadas y de acuerdo con las necesidades de esa realidad, debido a que las normas son creadas para subsistir y desarrollarse. Una norma que no cuente con aceptación por parte de sus destinatarios, carece de eficacia⁴.

Es importante señalar que una norma —al ser obligatoria— debe ser cumplida y en caso de incumplimiento, desde el punto de vista jurídico está respaldada por la *Ley General de Salud*, para que en su caso, dicho incumplimiento conlleve una sanción que la autoridad sanitaria debe aplicar⁵.

La norma en general, recoge principios y criterios generales de homologación de criterios en la prevención, tratamiento y rehabilitación ante Riesgos en Salud; nuevos, de difícil control, crecientes en magnitud y/o trascendencia, con repercusiones económicas, sociales y políticas o de alto impacto en la salud de la población.

En la elaboración de la Norma se consideran diversos factores: los avances científicos y tecnológicos, los requerimientos sociales en materia de salud, el interés colectivo respecto de la proliferación de prácticas conocidas que ponen en riesgo la salud de las personas o de “terapias no convencionales” novedosas, cuyas bases científicas no están probadas en México ni en el mundo, entre otras.

Enfoque moderno y racional de la normalización en salud

A través de las NOM, en la Ley General de Salud se establece un mecanismo para dar cumplimiento no sólo al derecho que la sustenta, sino que contribuye a que se proporcionen servicios de salud, con apego a las condiciones y limitaciones establecidas por la normativa sanitaria vigente. Esto debe ser así con el afán de preservar la salud de los usuarios de estos servicios (es decir, el bien jurídico que debe proteger el Gobierno de México), así como para que éstos sean proporcionados con calidad, en términos de satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios y pacientes.

Hoy día se ha buscado pasar del paradigma tradicional de *control y vigilancia* a otro que incorpora nuevos conceptos de *regulación y fomento sanitarios*⁶, para reforzar, mejorar y fortalecer la calidad de los servicios, al ampliar y precisar la base jurídica, dotándolos de bases científicas y de procedimientos técnicos y administrativos modernos, racionales y eficientes, orientados a la calidad de los servicios.

⁴ “La regulación sanitaria y las Normas Oficiales Mexicanas. ¿Estamos sobrerregulados?”, Reunión de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, Ciudad de México, 9 de agosto de 2001.

⁵ SE, “Reglamento de la Ley Federal de Metrología y Normalización”; Art. 50, DOF, México, 14 de enero de 1999.

⁶ Serrano Moya, T. A., “La normalización orientada a la calidad en la prestación de los servicios de atención médica”, Reunión de la DGCEs, Ciudad de México, 11 de abril de 2012.

Vinculación del proceso de Normalización con distintos ejes temáticos de la Administración Pública Federal

El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) ha tenido la finalidad de establecer los objetivos nacionales, las estrategias y las prioridades que han dado rumbo y dirección a las acciones de gobierno.

En el marco de su tercer eje, que establece la igualdad de oportunidades, dentro de su objetivo 5 y estrategia 5.1 (“Situación la Calidad como eje de atención”), vincula el Programa Nacional de Salud 2007-2012 mediante la estrategia 3 en su línea de acción 3.8: “Actualizar el marco jurídico en materia de servicios de atención médica”:

[...] la realidad operativa exige actualizar los instrumentos normativos en la operación, organización y protección de los derechos de los ciudadanos en los servicios de salud y en consonancia con las modificaciones a la Ley General de Salud y desde una perspectiva federalista.

Con este propósito se impulsó la revisión y actualización del marco normativo en materia de servicios de atención médica, para permitir su modernización conceptual y operativa en consonancia con la Ley General de Salud.

Necesidad de contar con un Comité Consultivo Nacional de Normalización en materia de Calidad y Educación en Salud

Ante la falta de un Comité Consultivo Nacional de Normalización específico, destinado a la elaboración, y en su caso, revisión, actualización, así como a la emisión de normas oficiales con el enfoque de mejora de procesos de calidad en las materias específicas de: prestación de servicios de atención médica, infraestructura en salud, educación en salud, investigación para la salud en seres humanos, información en salud, tecnologías en salud y asistencia social; el 23 de agosto de 2006⁷ se instaló formalmente el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, bajo la presidencia del titular de la entonces Subsecretaría de Innovación y Calidad. Ver figura 1.

Actualmente, el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud⁸ es presidido por el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Este comité se encuentra conformado por los subcomités de: Regulación de Servicios y Educación en Salud y el de Enfermería, cuya sede es la DGCES; el Subcomité de Información

⁷ DGCES, “Acta de Sesión de Instalación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud”, SS/DGCES, Ciudad de México, 23 de agosto de 2006.

⁸ Serrano Moya, T. A., Presentación: “Operación del Secretariado Técnico del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (SSA3)”, SS/DGCES, México, noviembre de 2011.

FIGURA 1.
CONSTITUCIÓN DEL CCNNIDTIS (SSA3).



en Salud, cuya sede es la Dirección General de Información en Salud; el Subcomité de Tecnologías en Salud, que tiene como sede el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud; por último, el Subcomité de Asistencia Social, cuya sede se encuentra en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Ver cuadro 1.

Los subcomités permiten agrupar las normas de acuerdo con la materia o tema que regulan y facilita la integración, coordinación y conducción de los grupos de trabajo, a partir de una diferenciación sustancial de actividades en la elaboración durante las distintas fases del proceso y seguimiento ante las instancias revisoras y dictaminadoras, como son la Comisión Federal de Mejora Regulatoria y la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud. (Ver figura 2.)

Los temas o materias que requieren ser regulados mediante una NOM deben ser incluidos por medio de una ficha técnica en el Programa de Normalización del Sector Salud, el cual para el caso del CCNNIDTIS debe incluir los temas nuevos y aquellos que deberán ser sujetos al proceso de revisión y actualización quinquenal, en su caso, por parte de cada uno de los subcomités de Regulación de Servicios y Educación en Salud, Enfermería, Asistencia Social, Información en Salud y el de Nuevas Tecnologías para la Salud, para que una vez integrado, sea previamente aprobado en sesión plenaria de dicho Comité para luego enviarse a la Dirección General de Normas de la Secretaría de Economía, con la finalidad de que se integre en el Programa Nacional de Normalización, que se publica anualmente en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* o, en su caso, en el Suplemento correspondiente.

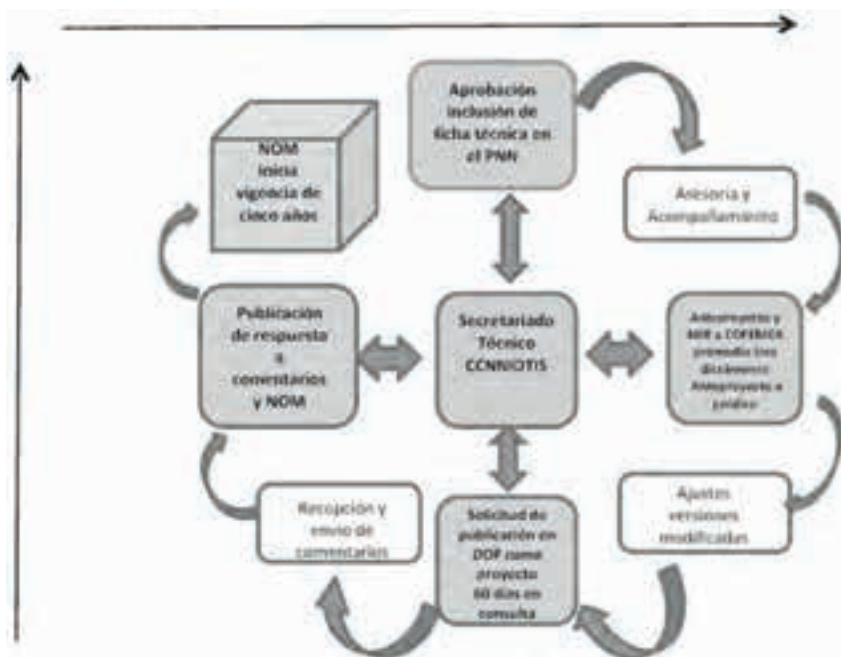
Dentro del proceso de Normalización para el Comité Consultivo Nacional de Normalización conocido como “SSA3”, existe una importante participación ciudadana, que se expresa básicamente en tres momentos distintos conforme al acuerdo del 12 de marzo de 2012⁹; los dos primeros bien identificados en fases fijas.

⁹ “Acuerdo por el que se definen los efectos de los dictámenes que emite la Comisión Federal de Mejora Regulatoria respecto de las Normas Oficiales Mexicanas y su respectiva manifestación de impacto regulatorio”.

CUADRO 1.
LISTADO DE VOCALES DEL COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL
DE NORMALIZACIÓN DE INNOVACIÓN, DESARROLLO,
TECNOLOGÍAS E INFORMACIÓN EN SALUD.

1. Dirección General de Evaluación del Desempeño	2. Dirección General de Información en Salud	3. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
4. Dirección General de Tecnologías de la Información	5. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	6. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
7. Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios	8. Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades	9. Dirección General Adjunta de Epidemiología
10. Comisión Nacional de Protección Social en Salud	11. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)	12. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
13. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	14. Dirección General de Sanidad Militar/SEDENA	15. Dirección General de Sanidad Naval/SEMAR
16. Subdirección de Servicios de Salud/PEMEX	17. Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal	18. Consejo Nacional de Directores de la Cruz Roja Mexicana
19. Dirección General de Normas/Secretaría de Economía	20. Subsecretaría de Educación Superior	21. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
22. Consejo Nacional de Población (CONAPO)	23. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, A. C. (ANUIES)	24. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C. (AMFEM)
25. Escuela Superior de Medicina/Instituto Politécnico Nacional	26. Facultad de Medicina/UNAM	27. Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM)
28. Universidad Iberoamericana (UIA)	29. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT)	30. Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
31. Academia Nacional de Medicina de México, A. C.	32. Asociación Mexicana de Hospitales, A. C.	33. Asociación Nacional de Hospitales Privados, A. C.
34. Fundación Mexicana para la Salud, A. C. (FUNSALUD)	35. Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud, A. C. (SOMECASA)	36. Sociedad Mexicana de Ingeniería Biomédica, A. C.
37. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A. C. (AMIS)	38. Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica	39. Sociedad Mexicana de Salud Pública

FIGURA 2.
PROCESO DE ELABORACIÓN DE LAS NOM POR EL CCNNIDTIS.



El primer momento tiene lugar cuando el Proyecto es publicado en el *DOF* para quedar 60 días en consulta pública, periodo en que se reciben comentarios de la población en general y que deberán ser incorporados en la respuesta a comentarios, previo a la publicación de la norma definitiva.

El segundo se presenta cuando los anteproyectos y su correspondiente Manifestación del Impacto Regulatorio (MIR), se incorporan al portal electrónico de la COFEMER y quedan a consideración de la población en general.

El tercer momento ocurre en tiempos variables, cuando diversas organizaciones civiles y grupos de interés, a través de sus representantes, acuden directamente a la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud o a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para plantear de manera directa y personal, la necesidad de regular un tema o materia en particular o incluso, se presentan con una propuesta de NOM, que presentan para su revisión y, en su caso, aceptación como tema de NOM para su inclusión en el Programa de Normalización que corresponda y posterior elaboración.

METODOLOGÍA

Para la revisión de las experiencias internacionales, se realizó un análisis de tipo descriptivo-comparativo, por medio de la consulta bibliográfica de documentos técnicos y legales internacionales y nacionales.

Con base en los resultados, se desarrolló un análisis cualitativo y cuantitativo de dichas experiencias de acuerdo con los principios básicos del Comité Permanente para el Estudio de los Principios de la Normalización dependiente de la Organización Internacional de Normalización (ISO, por sus siglas en inglés); en el proceso de normalización y su cumplimiento en Costa Rica, Colombia, Venezuela, Perú, Argentina, Chile, España y los Estados Unidos de América.

En lo que se refiere a los resultados relativos a México, el análisis se llevó a cabo para cada uno de los productos desarrollados dentro de los últimos seis años correspondientes a los 35 temas que atiende el CCNNIDTIS.

RESULTADOS

Algunas experiencias internacionales de Normalización en el ámbito de la Salud

En los últimos cinco años, varios países de la región de América Latina y el Caribe han revisado sus marcos jurídicos para instrumentar políticas orientadas a la reestructuración de los sistemas y servicios de salud. Han incluido la redefinición de las competencias de los ministerios/secretarías de salud, la creación de planes para extender la cobertura, incluida las garantías de calidad y los mecanismos de control, así como la consolidación de los derechos de los individuos en materia de salud¹⁰. A continuación se expone una breve descripción de sus procesos de Normalización.

1. Costa Rica

Posee una estructura en la que su Ley General de Salud confiere al Ministro la facultad para dictar las normas oficiales; éstas son de observancia obligatoria para toda institución o establecimiento público, semipúblico o privado que realice acciones de salud, sean éstas de promoción, conservación o recuperación de la salud en las personas o de rehabilitación de la persona. Éstas se desarrollan en un grupo de trabajo dependiente del Ministerio de Salud.

El resto de las normas técnicas se incorporan al programa nacional de normalización a cargo de un organismo privado que cuenta con autorización para el manejo de este tema. Dentro de su programa se contempla una consulta pública, que origina modificaciones dentro de su contenido.

Sin embargo, un aspecto relevante es que la normatividad en salud de este país tiene un carácter de acreditación, elemento que contraviene al espíritu de las Normas Oficiales Mexicanas.

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *La Salud en las Américas 2007. Volumen Regional*. Ginebra, Suiza, OMS, 2009.

2. Colombia

El Art. 79 de su Constitución Política señala que “La ley regulará el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad”.

La Unidad Sectorial de Normalización es el organismo técnico definido por el Decreto 1011 (de 2006) como “[...] una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud” en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud de Colombia.

En el Decreto 3257 (de 2008) se establece la independencia del Subsistema Nacional de Calidad del Sistema Nacional de Competitividad, y el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (SOGC), pero prevé que ambos sistemas deben actuar de manera coordinada en donde coincidan en aspectos comunes. La Unidad Sectorial de Normalización en Salud (USN) es el organismo que tiene la función de articular técnicamente a los dos sistemas.

Es un proceso en el que participan diversas entidades que desarrollan una propuesta, luego pasa a consulta pública y es modificado; posteriormente es publicado. Todas las normas de prestación de servicios son obligatorias para el sector.

Para el resto de las normas técnicas del país, el Decreto 2269 (16 de noviembre de 1993), en su título V de la Circular única de la superintendencia de Industria y Comercio, crea el organismo nacional de normalización (ICONTEC) que se encarga de desarrollar las normas técnicas colombianas.

El Instituto de Normalización sigue los principios básicos excepto el de actualización.

3. Venezuela

En este país las normas son consideradas como los lineamientos específicos o reglas a seguir para la ejecución de los procedimientos. En éstas se puede hacer referencia a los artículos y los basamentos legales. Son emitidas por el organismo de salud de nivel central (Ministerio del Poder Popular para la Salud).

De acuerdo con la necesidad, se pueden describir dentro de esa normatividad las actividades relacionadas con las funciones designadas (el paso a paso del procedimiento, de manera sencilla, breve y clara), quedando como manuales de procedimiento técnico-administrativos.

Por lo anterior, se observa que dichas regulaciones no siguen los principios básicos de normatividad. No se desarrollan por consenso, no existe participación pública que posibilite la modificación y tampoco se actualizan.

4. Perú

El Ministerio de Salud, como órgano rector y conductor de las Políticas del Sector, en concordancia con los principios en la Constitución Política del Perú,

orienta y dedica todos sus esfuerzos y recursos de manera sostenible y continua, para lograr mejorar el estado de salud de la población, dando prioridad a los grupos más vulnerables y con alto riesgo de enfermar y morir.

En este contexto, el fortalecimiento de los servicios de salud orientado a la mejora de su organización, funcionamiento y optimización de los procesos administrativos y asistenciales que se brindan en ellos, es uno de los principales objetivos del Ministerio de Salud.

La Dirección General de Salud de las personas, como órgano de línea del Ministerio de Salud, elabora las Normas Técnicas, como documentos para la descripción del marco regulatorio de los procesos de atención. Se fundamenta en la Ley Núm. 26842, 27657 y el Decreto Supremo Núm. 013-2002-SA.

Las Normas técnico-sanitarias son realizadas con base en el consenso de diversas instituciones de salud, aunque no cuentan con un mecanismo para su actualización.

5. Argentina

Las normas técnicas son desarrolladas con base en resoluciones ministeriales, supervisadas por la Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, dependiente del Ministerio de Salud. Se encuentran contenidas dentro del Programa Nacional.

Participan en su elaboración entidades académicas, universitarias y científicas de profesionales de servicios que aseguran una participación plural con experiencia y rigor científico. Conformados en grupos técnicos de trabajo, cuyo producto final se consigue a base de consensos.

Son actualizadas (no refieren con qué frecuencia). Cabe mencionar que en su elaboración no se cuenta con consulta pública.

6. Chile

Las Normas Técnicas son desarrolladas bajo la coordinación del Ministerio de Salud, para establecer los lineamientos técnicos para las acciones sanitarias del Sistema de Salud.

Estas actividades se realizan por medio del consenso entre diversos organismos involucrados en la temática en específico. No se toma en cuenta la participación ciudadana para la modificación de este tipo de normas.

Cabe resaltar que la actualización de las normas técnicas es fruto de la reingeniería iniciada en 2005 en este sector y cuentan con un carácter de Reglamento de acuerdo al orden jurídico, pero realmente funcionan como manuales de procedimientos.

7. España

Como parte de la comunidad Europea, su legislación está basada en el Derecho continental, con la particularidad de ser un régimen parlamentario, y de

Estado compuesto, por lo que diversas comunidades autónomas expiden sus propias normas.

Al ser un Estado Compuesto y Descentralizado, los Parlamentos Autonómicos dictan leyes por su propia competencia, no se tienen que regir por el Parlamento Central (Autogobierno). No es por delegación del Gobierno Central, sino por su competencia; por tanto, los organismos que dictan las normas se rigen por distintos enfoques y procedimientos.

8. Estados Unidos de América

En este caso, el Estado de Derecho es tomado del llamado “*Common Law*” el cual elimina el ordenamiento jurídico, generando que todas las leyes sean iguales.

Pero también presentan una parte de Estado compuesto, donde cada comunidad es autónoma y puede expedir sus propias normas.

La Normalización en este país tiene un objetivo económico, de acreditación, como las Normas MX. Por lo tanto, el enfoque de sus normas es muy diferente al de nuestro país. Sin embargo, sí se contemplan todos los principios de normalización.

Contexto nacional

Nuestro proceso de normalización está fundamentado, como ya se mencionó, en la atribución del Art. 12 de la LGS, que indica que la Secretaría será la entidad que norme las actividades del Sistema Nacional de Salud (SNS).

El proceso se encuentra regulado por medio del Art. 40 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, en el que se prevé la conformación de grupos de trabajo, para elaborar las normas con base en consensos; posteriormente, conforme lo establece esta Ley, se somete a consulta pública, lo que hace posible su modificación. Finalmente, se actualizan cada lustro, conforme lo establece esta misma ley en su Art. 51, párrafo 4º.

Estado particular de las NOM

Basados en este análisis, podemos dividir las normas en cuatro grupos dependiendo del estado que guarden, es decir: publicadas vigentes, publicadas como proyectos, como anteproyectos y en proceso de elaboración.

En los cuadros 2, 3, 4 y 5 se sintetiza el estado de cada uno de los cuatro grupos, el número y nombre de la Norma, así como el número de normas que integran cada grupo a los que se ha hecho referencia anteriormente:

DISCUSIÓN

Resultados y beneficios cualitativos de quince NOM publicadas

La entrada en vigor de estas NOM representó la ampliación y continuidad de la base jurídico-sanitaria para regular la prestación de servicios de atención mé-

CUADRO 2.
SUBCOMITÉ DE REGULACIÓN DE SERVICIOS Y EDUCACIÓN EN SALUD.

NOM's publicadas (vigentes):	Proyectos publicados:	Anteproyectos en proceso:
NOM-002-SSA3-2010, Radio-terapia.	PROY-NOM-001-SSA3-2007, Residencias médicas*.	PROY-NOM-009-SSA3-2009, Servicio Social Médico.
NOM-003-SSA3-2010, Hemo-dialísis.	PROY-NOM-010-SSA3-2012, Servicio Social Enfermería.	PROY-NOM-033-SSA3-2009, Campos clínicos internado*.
NOM-004-SSA3-2012, Expe-diente clínico.	PROY-NOM-011-SSA3-2007, Cuidados paliativos.	PROY-NOM-034-SSA3-2011, Atención prehospitalaria de las urgencias médicas*.
NOM-005-SSA3-2010, Infraes-tractura de consultorios.	PROY-NOM-012-SSA3-2007, Investigación.	
NOM-006-SSA3-2011, Aneste-siología.	PROY-NOM-016-SSA3-2009, Infraestructura de Hospitales*.	
NOM-007-SSA3-2011, Labora-torios clínicos.	PROY-NOM-025-SSA3-2011, Cuidados intensivos.	
NOM-008-SSA3-2010, Sobre-peso y obesidad.	PROY-NOM-027-SSA3-2011, Servicios de Urgencias*.	
NOM-015-SSA3-2012, Disca-pacidad.	PROY-NOM-028-SSA3-2011, Ultrasonografía*.	
NOM-017-SSA3-2012, Acu-puntura.	PROY-NOM-030-SSA3-2011, Accesibilidad*.	
NOM-026-SSA3-2012, Cirugía ambulatoria.		
NOM-029-SSA3-2012, Láser excimer ¹ .		
NOM-090-SSA1-1994, Resi-dencias médicas.		
NOM-197-SSA1-2000, Infraes-tractura de Hospitales*.		
NOM-206-SSA1-2002, Servi-cios de Urgencias*.		
NOM-208-SSA1-2002, Ultraso-nografía*.		
NOM-233-SSA1-2003, Accesi-bilidad*.		
NOM-234-SSA1-2003, Utiliza-ción de campos clínicos*.		
NOM-237-SSA1-2004, Aten-ción prehospitalaria de las ur-gencias médicas*.		

Notas: *Se trata de una NOM vigente, y su proyecto o anteproyecto resultan del proceso de revisión y actualización quinquenal.

¹ Láser de excímeros, láser "excimer" (anglicismo) o láser excíplex [n. del .e.].

CUADRO 3.
SUBCOMITÉ DE ENFERMERÍA.

NOM's publica- das (vigentes):	Proyectos publicados:	Anteproyectos en proceso:
NOM-022-SSA3-2012, Terapia de Infusión.	PROY - NOM - 019 - SSA3-2009, Práctica En- fermería en el SNS.	PROY-NOM-018-SSA3-2009, Servicios de Enfermería domici- liarios. PROY-NOM-020-SSA3-2009, En- fermera obstetra. PROY-NOM-021-SSA3-2009, En- fermería pacientes crónicos. PROY-NOM-023-SSA3-2009, Prescripción enfermería.

*Se trata de una NOM vigente, y su proyecto o anteproyecto resultan del proceso de revisión y actualización quinquenal.

CUADRO 4.
SUBCOMITÉ DE ASISTENCIA SOCIAL.

NOM's publica- das (vigentes):	Proyectos publicados:	Anteproyectos en proceso:
NOM-031-SSA3-2012, Asistencia Social adulto y adulto mayor. NOM-032-SSA3-2010, Asistencia Social niños, niñas y adolescentes. NOM-169-SSA1-1998, Asistencia Social Ali- mentaria*.		PROY-NOM-014-SSA3-2009, Asistencia Social Alimentaria*.

*Se trata de una NOM vigente, y su proyecto o anteproyecto resultan del proceso de revisión y actualización quinquenal.

dica en estas materias, constituyendo un beneficio tangible para los pacientes y los usuarios de los servicios de salud, ya que los contenidos regulatorios están orientados a homologar determinados criterios, fortalecer la calidad y seguridad en la prestación de los servicios, disminuir los riesgos sanitarios, así como la seguridad jurídica de dichos pacientes y usuarios, además de los prestadores de servicios. Así mismo, las 15 normas se constituyen en mejores instrumentos regulatorios para coadyuvar y apoyar la vigilancia que debe realizar la autoridad sanitaria en los establecimientos de atención médica y en los de asistencia

social, al contar con criterios homogéneos y específicos, que disminuyan la facultad discrecional de la propia autoridad.

Resultados y beneficios cualitativos de 10 Proyectos de NOM publicados

La publicación de 10 proyectos, cinco de nueva creación y cinco producto de la revisión y actualización quinquenal, permitió su difusión y conocimiento para que personal del área de salud de las instituciones y establecimientos prestadores de servicios de atención médica y de asistencia social, instituciones de educación superior, del sector académico, grupos organizados de la sociedad y en general, cualquier persona interesada, participara con sus comentarios y propuestas para modificar y enriquecer los proyectos de NOM. Esto es importante en razón de que estas normas son de observancia obligatoria, y es fundamental que participen en este proceso las personas físicas y morales de los distintos sectores obligadas a su cumplimiento.

Resultados y beneficios cualitativos de 10 anteproyectos de NOM en proceso de elaboración

La elaboración de los anteproyectos permitió también la participación activa de los organismos representados en los Grupos Técnicos Interinstitucionales, conformados por prestadores de servicios de los sectores público, social y privado, quienes manifestaron sus posturas, defendieron sus intereses particulares y asumieron una posición y actitud de consenso, la cual quedó plasmada en los anteproyectos que se elaboraron y que serán sometidos a un largo proceso de revisión y dictamen por parte de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria y de la Coordinación General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos.

Expectativas y compromisos para los próximos años

Se ha propiciado un estricto apego a principios de racionalización regulatoria, normando exclusivamente aspectos de orden general, en cumplimiento de lo que determina la Ley General de Salud y sus Reglamentos. En su elaboración, se ha logrado una amplia participación y consenso de instituciones de salud, incorporando a un importante y cada vez más representativo sector privado. Se ha evitado normar procedimientos médicos, que limiten o atenten en contra de la libertad prescriptiva, el uso y aplicación de avances científicos, técnicos o tecnología de la práctica médica, pero se ha hecho hincapié especialmente en evitar riesgos para la salud o la vida del paciente.

A mediano plazo, la DGCES en materia de normatividad se ha propuesto:

- Definir mecanismos adicionales de difusión de la normatividad vigente e inducir y promover su cumplimiento entre los prestadores de servicios.

CUADRO 5.
SUBCOMITÉ DE INFORMACIÓN EN SALUD.

NOM's publica- das (vigentes):	Proyectos publicados:	Anteproyectos en proceso:
NOM-024-SSA3-2010, Expediente Clínico Electrónico.	P R O Y - N O M - 0 2 4 - SSA3-2012, Expediente Clínico Electrónico.	
NOM-040-SSA2-2004, Información en Salud*.	P R O Y - N O M - 0 4 0 - SSA2-2012, Información en Salud*.	

*Se trata de una NOM vigente, y su proyecto o anteproyecto resultan del proceso de revisión y actualización quinquenal.

- Completar la normalización que marca la Ley General de Salud en las materias de: prácticas auxiliares de tratamiento, organización, funcionamiento, equipamiento y características del personal de los establecimientos de atención médica y de asistencia social.
- Complementar la normatividad ante eventos críticos, atender a las necesidades de los Servicios Estatales de Salud e instituciones del Sistema Nacional de Salud, y paralelamente, realizar las revisiones quinquenales de las normas emitidas.

La próxima Administración Federal tendrá la tarea de analizar, ponderar, sustentar y determinar la necesidad de algunos temas o materias que requieren ser regulados a partir de una Norma Oficial, para contribuir a resolver una situación específica que se ha identificado en el proceso de la prestación de un servicio, en el ámbito de competencia o si se debe llevar a cabo por medio de algún otro instrumento regulatorio.

Tales actividades se derivan de las propuestas que han formulado diversas instituciones de educación superior, federaciones, colegios y academias de profesionales, que en principio consideran que es necesario que la SS homologue criterios que regulen el ejercicio de la práctica médica, la prestación de servicios de atención médica, así como el establecimiento de requisitos mínimos de organización, funcionamiento e infraestructura, a partir de regulaciones específicas en materias como: Referencia y Contrarreferencia de pacientes, Quiropráctica, Anatomía Patológica, por mencionar sólo algunos de los temas propuestos recientemente.

Éstos y otros asuntos de normalización que podrían elaborarse en el futuro, deberán estar perfectamente encuadrados en las políticas, estrategias o líneas de acción del nuevo Programa Nacional de Salud y del Programa Sectorial de Salud, que marcará la ruta y las prioridades de las actividades normalizadoras al inicio de la nueva Administración Federal.

Se encuentra también en proceso de elaboración y conclusión un tema considerado como nuevo, que corresponde a la Norma Oficial Mexicana en materia de cuidados paliativos, la cual se ha interrumpido temporalmente en tanto se publica la reforma al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

ANEXO I.
NORMAS OFICIALES MEXICANAS VIGENTES PUBLICADAS EN EL *DOF*.

Norma núm.	Título:	Vigencia hasta:	Por actualizar:	Área responsable de su seguimiento:	Programa:
NOM-002-SSA3-2007	Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia	Del 10-08-2009 al 10-08-2014	No aplica	Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES)	
NOM-003-SSA3-2010	Para la práctica de la hemodiálisis	Del 06-09-2010 al 06-09-2015	No aplica	DGCES	
NOM-004-SSA3-2012	Del expediente clínico		No aplica	DGCES	
NOM-005-SSA3-2010	Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios	Del 15-10-2010 al 15-10-2015	No aplica	DGCES	
NOM-006-SSA3-2011	Para la práctica de la Anestesiología	Del 22-05-2012 al 22-05-2017	No aplica	DGCES	
NOM-007-SSA3-2011	Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos	Del 26-05-2012 al 26-05-2017	No aplica	DGCES	
NOM-008-SSA3-2010	Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad	Del 03-10-2010 al 03-10-2015	No aplica	DGCES	
NOM-015-SSA3-2012	Para la atención integral a personas con discapacidad		No aplica	DGCES	
NOM-017-SSA3-2012	Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados		No aplica	DGCES	
NOM-022-SSA3-2012	Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos		No aplica	DGCES	

NOM-024-SSA3-2010	Que establece los objetivos funcionales y funcionalidades que deberán observar los productos de Sistemas de Expediente Clínico Electrónico para garantizar la interoperabilidad, procesamiento, interpretación, confidencialidad, seguridad y uso de estándares y catálogos de la información de los registros electrónicos en salud	Del 07-11-2010 al 07-11-2015	No aplica	Dirección General de Información en Salud	
NOM-026-SSA3-2012	Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria		No aplica	DGCES	
NOM-029-SSA3-2012	Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la cirugía oftalmológica con láser excimer		No aplica	DGCES	
NOM-031-SSA3-2012	Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad		No aplica	DIF	
NOM-032-SSA3-2009	Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad	Del 26-02-2011 al 26-02-2016	No aplica	DIF	

ANEXO II.

NORMAS OFICIALES MEXICANAS VIGENTES CON PROYECTO DE NOM PUBLICADO EN EL *DOF* COMO RESULTADO DEL PROCESO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN QUINQUENAL.

Norma núm.	Título:	Vigencia hasta:	Por actualizar:	Área responsable de su seguimiento:	Programa:
NOM-090-SSA1-1994	Para la organización y funcionamiento de residencias médicas	Inicial: del 23-09-94 al 23-09-1999. Prorrogada mediante oficio CGJC/1/OR/306/2008 enviado a la CNN con fecha 08/04/08	En proceso de actualización quinquenal	DGCES	

NOM-169-SSA1-1998	Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo	Inicial: del 20-11-1999 al 20-11-2004. Prorrogada: mediante oficio S/N enviado a la CNN con fecha 17/11/04	En proceso de actualización quinquenal		
NOM-197-SSA1-2000	Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada	Inicial: del 25-10-01 al 25-10-2006. Prorrogada mediante oficio CGJC/1/OR/306/2008 enviado a la CNN con fecha 08/04/08	En proceso de actualización quinquenal	DGCES	
NOM-206-SSA1-2002	Regulación de los servicios de salud que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica	Inicial: del 14-11-2004 al 14-11-2009. Prorrogada: mediante oficio DGCES/0001 enviado a la CNN con fecha 08/01/10	En proceso de actualización quinquenal	DGCES	
NOM-208-SSA1-2002	Regulación de los servicios de salud para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica	Inicial: del 03-05-2004 al 03-05-2009. Prorrogada: mediante oficio DGCES/610/431 enviado a la CNN con fecha 25/06/09	En proceso de actualización quinquenal	DGCES	
NOM-209-SSA1-2002	Regulación de los servicios de salud para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer	Inicial: del 27-09-2004 al 27-09-2009. Prorrogada: mediante oficio DGCES/610/486 enviado a la CNN con fecha 30/09/09	En proceso de actualización quinquenal	DGCES	
NOM-233-SSA1-2003	Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del SNS	Inicial: del 14-11-2004 al 14-11-2009. Prorrogada: mediante oficio DGCES/0002 enviado a la CNN con fecha 08/01/10	En proceso de actualización quinquenal	DGCES	

ANEXO III.
NORMAS OFICIALES MEXICANAS VIGENTES, EN DIVERSAS FASES
DEL PROCESO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN QUINQUENAL.

Norma núm.	Título:	Vigencia hasta:	Por actualizar:	Área responsable de su seguimiento:	Programa:
NOM-040-SSA2-2004	En materia de información en salud.	Inicial: del 29-09-2005 al 29-09-2010. Prorrogada: (información del oficio de notificación a la CNN, no disponible)	En proceso de actualización quinquenal		
NOM-234-SSA1-2003	Utilización de campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado	Inicial: del 07-03-2005 al 07-03-2010. Prorrogada: (información del oficio de notificación a la CNN, no disponible)	En proceso de actualización quinquenal	DGCES	
NOM-237-SSA1-2004	Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas	Inicial: del 14-08-2006 al 14-08-2011	En proceso de actualización quinquenal	DGCES	

ANEXO IV.
NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE NUEVA CREACIÓN CON
PROYECTO DE NOM PUBLICADO EN EL *DOF* COMO RESULTADO
DEL PROCESO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN QUINQUENAL.

Norma núm.	Título:	Vigencia hasta:	Por actualizar:	Área responsable de su seguimiento:	Programa:
PROY-NOM-011-SSA3-2006	Criterios para la atención de enfermos en fase terminal a partir de cuidados paliativos	No aplica	No aplica	DGCES	
PROY-NOM-012-SSA3-2011	Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud	No aplica	No aplica	DGCES	
PROY-NOM-010-SSA3-2012	Educación en salud, utilización de campos clínicos para las prácticas clínicas y el servicio social de enfermería	No aplica	No aplica	DGCES	
PROY-NOM-019-SSA3-2012	Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud	No aplica	No aplica	DGCES	
PROY-NOM-025-SSA3-2011	Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos	No aplica	No aplica	DGCES	

ANEXO V.
NORMAS OFICIALES MEXICANAS DE NUEVA CREACIÓN, EN DIVERSAS
FASES DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DE ANTEPROYECTO.

Norma núm.	Título:	Vigencia hasta:	Por actualizar:	Área responsable de su seguimiento:	Programa:
ANTEPROY-NOM-009-SSA3-2009	Educación en salud, realización del servicio social de pasantes de Medicina y Odontología en el primer nivel de atención del sector salud	No aplica	No aplica	DGCES	
ANTEPROY-NOM-018-SSA3-2007	Para la prestación de servicios de Enfermería que se contratan y ofrecen a través de particulares	No aplica	No aplica	DGCES	
ANTEPROY-NOM-020-SSA3-2007	Para la práctica de la Enfermería obstétrica en el SNS	No aplica	No aplica	DGCES	
ANTEPROY-NOM-021-SSA3-2007	Para la atención ambulatoria de enfermería a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos y de tratamiento prolongado	No aplica	No aplica	DGCES	
ANTEPROY-NOM-023-SSA3-2007	Para la prescripción de medicamentos por el personal de Enfermería en la atención primaria a la salud	No aplica	No aplica	DGCES	

BIBLIOGRAFÍA

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, México, *DOF*, 25 de junio de 2012.
- Carbonell, Miguel, *Ley General de Salud y disposiciones complementarias*, México, Edit. Porrúa, Col. Leyes y códigos de México, 2007, 2ª. ed.
- DGCES, Programa Anual de actividades 2011, México, Subdirección Normativa en Servicios de Salud, 2011.
- _____, Operación del Secretariado Técnico del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (SSA3), México, DGCES, 2011.
- _____, *Manual de Organización de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud*, México, Subdirección Normativa en Servicios de Salud y Departamento de Coordinación Normativa en Servicios de Salud, 2009.
- _____, “Acta de Sesión de Instalación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud”, México, 23 de agosto de 2006.

Secretaría de Economía (SE), “Programa Nacional de Normalización 2011”, México, *DOF*, 8 de abril de 2011.

_____, “Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización”, *DOF*, México, 14 de enero de 1999.

_____, “Ley Federal sobre Metrología y Normalización”, México, *DOF*, 1 de julio de 1992.

Secretaría de la Función Pública (SFP), “Ley Orgánica de la Administración Pública Federal”, México, *DOF*, 14 de junio del 2012.

Secretaría de Salud (SS), “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica”, México, *DOF*, 8 de junio del 2011.

_____, “Reglamento Interior de la Secretaría de Salud”, México, *DOF*, 15 de septiembre de 2000.

SS, “Ley General de Salud”, México, *DOF*, 7 de mayo de 1997.

Serrano Moya, Adolfo T., “La normalización orientada a la calidad en la prestación de los servicios de atención médica”, Reunión directiva de la DGCEs, México, 11 de abril de 2012.

_____, “Normalización para la gestión de Servicios de Salud”, Reunión directiva de la DGCEs, México, 28 de noviembre 2011.

_____, “Operación del Secretariado Técnico del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud (SSA3)”, México, DGCEs, noviembre de 2011 (documento de circulación interna).

_____, “La regulación sanitaria y las Normas Oficiales Mexicanas. ¿Estamos sobre-regulados?”, Reunión directiva de la DGCEs, México, 9 de agosto de 2001.

_____, “Evaluación 2007-2012”, Reunión directiva de la DGCEs, México, 3 de agosto de 2011.

La seguridad del paciente: eje toral de la calidad de la atención

Magdalena Delgado Bernal¹

Hilda Márquez Villarreal¹

Javier Santacruz Varela²

INTRODUCCIÓN

Existen importantes razones que justifican situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), hay comparaciones internacionales en materia de salud, que manifiestan la persistencia de variaciones en la calidad asistencial, expresadas en desigualdad de oportunidades, índices de letalidad y supervivencia (DGCES, 2007).

A nivel mundial, el problema de los eventos adversos en salud se presenta desde hace muchos años, reflejándose en la preocupación por los efectos desfavorables que puede ocasionar en la atención de la salud. Desde la publicación de informes sobre las causas de los eventos adversos relacionados con la atención médica, existe una mayor preocupación por la gravedad del problema, motivando la incorporación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción gubernamentales y de diversas organizaciones de salud, además de impulsar de manera importante la investigación para la prevención de eventos adversos.

Cuando en 1999 se publicó el informe del Institute of Medicine (IOM) “*To err is human*”, el asunto de la seguridad de los pacientes se hizo evidente a nivel internacional ante los diversos actores: usuarios, equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como los directivos y responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en los gobiernos de distintos países.

Los eventos adversos constituyen un problema grave de salud pública al ocasionar daños de diversos grados al paciente y su familia, incrementar el costo del proceso de atención y la estancia hospitalaria. Los estudios sobre la frecuencia y tipo de eventos adversos, señalan que el 17.6% de ellos ocasionan el reingreso al hospital, y que el 23.9% provocan daño grave al paciente, incluyendo la defunción (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). La identificación, notificación y registro de incidentes de seguridad son pasos fundamentales en la gestión de seguridad del paciente; así mismo, son aspec-

¹ Funcionarias de la Dirección de Seguridad del Paciente/DGCES.

² Director Adjunto de Calidad en Salud/DGCES, SS.

tos de relevancia para la implementación de acciones de mejora de la atención en salud.

Los errores y los eventos adversos pueden ser el resultado de varios factores en distintos niveles dentro de la atención a la salud, como puede ser el grado de apoyo gubernamental (financiamiento), a nivel de una institución o un sistema de atención médica (estructuras o procesos), o en el punto de intervención entre pacientes y profesionales. Por ende, las soluciones procurarán promover un entorno y sistemas de apoyo que minimicen el riesgo de daño, pese a la complejidad y a la carencia de estandarización de la atención sanitaria actual (The Joint Commission, 2007).

ANTECEDENTES

En los procesos de atención, hay usualmente una conjunción de circunstancias que confluyen para que ocurran los errores. Por su naturaleza, el hombre comete y seguirá cometiendo errores; por lo tanto, la implantación de sistemas más seguros que puedan impedir que los errores ocurran o que lleguen a dañar al paciente lo menos posible, es indispensable en las acciones a realizar y a contemplar dentro de las organizaciones de salud, en sus diversos niveles de atención. Se observa que a mayor complejidad de las técnicas quirúrgicas y tratamientos, los riesgos para el paciente se incrementan (Leape *et al.*, 1991). A veces el paciente puede sufrir lesiones o complicaciones en la evolución de su atención médica, sin que necesariamente sea un error de los profesionales de la salud.

Desde la publicación de informes en y sobre la magnitud de las causas de los eventos adversos relacionados con la atención sanitaria, ha habido un mayor reconocimiento de la gravedad del problema, lo que ha motivado la incorporación de estrategias de seguridad del paciente a los planes de acción de las diversas organizaciones de salud, y se ha fomentado de manera importante la investigación en la prevención de eventos adversos.

El problema de los eventos adversos en salud existe desde hace mucho tiempo, sin embargo, es hasta el estudio realizado por el grupo de Harvard que se demostró su frecuencia en los hospitales y sus repercusiones para los pacientes y los daños que ocasionan en su salud (T. A. Brennan *et al.*, 1991).

Desde 1999, cuando se publicó el informe del Institute of Medicine (IOM): *To err is human* (Cohen, 2000), el tema de la seguridad de los pacientes ha captado la atención de diversos actores en todo el mundo, entre ellos: los usuarios, los equipos multidisciplinarios de atención a la salud, así como de los directivos y responsables de dirigir las políticas de salud y de calidad en las organizaciones de atención a la salud.

El informe de referencia tomó como base un estudio que se realizó en el estado de Nueva York por el grupo de Harvard (antes referido) en la década de los ochenta, en el que se concluyó que casi un 4% de los pacientes sufrió algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria, en donde el 70% provocó

daño temporal y el 14% acabó en la muerte del paciente. En ese estudio, el IOM estimó que en los Estados Unidos de América entre 44,000 y 98,000 personas mueren cada año en los hospitales como resultado de los eventos adversos ("EA"), datos que superan incluso la mortalidad ocurrida por los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el sida.

Otro informe que vale la pena mencionar, es el que publicó en el continente europeo, el Departamento de Salud del Reino Unido (del año 2000) cuyo título fue "*An organization with a memory*". En este informe se menciona que los eventos adversos se producen en casi el 10% de las hospitalizaciones, es decir, en términos numéricos, un total de 850,000 EA al año en el sistema de salud británico (Department of Health, 2000).

En estudios realizados en otros países como Australia, se ha encontrado una tasa de eventos adversos en pacientes hospitalizados de 16.6%, mientras que en un Hospital Universitario de Boston se identificaron eventos adversos específicos relacionados con los fármacos en casi 7% de los pacientes hospitalizados (Beckmann *et al.*, 1996).

De acuerdo con los reportes publicados en varios países, se puede resumir que la mayoría de los eventos adversos se producen en los hospitales, ya que por la complejidad de los nosocomios, su población está sometida a un mayor riesgo asociado a la atención hospitalaria. Sin embargo, lo antes descrito no excluye que se puedan producir en otros niveles de la atención para la salud, como puede ocurrir en la atención primaria y otros servicios como los de salud mental, de rehabilitación y odontológicos, así como en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

Entre los antecedentes de referencia obligada sobre los accidentes o lesiones que ocurren en las organizaciones, se encuentra el estudio de Heinrich (1931), quien es considerado pionero de la salud ocupacional y la seguridad. Heinrich sugería una razón aproximada de un accidente grave por cada 30 leves y por cada 300 accidentes sin daño, a los que actualmente se les denomina "*near misses*", es decir, que la relación es de 1-30-300.

Posteriormente se sugirió una modificación en la relación antes descrita para quedar en 1-10-600. Estos trabajos han llevado a definir el modelo de "*iceberg*" que establece la razón entre accidentes graves, accidentes leves e incidentes o *near miss*.

De acuerdo con Heinrich (1931), los accidentes o eventos adversos graves son el pináculo de una amplia base de eventos adversos leves e incidentes, donde todos tienen un proceso causal común, de lo cual se deduce que el análisis de las causas que ocasionan los incidentes (sin daño) y los accidentes leves, es también útil para explicar las causas de los eventos más graves, aquellos que producen lesiones o muerte.

Hablando de los principales factores de riesgo que ocasionan un evento adverso asociado a la atención, se dice que las condiciones propias de salud de los pacientes, en particular la gravedad de la enfermedad de base y otras condiciones concomitantes (comorbilidad, por ejemplo), también influyen de manera

importante en su ocurrencia. Muchos de estos pacientes, en particular aquellos sometidos a intervenciones quirúrgicas y los hospitalizados en unidades de cuidados intensivos, son sometidos a varios procedimientos diagnósticos o terapéuticos, por lo que aumenta el riesgo de sufrir daño.

Con base en los registros y publicaciones aquí citadas, la OMS en mayo de 2002, mediante una resolución de su Asamblea Mundial de la Salud, insta a los Estados Miembros a prestar la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente; a consolidar sistemas que mejoren la seguridad del paciente, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología (OMS, 2002). Dicha resolución considera además la elaboración de normas, patrones y directrices mundiales, sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente, que permitan definir, medir y notificar los eventos adversos de la atención de salud, producidos o que se haya logrado evitar, examinando las experiencias de los programas existentes y recabando aportaciones de los Estados Miembros, a fin de proporcionar apoyo para el desarrollo de sistemas de notificación, la adopción de medidas preventivas y la aplicación de medidas de reducción de los riesgos. Posteriormente, en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, se acordó establecer una alianza internacional que facilitara la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los Estados Miembros e impulsara el logro de mejoras a escala internacional (OMS, 2006).

Surge así la *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente*, vigente a partir de octubre de 2004. La *Alianza Mundial* tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo; es un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros de la OMS, los expertos técnicos, los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. Su creación pone de relieve la importancia de la seguridad del paciente en todo el orbe (*idem*).

Las investigaciones confirman cada vez más que en todos los sistemas de atención de salud se producen eventos adversos. Sobre la base de los mejores datos disponibles, se calcula que en todo el mundo hay en todo momento 1.4 millones de casos de infecciones contraídas en centros sanitarios. Aunque el contexto puede variar, ningún país (rico o pobre) puede anunciar que ha resuelto totalmente el problema de la seguridad del paciente (Ceriani, 2009).

La seguridad del paciente constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad (Suñol y Bañeres, 2003).

Cada año, el tratamiento y la atención de cientos de millones de pacientes en todo el mundo se complica a causa de infecciones contraídas durante la asistencia médica. Como consecuencia, algunas personas enfermas se agravan aún más por la infección nosocomial. Unas deben permanecer más tiempo

en el hospital, otras quedan discapacitadas por un largo periodo y otras más mueren. Además del costo en vidas humanas, esta situación genera una carga económica adicional importante tanto para las familias como para los sistemas de salud, como puede observarse en los datos siguientes de infecciones contraídas durante la atención sanitaria (OMS, 2012).

Alcance y costo:

- En todo momento, es posible encontrar más de 1,4 millones de personas que han contraído infecciones en los hospitales del mundo.
- Entre el 5% y el 10% de los pacientes que ingresan a hospitales del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones.
- En países en desarrollo, el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados. En algunos países emergentes, la proporción de pacientes afectados puede superar el 25 por ciento.
- En los Estados Unidos de América, uno de cada 136 pacientes hospitalarios se enferma gravemente a causa de una infección contraída en el hospital; esto equivale a 2 millones de casos y unas 80,000 muertes al año.
- En Inglaterra, más de 100 mil casos de infección relacionada con la atención sanitaria provocan cada año más de 5,000 muertes directamente relacionadas con la infección.
- En México, se calcula que 450 mil casos de infección relacionada con la atención sanitaria causan 32 muertes por cada 100,000 habitantes por año, es decir (sobre una base de 105 millones) unas 33,600 defunciones anuales.
- Se calcula que las infecciones relacionadas con la atención sanitaria en Inglaterra generan un costo de hasta mil millones de libras por año. En los Estados Unidos de América, la cifra es de entre 4,500 millones y 5,700 millones de dólares. En México, el costo anual se aproxima a los 1,500 millones de dólares.

Según datos reportados por Kohn en los Estados Unidos, en el año 2000 (Cohen, 2000):

- Los eventos adversos ocurren entre 2.9 y 3.7 % de los pacientes.
- Los eventos adversos llevaron a la muerte a los pacientes entre 6.6% y 13.6% de los casos.
- Extrapolado a un total de 33.6 millones de ingresos hospitalarios en 1997, podrían morir entre 44,000 y 98,000 pacientes.
- Los eventos adversos ocupan el octavo lugar como causa de muerte en los Estados Unidos de América, por encima de los accidentes en vehículo con 43,458, el cáncer de mama con 42,297, o el sida con 16,516.

En América Latina, el estudio denominado IBEAS coordinado por la OMS y la OPS y realizado en 2007 en hospitales de Argentina, Colombia, Costa Rica,

Perú y México, encontró una tasa promedio de alrededor del 10% (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). Esta investigación identificó que la magnitud y las características del problema son el primer paso para encontrar soluciones y conseguir disminuir la carga de enfermedad debida a riesgos en los cuidados sanitarios.

Por otra parte, se ha identificado una prevalencia global de pacientes con algún evento adverso en un 10.5%. Entre los cinco eventos adversos más frecuentes detectamos:

- Neumonías nosocomiales (9.4%)
- Infecciones de herida quirúrgica (8.2%)
- Úlceras por presión (7.2%)
- Otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6.4%)
- Sepsis o bacteriemia (5%).

En México y a partir de los resultados arrojados con el estudio IBEAS, se sabe que la tasa de prevalencia de eventos adversos en hospitales nacionales fue de 7.7% y los principales eventos adversos identificados fueron:

- Neumonías nosocomiales (5.2%)
- Infecciones de herida quirúrgica (5.6%)
- Otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (5.6%)
- Sepsis o bacteriemia (6.9%).

I. CONCEPTOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Entre la evidencia disponible sobre el daño asociado a la atención de salud, destaca que los eventos adversos son frecuentes y que algunos de ellos pueden ser graves, al causar invalidez permanente o aun la muerte (Leape *et al.*, 1991).

Los eventos adversos con frecuencia se insertan en una serie de hechos, generalmente precedidos de:

- Errores en la atención
- Incidentes que casi causan daño ("*near miss*")
- Eventos adversos leves
- Eventos adversos graves.

Se califica como *evento adverso* a un daño inesperado relacionado con la atención sanitaria recibida por el paciente que tiene, o puede tener, consecuencias nocivas para él mismo y que no está relacionado con el curso natural de la enfermedad. Se denomina *evento centinela* a un suceso inesperado que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas (OMS, 2009).

Algunos de los eventos adversos y centinelas ocurren en circunstancias en que existen medidas de prevención no utilizadas (Ministerio de Salud de Chile, 2011) y sugieren ser el resultado de una cadena de sucesos que pueden dañar al paciente. Es importante destacar que casi el 51% de estos eventos son evitables (Cohen, 2000).

Se reconoce que la descripción cuantitativa de los eventos adversos ha dado lugar a la preocupación de las organizaciones de salud, por lo cual se ha implementado una serie de iniciativas que incluyen la investigación y gestión de incidentes en salud (González *et al.*, 2011).

Actualmente podemos tener mayor acceso a las evidencias de los reportes de eventos adversos, así como del daño que estos eventos causan a los pacientes, mediante los cuales se puede analizar su prevalencia e incidencia para promover cambios y mejoras (Leape *et al.*, 1991; Brennan *et al.*, 1991; OMS, 2002).

Gran número de los eventos adversos se detectan en el ámbito hospitalario y han sido más estudiados, razón por la que probablemente se conoce un poco mejor su comportamiento. Cifras de registros internacionales han reportado que la frecuencia de eventos adversos en pacientes hospitalizados en Nueva York oscila entre 4 y 17% en estudios retrospectivos, y alcanza el 31% en estudios prospectivos (Mahajan, 2010).

II. MARCO INSTITUCIONAL

En México, como parte del apoyo a las iniciativas de seguridad del paciente promovidas por la OMS, el Gobierno Federal decidió incorporar la seguridad del paciente en los diferentes documentos oficiales que involucran las políticas públicas en salud. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en su eje 3, inciso 3.1, quinto objetivo, a la letra señala: “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y *seguridad para el paciente*” y “*lograr que los mexicanos cuenten con servicios eficientes de salud y de alta calidad, ofrecidos con calidez y profesionalismo*”. El Programa Nacional de Salud 2007-2012, refiere en su tercer objetivo lo siguiente: “Prestar servicios de salud con calidad y seguridad”, a través del cual el Gobierno propone mejorar las condiciones de salud de una población, para lo cual es indispensable contar con servicios personales y de salud pública de calidad efectivos y seguros, que respondan a las expectativas de los usuarios y que tomen en consideración la amplísima diversidad cultural del país.

Se han desarrollado algunas acciones en materia de seguridad del paciente dirigidas a problemas como la aplicación de medicamentos, identificación del paciente, cirugía en sitio incorrecto, prevención de caídas, comunicación adecuada con el paciente y con el equipo de salud; uso y apego a protocolos y guías diagnósticas, prevención de las infecciones nosocomiales, importancia del factor humano en los eventos adversos; cambio de la cultura organizacional y corresponsabilidad del paciente en su atención.

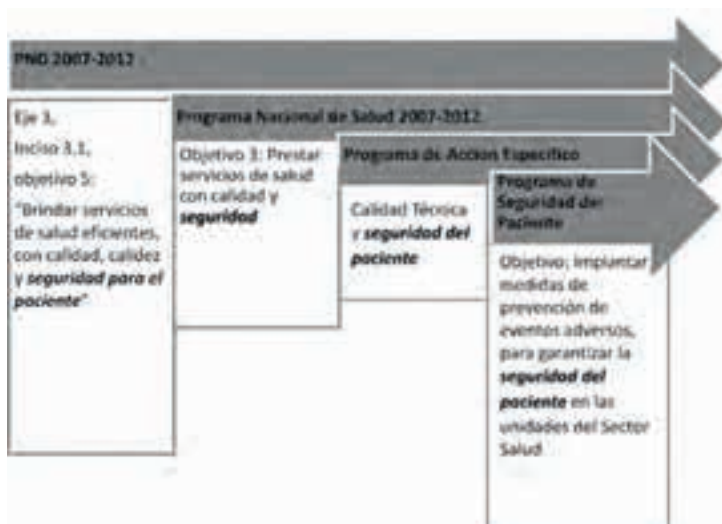
Estas acciones de carácter institucional forman parte del Programa Sectorial de Salud 2007-2012 y responden a lo establecido en la Ley General de Salud (LGS), que en su artículo sexto plantea, entre otros objetivos del SNS, “[...] proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad 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 previstas”.

Así mismo, en los artículos 50 y 51 de la LGS, se describen los derechos de los usuarios de los servicios de salud como “prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a recibir atención profesional y ética responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”.

En la etapa de planeación para la elaboración del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, se convocó al Foro Ciudadano de Calidad en Salud 2007, para escuchar la voz de la ciudadanía, de los profesionales y organizaciones de la sociedad civil en relación con los contenidos de una propuesta integral de calidad. En materia de Seguridad del Paciente se propuso:

- Alinear intervenciones, programas de las subsecretarías, y con ello el ejercicio programático con el presupuestario.
- Desarrollar la organización, capacitación, investigación, profesionalización y educación continua del personal de salud.
- Desarrollar una cultura de seguridad en el personal de salud y los usuarios.
- Impulsar el modelo de seguridad del paciente basado en experiencias exitosas.

FIGURA 1.
MODELO DE ALINEACIÓN DEL MARCO NORMATIVO.



- Integrar al sector privado en las políticas en salud.
- Evaluar y analizar mediante los sistemas de información los costos de salud y de la no calidad.
- Incluir instituciones educativas en los Comités de Calidad.
- Desarrollar un sistema integral de calidad para avanzar hacia el análisis y uso de información.

III. COMPONENTES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

En octubre de 2004, la OMS lanzó la Alianza Mundial por la seguridad del Paciente, convocando a realizar una serie de acciones a favor de la seguridad del paciente. Con esta alianza se busca, además de la difusión del proyecto, identificar la dimensión de los problemas de seguridad, las posibilidades de modificación y control, los beneficios y costos agregados y los ajustes que tendrían que realizarse. La adhesión de México a estas políticas globales de seguridad del paciente y el cumplimiento del marco normativo antes mencionado, sirvieron de antecedente a la Secretaría de Salud para desarrollar a través de su Dirección General de Calidad y Educación en Salud, el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (SS/DGCES, 2007).

Objetivo general

Implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la Seguridad del Paciente en las unidades del Sector Salud.

Objetivos específicos

1. Promover proyectos de mejora, ajustados a las circunstancias adversas de cada hospital, para contener los riesgos, desarrollando además indicadores de Seguridad del Paciente que permitan evaluar el avance y proponer ajustes.
2. Difundir el conocimiento generado a partir de las investigaciones en materia de seguridad del paciente en nuestro país, así como de la información más actualizada relacionada con la prevención de los eventos adversos.
3. Ejecución del programa a nivel sectorial, evaluación y retroalimentación para la mejora continua.

Cabe señalar que, siendo la reducción de eventos adversos el principal objetivo del Programa de Seguridad del Paciente, y la cultura de seguridad el elemento o sustrato fundamental que lo puede hacer factible, estas dos líneas de trabajo resul-

CUADRO 1.
LÍNEAS ESTRATÉGICAS.

• Campañas Sectoriales: • Está en tus manos • Cirugía Segura Salva Vidas • Bacteriemia Cero
• Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN)
• Uso Racional de Medicamentos (URM)
• Medicina Basada en la Evidencia: difusión de Guías de Práctica Clínica (MBE-GPC)
• Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)
• Calidad en la Atención Odontológica (CAO)
• Calidad en la Atención Materna
• Cuidados Paliativos (PALIAR)
• Currícula de Calidad en la Formación de los Profesionales
• Desarrollo de cultura de seguridad en los establecimientos de salud
• Desarrollo de sistemas de notificación y aprendizaje de eventos adversos en los establecimientos de salud

tan estratégicas para avanzar de manera sustancial en la seguridad de los pacientes en el SNS.

A continuación se describe cada una de esas líneas de acción, sus objetivos, metas e indicadores, así como el avance de éstos.

Campañas Sectoriales: Está en tus Manos, Cirugía Segura Salva Vidas y Bacteriemia Cero

México participa de manera activa para atender los tres retos globales de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, por medio de las tres Campañas Sectoriales: “Está en tus Manos”, “Cirugía Segura Salva Vidas” y “Bacteriemia Cero”.

Las acciones a emprender son:

- Desarrollar capacitación en cascada del personal responsable de las acciones de seguridad del paciente en las entidades federativas.
- Realizar una reunión sectorial con los responsables del proyecto de seguridad del paciente, con la finalidad de implementar las estrategias de Seguridad del Paciente a los hospitales bajo su responsabilidad.
- Evaluar los efectos favorables de la capacitación y realizar el desarrollo de ajustes necesarios para el cumplimiento de la meta.

Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial (PREREIN)

Objetivos:

- Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de 6.0 por cada 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel.

Objetivos específicos:

- Que 60% de los hospitales públicos cuenten con un modelo de gestión de riesgo de infecciones nosocomiales.
- Asociar al mayor número de hospitales del país al Modelo de Gestión de Riesgos para la Prevención y Reducción de Infecciones Nosocomiales (PREREIN).
- Promover la interrelación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) y el Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN) en los hospitales.
- Compartir y difundir las experiencias y avances en la reducción de infección nosocomial en los hospitales del SNS.

Acciones propuestas:

- Elaboración de un modelo de gestión de riesgo en infecciones nosocomiales.
- Organización de reuniones de trabajo con los Líderes de Calidad y los enlaces institucionales para la integración o reactivación de los Comités de Infecciones Nosocomiales en los hospitales.
- Promover que los gestores de calidad de hospitales den seguimiento a las infecciones nosocomiales que se presenten.
- Vincular los esfuerzos de PREREIN con las acciones contenidas en el Proyecto de Seguridad del Paciente.
- Incluir en el proyecto las evidencias sobre el uso racional de antibióticos y difundirlos a través de los COCASEP.

Programa de Uso Racional de Medicamentos

Objetivo:

- Proponer estrategias que favorezcan el uso racional y el costo efectividad de los medicamentos por parte de los profesionales de la salud y de los usuarios.

Objetivos específicos:

- Impulsar el desarrollo de la profesionalización de los servicios farmacéuticos en los hospitales. Potenciar el desarrollo de unidades de far-

macia clínica en los hospitales, reconociendo e incorporando al farmacéutico como parte del equipo de salud.

- Fomentar la creación del Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT) que coordine y supervise la política de medicamentos en los establecimientos de salud. Generalizar el Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria para garantizar la eficacia terapéutica y la reducción de costos.
- Promover estrategias para el acceso a la información a los profesionales de la salud y a los pacientes, para que reciban la información objetiva, completa y actualizada sobre el uso correcto de los medicamentos.

Acciones propuestas:

- Involucrar a las instituciones de educación superior y media superior para la formación de especialistas farmacéuticos que se incorporen en los servicios de salud para dar apoyo a la prescripción médica.
- Definición de las funciones de los COFAT, integrando directrices clínicas y fomentando la educación a los usuarios y pacientes. Garantizar una terapéutica racional mediante una selección **óptima** de los medicamentos que formarán parte del cuadro básico de cada hospital, mediante un análisis y valoración de la información científica de los mismos, atendiendo criterios de eficacia, seguridad, calidad y costo, así como su utilización y los resultados en el paciente.
- Emitir recomendaciones para la organización y gestión de la Farmacia Hospitalaria para el desarrollo de servicios farmacéuticos, a partir de la implementación del Sistema de Distribución de Medicamentos en Dosis Unitaria (“*unidosis*”).
- Difundir las guías elaboradas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) e impulsar el desarrollo de guías terapéuticas que permitan el Uso Racional de Medicamentos.
- Identificar y promover los Centros de Información de Medicamentos o Centros de Información Toxicológica a través de las Instituciones de Salud y/o Educativas, para que el profesional de la salud reciba información objetiva, completa y actualizada sobre medicamentos para fomentar un uso racional de éstos.
- Impulsar recomendaciones para que el paciente reciba información objetiva, completa y actualizada sobre el uso adecuado de los medicamentos.

Medicina Basada en la Evidencia: difusión de Guías de Práctica Clínicas (MBE-GPC)

Objetivo:

- Establecer los mecanismos de coordinación, mediante el consenso sectorial, las acciones que permitan desarrollar actividades de difu-

sión, modelo de capacitación, lineamientos para la implantación y el seguimiento para lograr el conocimiento y utilización de las *Guías de Práctica Clínica* desarrolladas e incluidas en el Catálogo Maestro.

Objetivos específicos:

- Distribuir las Guías elaboradas por el CENETEC en las unidades de atención a la salud, de acuerdo a su nivel resolutive.
- Brindar capacitación al personal de salud en el uso y aplicación de las guías de práctica clínica en las unidades médicas del SNS.
- Promover el uso de protocolos de atención médica.

Acciones propuestas:

- Integración de los grupos Cochrane en el país para homologar criterios en la selección de las mejores alternativas de decisión médica mediante un análisis comparativo de la mejor evidencia disponible.
- Definición y difusión de recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible así como de un modelo de gestión clínica.
- Difusión de las Guías en las unidades de atención a la salud de acuerdo a su nivel resolutive.
- Desarrollar programas de capacitación al personal de salud en el uso y aplicación de las guías de práctica clínica, en las unidades médicas del SNS.

Plan de Cuidados de Enfermería (PLACE)

Objetivo general:

- Fortalecer la cultura de calidad en los servicios de enfermería de los establecimientos de salud y la estandarización de los cuidados de enfermería, mediante la aplicación de procesos de atención en enfermería o planes de cuidados.

Objetivos específicos:

- Identificar las mejores prácticas en la atención de pacientes para promover su generalización en el ámbito interinstitucional y nacional.
- Compartir hallazgos de experiencias exitosas sobre la aplicación de planes de atención de enfermería, en las unidades médicas del SNS, destinados a mejorar la calidad de la atención de enfermería.
- Promover la implementación de planes de atención de enfermería en las unidades médicas del Sistema de Salud, a fin de estandarizar los cuidados de enfermería.

- Contribuir a mejorar la calidad en la prestación de los servicios de enfermería y la seguridad de los pacientes a partir de la estandarización de los planes de cuidados de enfermería.
- Constituir un instrumento técnico normativo que permita a los profesionales de la Enfermería, documentar y comunicar la situación del paciente y la evaluación de los cuidados.
- Homologar la práctica profesional de Enfermería, sin que esto impida brindar un cuidado individualizado que favorezca la continuidad en la atención de los pacientes y con la menor variabilidad en el plan terapéutico establecido por el equipo de salud. Con ello se pretende disminuir la probabilidad de producir eventos adversos.

Acciones propuestas:

- Difusión de las guías de planes de cuidados de enfermería en las unidades de atención a la salud, según su nivel resolutivo.
- Promover la participación de las áreas de enfermería en los COCASEP.
- Promover la implantación en las unidades médicas del SNS, de los indicadores de enfermería incluidos en el Sistema INDICAS.
- Difundir la importancia de la estandarización de los cuidados de enfermería y calidad de los registros clínicos de enfermería, de conformidad con la norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, como parte sustantiva del expediente clínico.
- Promover la participación de las unidades de enfermería en los apoyos financieros a la capacitación en calidad, y compromisos de calidad en acuerdos de gestión que anualmente convoca la DGCES por medio de SICALIDAD.

Calidad en la Atención Odontológica (CAO)

Objetivo general:

- Integrar y adecuar a la Estomatología en la estrategia integral de calidad del SNS, para proporcionar seguridad al paciente, brindar atención de calidad y crear un ambiente de seguridad y tranquilidad profesional.

Objetivos específicos:

- Promover la regulación y ordenamiento de la actividad de todo el personal asistencial, auxiliar y técnico que se relacionen con el ejercicio de la odontología.
- Lograr elevar la calidad de vida y seguridad del paciente odontológico, mediante acciones de mejora continua, la aplicación de la odontología basada en evidencia y la difusión de la normatividad entre los profesionales de la salud bucal.

- Integrar a las Instituciones formadoras de recursos para la elaboración de propuestas que actualicen los programas de estudio vigentes, según las necesidades de atención odontológica de la población.
- Homologar la práctica asistencial, disminuir la variabilidad y mejorar la efectividad y la eficiencia, contribuyendo a minimizar los errores derivados de dicha práctica.

Acciones propuestas:

- Involucrar a los grupos gremiales en un proceso único de certificación en el Sistema Integral de Calidad en Salud; promoción y difusión de las acciones implementadas para mejorar la calidad de los servicios odontológicos en el país.
- Propiciar la incorporación en la malla curricular de las instituciones educativas formadoras de los profesionales de la salud bucal; aplicación y conocimiento de modelos de gestión de calidad en la formación profesional.
- Participación en el diseño, así como la difusión de guías de práctica clínica odontológica basadas en la mejor evidencia disponible.
- Diseñar y promover la mejora en los centros de atención buco-dental al contexto de la atención odontológica pública y privada, para gestionar los riesgos, desarrollando además indicadores para la evaluación de calidad asistencial mínima requerida.
- Homologar los criterios que permitan elaborar el Expediente Clínico Unificado y de Calidad en Estomatología, con el que se pueda contar en el SNS.

Calidad en la Atención Materna

La mortalidad materna relacionada con el embarazo es uno de los problemas centrales en nuestro país asociados con la deficiente calidad en la atención. La estrategia de SICALIDAD dirige sus esfuerzos, en colaboración con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a rescatar y difundir aquellas buenas prácticas y experiencias que mejoren la atención materna y neonatal, amén de contribuir a reducir la razón de mortalidad materna.

Objetivo general:

- Incorporar en la agenda de las instituciones del SNS, programas de calidad para la mejora y estandarización de los procesos de atención obstétrica dirigidos a la prevención de muerte materna.

Objetivos específicos:

- Institucionalizar el proyecto de calidad para la prevención de muerte materna mediante su inclusión en los niveles directivos y operativos del SNS.

- Apoyar el proyecto de calidad en la atención materna, mediante la difusión de guías de práctica clínica, con apoyo y reconocimiento a buenas prácticas del personal involucrado en la atención obstétrica.
- Instrumentar y supervisar el proyecto, identificando oportunidades de mejora en materia de calidad y la adherencia a las recomendaciones en atención obstétrica, especialmente en la enfermería obstétrica.

Acciones propuestas:

- Participación de los Responsables Estatales de Calidad en los Comités Estatales de Mortalidad Materna y Perinatal, y en los Grupos de Atención Inmediata a la Defunción Materna (AIDEM), informando en los Comités Estatales de Calidad.
- Inclusión de indicadores de calidad para la atención obstétrica en los Convenios de Gestión del SPSS.
- Incentivar experiencias exitosas de atención a la mujer embarazada mediante el Premio a la Innovación de la Calidad, compromisos de la calidad en Acuerdos de Gestión y el Programa de Capacitación en Calidad.
- Incluir criterios relacionados con la prevención de la muerte materna en la cédula del nuevo Sistema de Acreditación y Garantía de Calidad, y en el Programa de Supervisión en Acreditación.
- Incorporar, a los planes de mejora en los COCASEP, propuestas destinadas a la mejora del trato, resolución y emergencia obstétrica.

Cuidados Paliativos (PALIAR)

Objetivo general:

- Mejorar la calidad de vida de pacientes en situación terminal.

Objetivos específicos:

- Impulsar la existencia de un programa de cuidados paliativos, de carácter integral e interdisciplinar en los hospitales de mediana y alta complejidad.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal y de sus familias, mediante la homologación de protocolos de atención al dolor, apoyo tanatológico y atención domiciliaria.
- Compartir y difundir buenas prácticas, regular el desarrollo de los cuidados paliativos y apoyar la capacitación y profesionalización del equipo de salud.

Acciones:

- Desarrollo de un plan nacional de cuidados paliativos (PALIAR) que implique que los hospitales cuentan con un programa de cuidados paliativos para pacientes en situación terminal.

- Apoyar la publicación de una NOM de criterios para cuidados paliativos, que regule la atención a pacientes en situación terminal.
- Establecer un grupo técnico para la formulación de criterios, recomendaciones de buena práctica y construcción de indicadores, para Cuidados Paliativos.
- Desarrollo de acciones de capacitación vinculadas a SICALIDAD, para la operación de programas de cuidados paliativos para pacientes terminales y de alternativas a la hospitalización.
- Evaluación de los resultados de implantación del modelo y generación de espacios para compartir experiencias destacadas.

Currícula de Calidad en la formación de los profesionales

Objetivo general:

- Incorporar a los programas docentes de pregrado y posgrado de Enfermería, Trabajo Social y Medicina, una materia dedicada a la calidad en los servicios de salud.

Objetivos específicos:

- Elaboración de una propuesta del Programa Docente de calidad en la atención a la salud.
- Desarrollo de “experiencia semilla” en instituciones académicas para la validación del Programa Académico de calidad en la atención a la salud.
- Lograr la implantación del módulo o materia de calidad y seguridad del paciente en la atención a la salud en el máximo de unidades docentes de Medicina, Enfermería, Trabajo Social, Odontología, Psicología y otras profesiones de salud.

Acciones propuestas:

- Creación de un grupo de consenso sobre las características de los programas docentes en materia de calidad en la atención a la salud.
- Establecer acuerdos con las autoridades de instituciones educativas de pregrado y posgrado, especialmente de Medicina y Enfermería, para incluir una materia de calidad en sus programas de estudios, como parte de la currícula de sus egresados.
- Homologar, mediante la capacitación y el adiestramiento oportuno, al profesorado responsable de la currícula de calidad.
- Actualizar los programas docentes con que se cuenta en el seno de la comunidad académica, bien sea que aborden tangencial o principalmente el tema de la calidad en la atención a la salud.

- Difundir experiencias de programas docentes idóneos, contenidos y referentes bibliográficos, así como de casos documentados que refuercen y consoliden la preparación en calidad en la atención a la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Beckmann U, Baldwin I, Hart GK, Runcimans W, "The Australian incident monitoring study in intensive care", *Anesthesiology Intensive Care*, 1996. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bits-tream/2440/5917/1/hdl_5917.pdf.
- Brennan TA, Leape LI, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H, "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I", *N Engl J Med*, 1991 Feb 07. [Acceso: 30-03-2012]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>.
- Ceriani-Cernadas JM, "La OMS y su iniciativa 'Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente'", *Arch Argent Pediat*, 2009; 107(5):385-6. [Acceso: 20-08-2012.] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001.
- Cohen MR, "Why error reporting systems should be voluntary: they provide better information for reducing errors", *BMJ*, 2000; 320 (7237). Disponible en: <http://www.bmj.com/content/320/7237/728>.
- Department of Health on behalf of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. *An organisation with a Memory Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer*, Londres, Ministerio de Salud, 2000. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf.
- González-Formoso C, Martín-Miguel MV, Fernández-Domínguez MF, Rial A, Lago- Deibe FI *et al.*, "Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: a randomized trial", *BMC Family Practice*, 2011. [Acceso: 10-07-2012]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-50.pdf>.
- Heinrich HW, *Industrial accident prevention: a scientific approach*, Nueva York y Londres, McGraw-Hill, 1931. [Acceso: 10-07-2012.] Disponible en: <http://www.library.wisc.edu/selectedtocs/ca4563.pdf>.
- Leape LI, Brennan TA, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA *et al.*, "The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II", *N Engl J Med*, 1991 Feb 07. [Acceso: 29-04-2012]. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240605>.
- Mahajan RP, "Critical incident reporting and learning", *British Journal of Anaesthesia*, 2010; 105(1):69-75. [Acceso: 10-08-2012.] Disponible en: <http://bjaoxfordjournals.org/content/105/1/69.full.pdf+html>.
- Ministerio de Salud de Chile, *Norma general técnica sobre calidad de la atención: reporte de eventos adversos y eventos centinela*, Santiago, 2011. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6921_Norma.pdf.

- Ministerio de Sanidad y Política Social/OMS, *Estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España; Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, Ginebra, Suiza, OMS, 2009. [Acceso: 19-07-2012.] Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>.
- OMS, *Proyectos y programas. Una atención limpia es una atención más segura*, Ginebra, OMS, 2012.
- _____, *Marco conceptual de la clasificación Internacional para la seguridad del paciente: versión 1.1*, Ginebra, OMS, 2009 Ene. [Acceso: 10-07-2012.] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
- _____/The Joint Commission, *Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*, Ginebra, OMS, 2007 Mayo.
- OMS, *59ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 11.16 del orden del día provisional (Serie A59/22)*, Ginebra, OMS, 2002. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf.
- _____, *55ª Asamblea Mundial de la Salud. Tercer informe de la Comisión A (Serie A55/52)*, Ginebra, OMS, 2002. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf.
- Runciamani W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P, "Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms", *Intqhc*, 1993 Oct. [Acceso: 30-07-2012.] Disponible en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/1/18.short>.
- Secretaría de Salud (SS)/DGCES, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud*, México, SS, 2007.
- Suñol R, Bañeres J, "Conceptos básicos sobre seguridad clínica", *Mapfre Medicina*, 2003 Sep 11; 14(4):265-9. [Acceso: 17-07-2012.] Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART8681/concepto.pdf>.

Programa de estímulos a la calidad

*Josefina Arellano G.¹
Jorge Enríquez Hernández²*

INTRODUCCIÓN

El interés por encontrar mecanismos para incentivar al personal de salud, buscando elevar la calidad de la atención de los servicios que se prestan a la población, no es tema nuevo en el Gobierno Federal; muestra de ello es este programa que tiene su origen hace 18 años.

Si bien en sus inicios se estableció básicamente como un 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, sobre todo, en parte indispensable de 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.

Si consideramos que la evaluación del desempeño de personal nos permite conocer si el desarrollo de las actividades institucionales responde a las necesidades de la población, para cumplir las metas establecidas en materia de salud, se observa que este programa constituye una herramienta fundamental en la evaluación de la calidad de la atención.

De los diversos métodos utilizados para ello, a partir de 2004 se estableció un mecanismo de evaluación “de 360 grados” o evaluación integral, por considerarse la herramienta óptima para evaluar el desempeño y medir competencias, cuyos resultados permiten diseñar programas de desarrollo, de conformidad con los resultados que ésta arroje.

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 de su desempeño, competen-

¹ Funcionaria de la Dirección de Procesos Normativos en Salud/DGCES, SS.

² Director de Procesos Normativos en Salud/DGCES, SS.

cias, habilidades y comportamientos específicos esperados para el logro de los objetivos de la institución.

Los resultados obtenidos permiten 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 sólo 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:

- Respeto a la voluntad, iniciativas y formas de organización locales
- Impulso a la participación social
- Corresponsabilidad entre sociedad y gobierno
- Transparencia, honestidad y eficiencia en el manejo de los recursos.

Entre sus objetivos, señalaba:

- Otorgar un estímulo económico y apoyar la superación profesional de las enfermeras con mejor desempeño, calidad humana y probada eficiencia;
- 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;
- 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; debía ponderar los siguientes aspectos:

- Formación académica
- Antigüedad
- Desempeño en el servicio (asistencia, puntualidad, permanencia en el lugar de trabajo; respeto y trato cálido al usuario; eficiencia y calidad técnica)
- Actividades académicas en servicio
- Identidad y compromiso institucional
- Participación en acciones comunitarias
- Otras actividades sobresalientes.

Para participar por los estímulos, debían tener nombramiento de base o al menos un año cumplido en servicio en cualquier nivel de atención, con nombramiento como “auxiliares de enfermería”, “enfermera 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 enfermeras 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, con 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 enfermeras. 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 la 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:

- 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.
- 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.
- 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:

- El ingreso al programa y permanencia del personal se efectuaba mediante la solicitud del interesado, entrega de documentación y la eva-

luación que realizaban los Comités Locales y Estatales establecidos para ese fin.

- 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.
- 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.
- 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:

- Responsabilidad y Competencia
- Relaciones humanas y Actitud en el trabajo
- 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 sólo 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, y el Secretariado Técnico era representado por perso-

nal 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 Comité 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 éstos se complementaron 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 las participantes; en cuanto al sistema de eva-

luación, se eliminó el formato para “Enfermeras en Administración Central” y se incluyeron dos nuevos formatos: uno para Enfermeras Jefes y Subjefes en Segundo y Tercer Nivel de Atención; otro para Enfermeras 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; se entregó a los asistentes el programa correspondiente para su análisis y revisión. Se expusieron los comentarios de cada institución durante la reunión del Comité celebrada el 30 del mismo mes. 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:

- Impulsar el reconocimiento institucional al personal de enfermería y estimular su participación con la comunidad.
- 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.

- 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 tendentes 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; así 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; 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, 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. 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 alinearlos 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 en tres premisas:

- 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.
- Focalizar la atención sobre el personal operativo para una mejoría real de los servicios de salud para la población.

- Participación con opiniones de la comunidad, de compañeros, superiores y usuarios de los servicios.

Entre los cambios propuestos estaban:

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

Se entregó un ejemplar de la propuesta 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 el cumplimiento de la formación académica del código. Se unificó el formato de asistencia y permanencia; 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. Se empezó a manejar la información de los beneficiarios mediante el programa informático Access® y se replantearon los objetivos y metas.

En 2004 se obtiene 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 es prospectiva (año en curso); se establece un sistema de “evaluación de 360 grados” basado en competencias del desempeño, lo que 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 del Programa, su confidencialidad y oportunidad, y para buscar el fortalecimiento de la transparencia en el mismo, a partir de 2005 se diseñó y se puso en operación una página Web del Programa, que se constituyó como única herramienta de control de la información, la cual facilita el manejo centralizado en los Comités Estatales, de manera oportuna y confiable de los datos de los participantes y la estandarización de los datos, el seguimiento de avances y la administración o disponibilidad de la información en cualquier lugar. 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 debía 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 somete a autorización de la SHCP y la SFP una cédula de evaluación exclusiva para enfermería, a la que hacen observaciones y solicitan adecuarla a los objetivos del Programa.

En ese mismo año, los representantes del Programa IMSS-Oportunidades informan que al incorporarse su personal al régimen ordinario institucional, dejan 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 implica 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, de manera que se tuviera mayor claridad respecto al periodo de evaluación y mejorar los procesos de operación en las Comisiones Locales y Comités Estatales, por lo que se señalaron en la normativa dos etapas del programa (registro y evaluación), teniendo como requisito indispensable el registro de la evidencia que sustenta la puntuación otorgada en cada criterio y reiterando que la “opinión del jefe” no puede 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; 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 Aavales Ciudadanos, acotado antes a dos personas. Y se señalan 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 éstos se eliminan, por lo que el programa resulta totalmente prospectivo; sólo se consideran actividades del año en evaluación, destacando el señalamiento de que el participante debe contribuir con la Comisión de su Unidad de adscripción para la presentación de documentos que permitan 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 establece que se debe 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 elabora y agrega una Cédula de Evaluación específica para esa área. También se elaboran y aplican 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 señala como sujetos a participar: el personal médico, de enfermería, odontología, trabajo social, química, psicología, rehabilitación, nutrición y técnico. En este documento ya se incluye la categoría de "Excelencia" y se incluyen formatos específicos para la entrega de resultados para validación y autorización del pago del estímulo.

A partir de 2009, se modifica el nombre del programa y se incluyen todas las disciplinas autorizadas, lo que permite incrementar el personal susceptible de recibir el estímulo.

Para fortalecer las actividades de los Comités y Comisiones, se incluye 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 debe sustentar de sobra para ser otorgados, y lo contenido en la cédula de opinión que para tal efecto se encuentra entre los formatos de evaluación. También se incluyeron en el glosario de términos aplicables al programa, definiciones

del concepto “Permanencia” (cumplimiento del horario asignado y la jornada laboral contratada, así como a la 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®) 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 elaboró material de apoyo para la capacitación de los Comités Estatales y Comisiones Locales, de tal manera que todos contaran con la misma información. Este material se colocó en la página web del programa para difusión abierta.

Durante la Reunión Nacional de Educación en Salud celebrada en 2009 en Nuevo Vallarta, Nayarit, los Secretarios Técnicos de los Comités Estatales propusieron la elaboración de catálogos de evidencias para cada disciplina e institución, como instrumento para unificar los criterios de evaluación. La propuesta se comenta con los representantes de cada institución ante el Comité Nacional, quienes apoyan la idea y se inicia así 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 colocan en la página web para conocimiento de todos los interesados; se incluyen en el reglamento los criterios de desempate. Se determinó dividir el proceso en tres etapas (inscripción, evaluación y seguimiento) para que el par-

participante identifique que continúa en evaluación hasta diciembre y que debe 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), notifican que debido a ajustes presupuestales, su personal no participará 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 tienen actividad directa con usuarios, se discutió en el Comité Nacional la procedencia de su participación, determinándose que el personal en áreas en donde se desarrollen actividades con usuarios puede participar en el proceso.

Se acordó precisar en el Reglamento que el personal adscrito a brigadas comunitarias puede participar, aun cuando su área de adscripción no sea una unidad de atención a usuarios, ya que sus funciones se ejercen directamente en una comunidad. Se agregó que cuando el Secretario Técnico de una Comisión Local reúna los requisitos de participación, su expediente se integrará en la Unidad y se enviará 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 podrán solicitar en cualquier momento del proceso, el envío de expedientes de participantes para verificar que cumplan con lo requerido en la norma, señalando que cuando la revisión se realice en la Tercera Etapa del Programa y no se encuentren debidamente integrados, procederá la baja del participante y notificación ante el OIC.

Se ratificó que toda inconformidad debe ser atendida, aun cuando se presente 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; 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 despliegue un cuestionario de “Diagnóstico de Participación”, con el que el interesado podrá identificar si reúne los requisitos para ingresar al Programa. Esta función es informativa y su resultado no condiciona que pueda o no inscribirse, ni emite ninguna constancia de que puede hacerlo. Tampoco es 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 corresponden 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 cada entidad federativa se establece un Comité Estatal de Estímulos, que coordina la operación del Programa por medio de Comisiones 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/bienvenida.php>, cuyo contenido se actualiza de manera permanente.

El proceso de evaluación contempla seis criterios generales:

- Opinión del mismo trabajador, de su superior, sus compañeros de trabajo y los usuarios;
- Calidad Técnica y atención médica;
- Capacitación y Educación continua;
- Productividad;
- Aptitudes;
- 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

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 Na-

CUADRO 1.
BENEFICIARIOS POR INSTITUCIÓN Y DISCIPLINA 1996-2011.

	Medicina	Enfermería	Odontología	Química	Trabajo Social	Otras disciplinas	Total
Secretaría de Salud*	40,230	110,165	3,774	1,551	1,259	1,541	158,520
Secretaría de la Defensa Nacional	604	8,753	984	16	72	96	10,525
Secretaría de Marina	1,503	4,003	559	36	0	0	6,101
Secretaría de Comunicaciones y Transportes	415	133	14	13	0	12	587
ISSSTE	12,969	41,148	771	433	199	231	55,751
DIF Nacional	220	781	51	0	3	27	1,082
INAPAM	12	14	0	0	0	0	26
IMSS-Solidaridad (Oportunidades)	4,290	12,108	110	0	0	0	16,508
Total	60,243	177,105	6,263	2,049	1,533	1,907	249,100
*Incluye las 32 entidades federativas, Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Centros de Integración Juvenil (CIJ).							

cional 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.

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 sólo 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 - 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 profesigramas institucional (aplicable al momento de ingreso en la institución o la creación del código), 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 pro-

ceso 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.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/EVALUACION_360.pdf
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>

Percepción de los profesionales de la salud sobre la calidad de la atención en México

Francisco Hernández Torres¹

Alma Cáliz Morales²

Jessica Santos García²

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se plantea a través de las acciones descritas en la “Estrategia 3. Situar la Calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de salud”:

[...] Medir de manera regular la satisfacción de los usuarios respecto al trato digno, surtimiento de medicamentos, confort y lista de espera para evaluar la calidad percibida y el conocimiento de los derechos de los ciudadanos en las unidades médicas. Asimismo se medirá la satisfacción de los prestadores de servicios de salud. Para conocer las expectativas de los trabajadores de la salud y el compromiso con la calidad se elaborará una encuesta nacional³.

Con base en ello, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), a través del Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012: Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD, implanta como parte del objetivo de Calidad percibida, el proyecto *Percepción de los profesionales de la salud. Caminando con los trabajadores de la salud* que a través de la Encuesta Nacional de “Calidad de vida profesional y compromiso con la calidad”, mide la percepción de los profesionales de la salud en dos dimensiones: Calidad de vida de los profesionales de la salud y Compromiso con la calidad, para que con base en los resultados se definan y realicen acciones de mejora. La primera dimensión evalúa los rubros de Apoyo directivo, de equipo y compromiso con la dirección; Capacidades, carga laboral, ambiente y entorno organizacional y Calidad de vida profesional. La segunda dimensión valora los Conocimientos de la estrategia SICALIDAD; Impacto en la acreditación/reacreditación; Prioridades en calidad y Compromiso con la calidad, esta medición se realiza cada año y se dan a conocer los resultados a través de la página Web de la DGCES.

¹ Director General de Calidad y Educación en Salud, SS.

² Funcionarias de la DGCES.

³ SS, *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, SS, 2007, p. 104.

MÉTODO

La Encuesta Nacional de “Calidad de vida profesional y compromiso con la calidad” comenzó a aplicarse en todo el país a partir de 2009. Es una encuesta de tipo longitudinal y seccional, que se levanta una vez al año en un periodo corto a través de un portal de Internet que es proporcionado a los Responsables Estatales de Calidad, Gestores de Calidad y Enlaces de Calidad de las instituciones participantes del Sector Salud, para que coordinen su aplicación en las unidades médicas. En caso de que las unidades no cuenten con Internet, los Gestores de Calidad o responsables de su aplicación la realizan en forma impresa y la ingresan a la Web en un lugar que cuente con este servicio en el periodo indicado.

Las mediciones de la encuestas sirven para registrar de manera retrospectiva el avance en las mejoras del clima organizacional de las unidades participantes, además de verificar la implantación de las líneas de acción de SICALIDAD por medio de las tareas de los Responsables Estatales de Calidad, Enlaces Institucionales de Calidad y Gestores de Calidad. También sirven de forma prospectiva para que con base en los resultados, se generen agendas o planes de trabajo y de capacitación, presentar proyectos de capacitación para hacerse acreedores a financiamientos por parte de SICALIDAD, entre otras acciones según corresponda a las necesidades de cada unidad o entidad federativa. Para el caso de una unidad médica que participe por primera vez, los resultados estadísticos descriptivos sirven como diagnóstico inicial para la mejora de la calidad de vida profesional y como guía para la implantación de líneas de acción de SICALIDAD.

El tipo de muestreo que se utiliza es de tipo aleatorio estratificado con una afijación proporcional⁴, con base en la representatividad geográfica de las entidades federativas de las Unidades, su tipología y plantilla de trabajadores de la salud de cada Unidad.

La aplicación de la encuesta debe incluir personal de todos los turnos. La encuesta está construida con 44 reactivos y la escala de respuesta utilizada en algunas preguntas fue dicotómica, otras por categoría y otras por frecuencia. (Para fines de interpretación de resultados en esta publicación, las respuestas “Casi siempre” y “Siempre” se sumaron como favorables, y las de “Casi nunca” y “Nunca” como desfavorables:)

Nunca (en ninguna ocasión)
Casi nunca (algunas veces por mes u ocasionalmente)
Casi siempre (algunas veces por semana o frecuentemente)
Siempre (todos los días o en la mayoría de las ocasiones)

Los resultados de la encuesta fueron analizados en la función estadística Alfa de Cronbach (integrada en el programa SPSS) para medir su grado de confiabilidad, el cual dio como resultado general del instrumento 0.0861, lo que es bueno de acuerdo con la escala de calificación del Alfa de Cronbach.

⁴ Universidad de Sonora, “Muestreo”: www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf.

RESULTADOS

La Encuesta 2011 fue aplicada a 21,092 profesionales de la SS, ISSSTE, IMSS, ISSEMYM, DIF y servicios privados, de los cuales el 56% están adscritos a hospitales, el 23% a centros de salud urbanos, el 16% a centros de salud rurales y el 5% a otro tipo de institución. El 68% fueron mujeres y el 32% hombres, de los cuales el 45% fue personal de enfermería y el 31% médico.

En lo que se refiere a la dimensión de Calidad de Vida Profesional de los profesionales de la salud, los principales hallazgos referentes a *Apoyo directivo, de equipo y compromiso* de la Dirección fueron que el 82% de los profesionales expresaron tener confianza en su equipo directivo, el 66% recibe apoyo de su equipo directivo, el 76% percibe que su equipo directivo se compromete con la calidad de la atención en salud, al 71% les informan sobre los objetivos de los programas de salud, el 73% está informado de que en su centro laboral se trabaja con algún Plan de Mejora Continua (PMC) y el 60% recibe información de los avances de sus indicadores y del PMC; y sólo son escuchadas y aplicadas las propuestas del 57% de los profesionales en su establecimiento médico. El 86% cuenta con el apoyo de sus compañeros para la realización de su trabajo, el 78% refirió que se fomenta el trabajo en equipo en su establecimiento a través de capacitación y reuniones principalmente, y el 56% que su esfuerzo se reconoce mediante cursos de capacitación, estímulos, incentivos y reconocimientos.

Por lo que toca a las *capacidades*, 96% refirió estar capacitado para realizar su trabajo y que respecto a la toma de decisiones en su práctica profesional, el 31% lo hace con base en la experiencia, un 25% con el uso de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM's) o lineamientos de programa, y el 18% lo hace a partir de consultas a otros colegas y compañeros de trabajo. En un análisis diferenciado de personal médico y de enfermería, la principal opción de toma de decisiones de los primeros es a través del uso de las NOM's y de los segundos, a partir de la experiencia. Respecto a *carga laboral, ambiente y entorno organiza-*

FIGURA 1.



cional, aunque 68% refirió tener una carga de trabajo diaria excesiva, sólo 18% expresó sentirse desgastado emocionalmente y cansado físicamente en el trabajo, y 38% aceptó sentirse agobiado por falta de tiempo para completar su jornada. Sin embargo, cabe destacar que 24% respondió que trabaja en condiciones de estrés que le impiden cuidar la seguridad del paciente y/o escucharlos, mientras que un 49% se esfuerza por comunicarse con los pacientes adecuadamente. En cuanto a si cuentan con el instrumental e insumos mínimos para la realización de sus labores, 24% contestó que “nunca” y “casi nunca”, el 56% que “casi siempre” y 20% que “siempre”. Respecto a *las instalaciones*, el 54% contestó que no eran adecuadas y un 46% que sí (iluminación, ruidos, ventilación, espacio físico, orden). Sobre *Calidad de vida profesional percibida*, 97% se siente satisfecho con el trabajo que realiza; 96% se siente orgulloso de pertenecer a su organización laboral; 91% dijo que existe concordancia entre su puesto y sus capacidades profesionales; el 95% contestó tener un buen balance entre su vida personal y profesional, y un 85% “se desconecta” de su trabajo cuando está en su entorno familiar. En la pregunta de si sus ingresos percibidos concuerdan con las exigencias de su trabajo profesional, el 43% respondió que sí y el 56% dijo que no.

En la dimensión *Compromiso con la calidad*, la DGCES mide el grado de conocimiento, aplicación e interés que tienen los trabajadores de la salud en cuanto a los proyectos que integran SICALIDAD, por lo que en el rubro de *Conocimientos del Sistema Integral de Calidad en Salud* un 24% contestó desconocerlo y 76% de los encuestados refirieron tener conocimiento; estos últimos marcaron como los cinco proyectos más conocidos el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), Aval Ciudadano, Seguridad del Paciente, Programa de estímulos a la calidad y Acreditación.

Al total de encuestados se les preguntó si en su centro laboral, Jurisdicción, Delegación u Hospital existe un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, y el 68% dijo que sí, el 26% no sabe y un 6% respondió que no. De igual forma se les preguntó si identificaban las acciones del Gestor de Calidad, marcando el 21 y 34% que siempre y casi siempre, respectivamente, y un 23 y 22% que casi nunca y nunca.

En cuanto a la implantación de Guías de Práctica Clínica (GPC) que son un elemento de rectoría en la atención médica (cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales), se les cuestionó a los profesionales si en su unidad se conocen y aplican las Guías; 46% respondió que sí y 54% que no o que no lo sabe; a éstos se les pidió que identificaran las tres principales razones que a su entender impiden conocerlas y utilizarlas, entre las que destacaron que no ha habido difusión y capacitación para conocerlas, falta de tiempo para realizar la consulta y que la dirección del establecimiento médico no motiva su uso.

Otro proyecto evaluado fue el de Aval Ciudadano, que es una experiencia de contraloría social y de participación ciudadana a través de grupos organizados de la sociedad civil, que participan en la evaluación de los componentes de la calidad percibida en la prestación de los servicios de salud; ellos son el enlace entre las instituciones y los usuarios de los servicios de salud, además

de sus voceros⁵. Los resultados mostraron que 54% de los profesionales que participaron en la encuesta conocen al Aval de su unidad y éstos señalaron que las principales aportaciones que han hecho los Avals es que a través de ellos se conoce la opinión real que tienen los ciudadanos sobre la calidad de los servicios de la Unidad; que sus propuestas contribuyen a reducir el tiempo de espera, a mejorar el trato y la información otorgada por el personal; se ha promovido la mejora de las instalaciones así como la confianza de los pacientes de la unidad médica.

También se midió el *Impacto de Acreditación y reacreditación* de las unidades médicas como garantía de la calidad. El 58% indicó que su unidad sí está acreditada y reacreditada; el 71% de éstos refirió que con la acreditación se han mejorado las condiciones en que realizan su trabajo, y 76% refiere que se han incrementado los índices de satisfacción de los usuarios. Otros aspectos que señalaron mediante la acreditación fue que ha aumentado la cantidad de los medicamentos para los usuarios afiliados al Seguro Popular, se ha podido cumplir con requisitos de infraestructura, equipamiento, mobiliario o instrumental, y ha supuesto mejoras en los procesos de atención médica.

Otro rubro de la dimensión “Compromiso con la Calidad” fue *Prioridades en calidad* en el que específicamente se preguntó si acaso tuvieran que poner en marcha un plan de calidad en su centro laboral, ¿qué prioridades establecerían? Como prioridad uno destacó el hecho de mejorar la calidad del expediente clínico, la aplicación de las Guías, que los directivos se comprometan con la calidad, implantar un PMC por la calidad y Seguridad del paciente, mejorar la práctica de enfermería aplicando los Planes de cuidados de Enfermería y mejorar la calidad de los servicios de urgencias.

El último rubro fue el de *Compromiso con la calidad* llamado igual que la dimensión de la encuesta. Se les preguntó “¿mediante qué acciones expresan su compromiso con la calidad de los servicios de salud?”.

De acuerdo con los resultados, se puede concluir en lo que respecta a la dimensión “Calidad de Vida Profesional”, que 70% de los trabajadores de la salud cuentan con el apoyo de sus directivos y confían en ellos; de igual forma, un porcentaje similar tiene conocimiento de los planes de trabajo y del resultado de ellos, lo que deriva en una fortaleza para las unidades; las debilidades a cubrir en este sentido es que 30% de los encuestados desconocen las directrices de la unidad, lo que puede implicar que por desconocimiento no se cumpla con las políticas y programas de calidad de la unidad y los estándares de calidad percibida, técnica y de gestión.

Otro factor que no favorece el compromiso con la calidad es que alrededor del 50% del personal encuestado refirió que su opinión no es tomada en cuenta y su esfuerzo no es reconocido, lo que refleja que los equipos directivos de las unidades médicas tienen importantes áreas de oportunidad para establecer estrategias de integración, comunicación y reconocimiento con los trabajadores a su cargo para contribuir a mejorar el clima laboral⁶.

⁵ SS, México, 2011: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/ac_diptico.pdf.

⁶ SS, *Programa de Acción Específico 2007-2012 del Sistema Integral de Calidad en Salud*, México, SS, 2007, p. 29.

Otra área de oportunidad detectada con base en los resultados de la encuesta, concierne a la infraestructura de las unidades médicas y falta de insumos para la realización del trabajo; aunque algunas unidades se han beneficiado con los procesos de acreditación, las respuestas de los trabajadores revelan que varias veces a la semana no cuentan con los materiales para ofrecer el servicio, situación que se puede interpretar como consecuencia de la creciente demanda de los servicios de salud generada por la afiliación de la población al Sistema de Protección Social en Salud y al Seguro Médico de una Nueva Generación, lo que repercute en que los espacios y el material no sea proporcional al número de usuarios, al igual que el número de profesionales que otorgan el servicio y esto sea lo que genere una carga laboral excesiva; en consecuencia, se trabaja en condiciones de estrés y con una comunicación poco adecuada con los pacientes.

No obstante, respecto a la calidad de vida profesional se detectó que poco más del 90% de los trabajadores de la salud se siente satisfecho con su trabajo, orgulloso de su institución, y considera tener buen balance entre su vida personal y profesional, entre su puesto y capacidades.

En lo que toca a la dimensión de “Compromiso con la Calidad”, de acuerdo con las respuestas de los trabajadores de la salud se puede inferir que el conocimiento de la Estrategia ha aumentado respecto a lo antedicho por los participantes de la misma encuesta en 2009 y 2010. Esto favorece la aplicación de los proyectos de calidad que el programa SICALIDAD ofrece para la mejora de los procesos de atención de los servicios de salud en beneficio de los usuarios; que a su vez, a los profesionales les facilita como guía para su quehacer diario. Los proyectos más conocidos son: INDICAS, Aval ciudadano y Seguridad del paciente; sin embargo, los que ellos refieren como prioridad para un Plan de calidad es el de mejora del expediente clínico, aplicación de las GPC y Planes de Cuidados de enfermería, así como que los directivos se comprometan con la calidad, por lo cual no sólo es importante saber qué proyectos son los más conocidos para la determinación de los Planes de calidad, sino cuáles son de principal interés de los profesionales, sumado a que estas últimas más la asistencia a capacitaciones en el tema de calidad, son las que también han referido como su forma de expresar su compromiso con la materia en cuestión.

En lo que se refiere a la acreditación como garantía de la calidad, ha favorecido a 70% de los profesionales de Unidades que se han acreditado y han mejorado las condiciones de trabajo y por ende, los índices de satisfacción de los usuarios. Por ello, es importante tener como plan de mejora continua todos los requerimientos para acreditar una unidad médica.

Finalmente, se debe fortalecer la figura del Gestor de Calidad y darle una posición en la estructura jerárquica en las unidades médicas, Jurisdicciones y/o Delegaciones ya que son las responsables de la instrumentación de las estrategias definidas por el Comité Estatal de Calidad alineadas a la Política Nacional de Calidad.

Formación de recursos humanos en salud bucal

Enrique Padilla¹
Fernando Calderón²
Juan Cervantes²
Luis Espinosa²

INTRODUCCIÓN

Al abordar el tema de la práctica Estomatológica en México, nos encontramos con que hay que transitar por diferentes caminos y que aunque pareciera que éstos se alejan cada vez más, la realidad es que al final todos convergen en un punto: la subcategorización de la Odontología dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Formar recursos humanos en Salud Bucal nos coloca ante un problema con matices diversos. En nuestra nación se cuenta con más de 100 instituciones educativas dirigidas a este propósito; en muchas de ellas, la educación es seria, bien estructurada, con profesores calificados, recursos materiales, programas y planes de estudio de primer nivel, homologados hacia un perfil alto de calidad en todos sus egresados. Por otro lado, nos enfrentamos a otro tipo de enseñanza, una que ve en este rubro un área de oportunidad para acceder a recursos económicos jugosos, sin cumplir con los criterios esenciales que deberían regir a una verdadera escuela de Odontología con fundamentos humanistas.

La atención dental dentro de las Instituciones de Salud se encuentra inmersa en un mar de inconvenientes tales como que la cantidad de Cirujanos Dentistas contratados es tan baja, que terminan siendo insuficientes para brindar atención buco-dental a la población adscrita a su Institución. Es oportuno mencionar que el abasto de instrumental, materiales y equipo, así como el mantenimiento de éste resultan ser muy limitados, tornándose el servicio deficiente. Derivado de esta situación encontramos que los estándares de Calidad y Seguridad se van desvaneciendo con el paso del tiempo. Para conceptualizar las funciones de una Institución educativa y una Institución de salud, encontramos que en la primera tenemos como objetivo principal la capacitación, y a partir de ésta, se busca brindar un servicio de salud bucal a muy bajo costo a la comunidad; en las funciones

¹ Director de Estomatología/DGCES, SS.

² Funcionarios de la Dirección de Estomatología/DGCES.

de la segunda, lo prioritario será el dar servicio y algunas de ellas además buscarán la capacitación a nivel de especialidad.

Los caminos de ambas Instituciones se entrelazan al tener que cumplir con la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, Capítulo VII, Artículos del 52 al 60 que señalan la obligatoriedad para todos los estudiantes de las profesiones que se refieren para prestar el servicio social como requisito previo a la obtención del título profesional. La Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) funge como regulador y vínculo para que se cumpla con este mandamiento Constitucional, pero es justamente aquí en donde muchas de las inconsistencias que se mencionaron se manifiestan como problemas muy difíciles de resolver, pues los pasantes que laboran en el servicio social devienen un componente muy amplio y fundamental de los recursos humanos profesionales del servicio público, ya que los contratados para prestar atención buco-dental resultan insuficientes.

Otro punto en donde las tres Instituciones (Educativas, Servicio Público y Secretaría de Salud) se encuentran muy vinculadas es en la capacitación de recursos humanos a nivel de las Especialidades de Cirugía Maxilofacial, Estomatología Pediátrica y Prótesis Maxilofacial; la DGCES es la encargada de coordinar de manera conjunta el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Estomatológicas (ENARE), para otorgarle el Aval de Transparencia y Legalidad a este proceso, así como la Asignación de Plazas y Campos Clínicos para los interesados. Cabe mencionar que cada año el número de Cirujanos Dentistas que requieren de este proceso, se ha incrementado notablemente; este hecho nos da la pauta para pensar que se transita por el camino adecuado.

ANTECEDENTES

La Dirección de Estomatología inició sus actividades oficialmente el 16 de enero de 2011. De acuerdo con su agenda, se trabaja en tres grandes líneas de acción:

1. Normatividad: Su función es el control administrativo del Servicio Social en Odontología dentro de las Unidades del SNS en el sector público; actualización y difusión de la normatividad que regula el ejercicio de la estomatología, además de la celebración de Convenios de Colaboración con diversas instituciones públicas, privadas y educativas.
2. Formación de Recursos Humanos: Consiste en el diseño, elaboración, aplicación y selección de aspirantes al ENARE (Examen Nacional de Aspirantes a Residencias en Estomatología), revisión de planes y programas de estudio de acuerdo con criterios esenciales desarrollados en la Dirección de Estomatología. Además, la integración de grupos de trabajo interinstitucionales para resolver diversos proyectos relacionados con la formación de recursos humanos en estomatología.

3. Calidad: Esta línea de acción está situada dentro del Sistema Integral de Calidad en Salud, con un proyecto llamado *Calidad en la Atención Odontológica* (CAO), cuyo espíritu es el de integrar y adecuar a la estomatología en la estrategia integral de calidad del SNS, por medio de la gestión de la calidad técnica y seguridad del paciente que se encarga de aspectos relacionados con la satisfacción de los usuarios de los servicios estomatológicos, incluida la mejora de los servicios, la gestión y el enfoque de riesgos; la atención a la salud basada en evidencia, y la estandarización de los procesos y procedimientos involucrados en el ejercicio de la profesión estomatológica.

CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

El proyecto CAO ha impulsado la incorporación de la Estomatología al Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). A partir de la difusión e implantación de dicho proyecto en los sectores público, social, privado y educativo, se ha participado en un grupo de trabajo con la Dirección General de Profesiones, con lo que se logró el proceso de certificación profesional de dentistas de práctica general a la Asociación Dental Mexicana y al Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas. Se ha tenido presencia y participación en diversos foros nacionales e internacionales, acciones que han promovido la integración y vinculación entre los sectores público, social, privado y educativo. Se tiene una agenda de colaboración y coordinación con el Programa de Salud Bucal de la Secretaría de Salud, con la Dirección General de Profesiones y la Comisión Federal para la Prevención contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), entre otros.

Con relación al proyecto Calidad y Seguridad Odontológica, hasta julio de 2012 se habían asociado 436 unidades del primer nivel de atención, 28 hospitales y 54 unidades itinerantes del programa Caravanas, que suman 518 unidades con servicio estomatológico.

Se ha trabajado con escuelas y facultades de estomatología para impulsar el proyecto CAO, además del Proyecto Nacional Currículum de Calidad y Seguridad del Paciente en las Áreas de la Salud Estomatológica; se han asociado y/o capacitado a cinco Facultades de Odontología, incluidas las pertenecientes a la UNAM. Actualmente están en proceso de asociación ocho escuelas y facultades, y se han difundido ambos proyectos y avances de la Dirección de Estomatología a 65 escuelas o Facultades.

Con el sector educativo se impulsa la inclusión de la materia “Odontología Geriátrica” en los planes de estudio, además de generar los espacios de capacitación para académicos de pregrado en la materia de “Odontología Legal”, para lo cual se recibirá apoyo por parte de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), y se promueve la investigación en temas de estomatología.

A la fecha, la Dirección de Estomatología a través de la línea de acción Calidad, labora en lo siguiente:

- Asociación al Proyecto Calidad en la Atención Odontológica del DIF Nacional y DIF D. F.; Servicios de Salud del D. F., red de Hospitales de segundo nivel de atención para el estado de Hidalgo.
- La Dirección de Estomatología pertenece a (y sesiona con) el Comité Nacional de Salud Bucal, con sede en el Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.
- Se trabaja en la integración de diversas Guías de Práctica Clínica, como son la “Guía para el manejo de traumatismos en la cavidad oral” (UNAM, CENETEC, DIRES, INP; Facultad de Estudios Superiores [FES] Iztacala; Universidad de Guadalajara; UNITEC; ISSSTE), además de la “Guía de consulta: Para el Manejo buco-dental del Adulto Mayor con Compromiso Sistémico”. Además, la Dirección de Estomatología es parte del cuerpo de Validadores Internos, revisores de las mismas.
- Se están gestionando diversos convenios de colaboración entre la Dirección de Estomatología e instancias de los sectores público, privado y educativo (Facultad de Odontología/UNAM, Federación Mexicana de Escuelas y Facultades de Odontología, Colgate Palmolive de México, Procter and Gamble, Nacional Financiera, Asociación Dental Mexicana y Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas).

PROSPECTIVA

El principal reto es incidir con mayor fuerza en los sectores público, privado y educativo para lograr una mayor confianza en las iniciativas de la Dirección de Estomatología, específicamente en el Área de Calidad, pues a pesar de que ya se trabaja con los profesionales de la salud bucal, los resultados de la mejora deben ser conceptualizados y percibidos por los usuarios de los servicios, reflejados en la consolidación de una cultura de calidad de las instituciones, lo que favorecerá una mayor credibilidad de las instituciones de salud, generando un sentido de pertenencia y confianza. Por tanto, se responderá de manera eficiente con mayor oportunidad y cobertura efectiva, a los problemas de salud bucal de la población mexicana y a sus expectativas.

Como se señala en el Programa SICALIDAD, al tomar como línea de acción la calidad técnica y la seguridad del paciente, se constituye otro reto que requiere del contacto permanente con las instituciones de salud para lograr la penetración necesaria y cubrir de forma paulatina el rezago en salud bucal que México presenta, a partir de la difusión de las buenas prácticas y su adecuación en los diferentes sectores de la salud bucal.

Los sectores público, privado y educativo de la salud bucal son heterogéneos y cada uno responde a necesidades que en ocasiones se contraponen. Lograr acuerdos y establecer líneas de acción efectivas es labor ardua que requiere mayor vinculación, lo que muchas veces se torna imposible debido a las limitaciones propias del sistema y la escasez de recursos. Debemos trabajar hasta

alcanzar los acuerdos correspondientes, lo cual sólo se logrará con gestiones incluyentes y mayor asignación de recursos.

Es necesario seguir trabajando en la investigación en estomatología: Estudio y medición de los eventos adversos, generar las recomendaciones y difundirlas, generar más grupos de expertos para el análisis de la salud basada en evidencias, y la estandarización de tratamiento y control de los procesos y procedimientos relacionados con el ejercicio de la profesión estomatológica.

Es importante señalar que los principios en la administración de los servicios de salud buco-dental, público, privado y educativo por parte de las instancias creadas para ese fin, no se están llevando a cabo. Se requiere una articulación pronta, puesto que poco abona al futuro de la salud bucal la falta de compromisos por parte de quienes incumplen los objetivos para los que fueron creados.

Se lleva hasta el momento la integración de instituciones formadoras de recursos humanos en estomatología a nivel nacional para la actualización e integración de programas de estudio que cubran las necesidades y demanda de servicios estomatológicos del país, sin embargo la metodología propia de este proceso es lenta y en ocasiones obliga a esperar fechas de vencimiento para incluir nuevas propuestas, por lo que es menester mantener los trabajos y la indispensable articulación. En la Dirección de Estomatología se tiene la firme convicción de que a medida que se modifiquen favorablemente los modelos educativos, los modelos asistenciales mejorarán. Es importante resaltar que esta empresa con las instituciones educativas tiene un componente importante, que es el cambio de visión hacia la cultura de prevención.

Aun cuando se logró la idoneidad para la certificación profesional entre las dos asociaciones odontológicas más importantes y líderes gremiales del país (la Asociación Dental Mexicana y el Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas), se requiere redoblar esfuerzos para eliminar los vicios propios de organizaciones del sector privado, que la mayoría de las veces obedecen a factores económicos. La Dirección de Estomatología continúa trabajando en proyectos que unifiquen esfuerzos y voluntades en beneficio de la práctica odontológica privada.

Se tiene contemplado continuar con la generación de “Guías de Práctica Clínica para el ejercicio de la odontología”, además de exhortar e impulsar a otras instituciones para que diseñen Guías de Práctica Clínica en Estomatología y actualicen aquellas con las que trabajan.

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ESTOMATOLOGÍA

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, donde se le 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 todos los ámbitos de nuestra disciplina: público, privado y social, con gran influencia en el ámbito educativo.

La Dirección de Estomatología, a través de la Subdirección de Enseñanza y Difusión, se ha avocado a la tarea de tratar de modificar este enfoque y promover la formación de recursos humanos con calidad mediante la concertación y consenso con las diferentes instituciones educativas y la elaboración de instrumentos de evaluación de planes y programas de estudio de escuelas que quieran impartir la Licenciatura en Odontología. Así, se desarrolló el documento *Criterios Esenciales para Evaluar Planes y Programas de Estudio para la Apertura de la Licenciatura de Estomatología*. Dicho texto emanó del *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 tengan los elementos mínimos necesarios para una formación que fomente la cultura de calidad. Para ello se convocó a diferentes instituciones del sector salud y educativas, así como del sector privado, amén de conformar el Subcomité de Estomatología, el 20 de abril de 2010, dependiente de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), con la participación de varias instituciones: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud, Dirección de Estomatología, UNAM, FES Iztacala, IPN, Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología, Consejo Nacional de Educación Odontológica, Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP), Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM) y el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM). Con esto se le dio validez y objetividad a las acciones del Grupo de Trabajo de Mínimos Curriculares, como se denominó en un principio, cambiando luego por Criterios Esenciales.

En 2010 se realizaron ocho reuniones, conformándose equipos de trabajo que revisaron el documento maestro de mínimos curriculares para el área de la salud, adecuándolo al área estomatológica. Participaron las siguientes instituciones: UNAM, FES Iztacala, FES Zaragoza, Universidad Intercontinental (UIC), Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ), UASLP, Universidad Latinoamericana (ULA), Universidad Justo Sierra, UAEM, IPN, CICS Milpa Alta y la Dirección de Estomatología. En este lapso se logró un avance del 65% en la conformación y adaptación del documento.

Durante 2011 se continuaron los trabajos, con seis reuniones, llegándose al 90% de avance y se presentó ante el Comité de Evaluación (COEVA) de la CIFRHS, donde se emitieron algunas observaciones para su modificación.

Se analizaron las observaciones y recomendaciones a dicho documento, terminándose en marzo de 2012. Hasta julio de 2012, el proceso de revisión continuaba. Una vez aprobado, se realizarán capacitaciones a las Comisiones Estatales Interinstitucionales para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CEIFRHS), para la aplicación del documento en la revisión de Planes y Programas de Estudio de escuelas que quieran ofrecer la Licenciatura en Estomatología.

Por otra parte, para favorecer la calidad de la formación de recursos humanos para la atención del segundo nivel, se realizó la reingeniería del ENARE,

con el propósito de garantizar que se trata de un proceso transparente, objetivo y equitativo, también bajo la supervisión del Subcomité de Estomatología, el cual fue transformado en Comité de Estomatología, conforme al acuerdo 16/XXVII/2011 de la reunión plenaria de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, dándole mayor responsabilidad y validez a las decisiones que se toman en su seno. El examen sirve para seleccionar a los aspirantes a estudiar una especialidad (residencia) estomatológica en alguna de las sedes asociadas al ENARE. Hoy día están asociados la Secretaría de Salud (SS) y el ISSSTE. También se está en pláticas con la UNAM y el IMSS para que se incorporen al ENARE.

Antes, el ENARE se aplicaba mediante un cuadernillo que contenía las preguntas y opciones de respuesta; se contestaba una hoja para lectura óptica con óvalos rellenos por el aspirante para su posterior calificación. Además, el proceso de registro era engorroso y complicado, lo que provocaba que el aspirante, sin importar su lugar de origen, tuviera que acudir a la DGCES (en la Ciudad de México) por lo menos tres veces antes de presentar el examen, lo que resultaba oneroso para los estudiantes.

Así, siguiendo el formato desarrollado para el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), se estableció el formato de registro vía Internet, lo que facilitó al aspirante su inscripción y se evitó que en la DGCES se acumularan expedientes de papel.

El examen también fue modificado a formato electrónico, para lo que se implementó un grupo de trabajo conformado por los responsables académicos de las 13 sedes de especialidades (véase cuadro 1), que actualmente son: Cirugía Maxilofacial, Estomatología Pediátrica y Prótesis Maxilofacial; además de profesores de licenciatura 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 (OIC) de la SS y notarios públicos contratados para ese fin.

En 2010 se diseñó la convocatoria para el nuevo formato del examen, se construyó la Matriz del Catálogo de Reactivos (véase cuadro 2) de acuerdo con el modelo de la Clasificación Internacional de Enfermedades vigente (CIE-10), desarrollándose tres talleres de elaboración de reactivos durante los meses de julio y agosto, supervisados por el responsable informático de la Dirección de Educación en Salud para facilitar el uso del programa computacional desarrollado para este fin, de donde se obtuvieron 1,500 reactivos; se realizaron dos talleres de validación de reactivos, quedando 1,200 reactivos validados; se desarrolló el mecanismo para la obtención del puntaje del examen (ver cuadro 3), de acuerdo con el número de reactivos por troncal y rama de la matriz del catálogo de reactivos, y se solicitó a la FES Iztacala de la UNAM sus instalaciones para la aplicación del examen, ya que cuenta con la infraestructura necesaria. Cabe aclarar que el examen es totalmente gratuito, aunque se está

CUADRO 1.
DISTRIBUCIÓN DE PLAZAS POR SEDE. RESIDENCIAS
ESTOMATOLÓGICAS ISSSTE.

Sede	Núm. de plazas asignadas		Especialidad	Aval universitario
	Nac.	Ext.		
Hospital "1° de octubre", México, D. F.	2	1	Cirugía Maxilofacial	UNAM
Hospital "20 de noviembre", México, D. F.	2	1	Cirugía Maxilofacial	UNAM
Hospital "Ignacio Zaragoza", México, D. F.	2	1	Cirugía Maxilofacial	UNAM
Hospital "Adolfo López Mateos", México, D. F.	2	1	Cirugía Maxilofacial	UNAM

SECRETARÍA DE SALUD

Sede	Núm. de plazas asignadas		Especialidad	Aval universitario
	Nac.	Ext.		
Hospital General "Juárez" de México, D. F.	3	1	Cirugía Maxilofacial	UNAM
Centro Médico "Adolfo López Mateos", Toluca, Méx.	3	1	Cirugía Maxilofacial	UAEM
Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", S. L. P.	2	1	Cirugía Maxilofacial	UASLP
Hospital Civil de Guadalajara "Dr. Juan I. Menchaca", Guadalajara, Jal.	3	1	Cirugía Maxilofacial	U. de G.
Centro Médico de Especialidades "Dr. Rafael Lucio", Xalapa, Ver.	3	1	Cirugía Maxilofacial	UV
Hospital Metropolitano, Monterrey, N. L.	1	2	Cirugía Maxilofacial	UANL

Sede	Núm. de plazas asignadas		Especialidad	Aval universitario
	Nac.	Ext.		
Instituto Nacional de Pediatría, México, D. F.	6	1	Estomatología Pediátrica	UNAM

Hospital Infantil de Tamaulipas, Tamps.	4	1	Estomatología Pediátrica	UNAM
---	---	---	-----------------------------	------

Sede	Núm. de plazas asignadas		Especialidad	Aval universitario
	Nac.	Ext.		
Hospital del Niño Poblano, Puebla	6	-	Estomatología Pediátrica	BUAP
Hospital General de México; México, D. F.	3	1	Prótesis Maxi- lofacial	UNAM

CUADRO 2.
COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA FORMACIÓN DE
RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD.
SUBCOMITÉ DE ESTOMATOLOGÍA.
EXAMEN NACIONAL DE ASPIRANTES A RESIDENCIAS
EN ESTOMATOLOGÍA 2010.
MATRIZ DEL CATÁLOGO DE REACTIVOS. METODOLOGÍA.

La matriz se construyó tomando como base la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en el rubro Enfermedades del Aparato Digestivo, y de ese apartado, las Enfermedades de la Cavidad Oral, Glándulas Salivales y Maxilares (K00-K14), además de consultar los Planes y Programas de Estudio de Estomatología en instituciones como: UNAM, IPN, UAM, U. de G., Universidad Tecnológica de México, Universidad Justo Sierra. También se consultaron datos de Epidemiología de las enfermedades bucodentales más frecuentes.

Primero se agruparon las diferentes regiones de la cavidad oral de acuerdo a tejidos y órganos, obteniéndose siete entidades que formaron el tronco de la matriz. Posteriormente, de acuerdo a la CIE, se formaron 15 ramas principales (K00: Trastornos del desarrollo de los dientes y la erupción; al K14: Enfermedades de la Lengua).

De estas ramas emanan los grupos, que fueron 84 en total ("K00.0 Anodoncia" hasta K14.8, "Otras alteraciones de la Lengua").

Finalmente, de los grupos surgen las entidades nosológicas, lo que da un total de 230 (K00.0 Anodoncia, de la cual surgen: Hipodoncia y Oligodoncia, hasta K14.8. Otras alteraciones de la lengua, de la que surgen tres más: Atrofia de la lengua, Lengua agrandada e Hipertrofia de lengua).

Además, de cada entidad nosológica así catalogada, se pueden explorar los siguientes aspectos: Ciencias Básicas (Anatomía Humana, Fisiología, Patología, etc.); Diagnóstico (presuntivo, diferencial, de certeza); Tratamiento (farmacológico; procedimientos curativos, restaurativos o rehabilitatorios) y Salud Pública.

NÚMERO DE PREGUNTAS POR TRONCO.

Troncales e inglés	Núm. de preguntas	% por troncal	% por pregunta
Tejidos duros	40	20	0.500
Tejidos blandos	40	20	0.500
Enfermedades de los maxilares	40	20	0.500
Enfermedades de las glándulas salivales	20	10	0.500
Estomatitis	9	5	0.550
Labios y mucosa bucal	9	5	0.550
Lengua y piso de boca	12	7.5	0.625
Inglés	30	12.5	0.416
Total	200	100	

NÚMERO DE PREGUNTAS POR RAMA.

Tejidos duros	Preguntas	Enfermedades de los maxilares	Preguntas
Trastornos del desarrollo y de la erupción de los dientes	10	Anomalías dento-faciales (incluso maloclusión)	10
Dientes incluidos e impactados	10	Otros trastornos de los dientes y sus estructuras de sostén	10
Caries dental	15	Quistes de la región bucal	15
Otras enfermedades de los tejidos duros de los dientes	5	Otras enfermedades de los maxilares	5
Tejidos blandos		Enfermedades de las glándulas salivales	
Enfermedades de la pulpa y los tejidos periapicales	18	Enfermedades de las glándulas salivales	20
Gingivitis y enfermedades periodontales	17	Estomatitis	9
Otros trastornos de la encía y de la zona edéntula	5	Otras enfermedades de los labios y la mucosa bucal	9
		Enfermedades de la lengua	12
Área de exploración			
Diagnóstico		Salud pública	
Tratamiento		Inglés (comprensión de lectura)	30
Ciencias básicas			

trabajando en el costeo del mismo para su cobro posterior, previa autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

En 2010 se registraron 524 aspirantes; de ellos, 422 presentaron el examen y se eligió a 312 para la primera fase del proceso. Al final quedaron 36 residentes, ocho en las sedes del ISSSTE y 28 en las sedes de la SS.

Cabe mencionar que todos los residentes cuentan con beca para cursar su especialidad.

Durante 2011 se trabajó para mejorar la convocatoria y la Cédula de Evaluación Hospitalaria para que fuera más objetiva y transparente, de conformidad con sugerencias de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, realizándose cinco reuniones con ese fin. Quedó terminada en el mes de junio.

Se realizaron tres talleres de elaboración de reactivos, de los cuales se obtuvieron mil reactivos. Después se efectuaron dos talleres de validación de reactivos, de los cuales quedaron 800 reactivos.

Para el examen se registraron 628 aspirantes, lo presentaron 433 y se seleccionó a 202 para la primera parte del proceso. El número de aspirantes elegidos disminuyó a petición de los responsables académicos de las sedes. Al final se seleccionó a 42 residentes, ocho en las sedes del ISSSTE, seis en el Hospital del Niño Poblano, recientemente asociado al ENARE con becas estatales, y 28 en las sedes de la SS.

El examen se volvió a efectuar en la FES Iztacala gracias a la colaboración de sus autoridades.

Para el año 2012, se publicó la convocatoria en abril y el registro empezó el 2 de mayo. Se inscribieron en total 705 aspirantes. (Los talleres de elaboración y validación de reactivos se realizan en agosto.) Además se desarrollará un taller de calibración para asegurar la calidad de los reactivos empleados en el examen.

PROSPECTIVA

La formación de recursos humanos en estomatología ha sufrido cambios importantes en los últimos años, por lo que es necesario ajustar los instrumentos de evaluación de los planes y programas de estudio.

En ese sentido, el documento de criterios esenciales deberá irse adaptando a los cambios que se presenten.

Así mismo, deberán implementarse documentos de revisión de planes y programas de especialidades del área estomatológica, considerando los avances de los conocimientos, técnicas y materiales que evolucionan constantemente.

Por otra parte, se pretende que el ENARE se transforme en el Examen Nacional de Aspirantes a Especialidades Estomatológicas (ENAE), que incluiría todas las especialidades y no únicamente las residencias.

Así, las instituciones educativas que ofrecen especialidades estomatológicas deben asociarse al ENAE. Para ello, deben demostrar que están acreditadas y

pertenecen 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

Se trata de una actividad que vincula a los estudiantes con la sociedad para colaborar en la resolución de los problemas de salud bucal en el país.

No hay muchos antecedentes históricos de esta actividad a nivel nacional, pero se sabe que se inició en el año de 1952, con base en los logros generados por los pasantes de las carreras de Medicina y Enfermería. Cabe señalar que dadas las características de la práctica odontológica, requiere en el aspecto asistencial de equipo especializado que regularmente no se encuentra en las unidades rurales dispersas, por lo que la mayor concentración de los pasantes se ubica en áreas urbanas y suburbanas, así como en las instalaciones de las instituciones educativas, por ejemplo: las clínicas odontológicas.

El servicio social:

1. Debe ser un medio para contribuir a la formación integral del alumno, fortalecer sus conocimientos, desarrollar sus habilidades y destrezas, y retribuir a la sociedad su conocimiento.
2. Contribuye a que los estudiantes cultiven y desarrollen la calidad humana.
3. Las actividades de servicio social requieren de una actitud, convicción, vocación y ética profesional para mejorar su desarrollo.
4. El servicio social no debe ser sólo un requisito legal sino la convicción de una verdadera asistencia. Debe ser un modelo integrador que contemple las necesidades comunitarias y sociales, además de un trabajo multidisciplinario planificado, que propicie la colaboración en la solución de los problemas de los estratos sociales de menos recursos.
5. Los estudiantes en esta actividad deben contar con una conciencia social, actitud crítica y de responsabilidad, sin descuidar la calidad de la formación y el conjunto de conocimientos y habilidades que son necesarias en nuestra profesión.

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, pues es ahí donde dichos estomatólogos pueden conocer, estudiar y sentir otro aspecto del ejercicio de su gran trascendencia social para el país.

En esta etapa, los estomatólogos ya han adquirido las destrezas y conocimientos suficientes para desempeñarse con una supervisión menos estrecha. Al mismo tiempo, se considera que las actividades que realizan durante el servicio social forman parte importante pues además de incrementar sus

experiencias y conocimientos, estarán en posibilidades de adquirir mayor independencia, lo que se traduciría en adquirir madurez para la mejor toma de decisiones terapéuticas.

En el servicio social se observa la necesidad de coordinar los programas académicos entre las Instituciones Educativas y las Instituciones de Salud que ofrecen campos clínicos para desarrollar e impulsar los programas de vinculación, investigación y universitarios.

Con relación al servicio social, se implementó una plataforma informática llamada SIASS (Sistema de Administración de Servicio Social), con el propósito de incorporar un sistema de registro, seguimiento y conclusión de los pasantes para optimizar la gestión administrativa y mejorar la asignación de campos clínicos por medio de esta plataforma electrónica. En la promoción de agosto de 2011, el SIASS se incorporó en todos los estados del país, con un 100% de avance.

En 2010, los Servicios de Salud Estatales solicitaron a la Dirección de Estomatología de la DGCES para la promoción de febrero, unos 2,535 campos clínicos; 1,617 fueron para la SS y el resto para instituciones de salud como el IMSS (340), ISSSTE (124), DIF (101), Programa de Vinculación (224) y otras (129).

Para la promoción de agosto, se solicitaron 3,735 campos clínicos, siendo 2,202 para la SS y el resto para instituciones de salud como el IMSS (577), ISSSTE (193), DIF (186), Programa de Vinculación (221), Programa Universitario (178) y otras (178).

El total de campos clínicos solicitados para el año de 2010 (las dos promociones) es de 6,270. El total de plazas ocupadas en el año 2010 fue de 5,099, lo que representó el 81%, la diferencia entre lo planeado y lo ocupado. Unas 78 instituciones educativas solicitaron campos clínicos para servicio social de acuerdo a su egreso para el 2010.

En 2011, para la promoción de febrero, los Servicios de Salud Estatales solicitaron a la Dirección de Estomatología 2,530 campos clínicos, siendo 1,535 para la SS y el resto para instituciones de salud como IMSS (325), ISSSTE (127), DIF (74), entre otras (129), Programas de Vinculación (240) y Universitario (100).

Para la promoción de agosto se pidieron 3,842 campos clínicos, siendo 2,280 para la SS y el resto para instituciones de salud como el IMSS (586), ISSSTE (156), DIF (203), otras (170), Programa de Vinculación (248) y Programa Universitario (199).

El total de campos clínicos solicitados en 2011 (en ambas promociones) fue de 6,372, de los cuales el 60% de ellos fueron para la SS.

En la promoción de agosto se ocuparon 3,142 plazas (sin los campos autorizados para el programa universitario), de las cuales, 1,903 resultaron para la SS, es decir el 83% contra lo solicitado; las plazas restantes se ocuparon en las diferentes instituciones de salud.

El total de plazas ocupadas para el 2011 fue de 5,217, lo que significa el 82% anual. Unas 80 instituciones educativas solicitaron campos clínicos para servicio social, de conformidad con su egreso para el 2011.

Para la promoción de febrero de 2012, el comportamiento ha sido el siguiente: los Servicios de Salud Estatales solicitaron a la Dirección de Estomatología de la DGCES casi 2,321 campos clínicos, siendo 1,312 para la SS y las demás para Instituciones de Salud como el IMSS (355), ISSSTE (155), DIF (70), otras (147), Programa de Vinculación (282) y Universitario (0).

La problemática que enfrenta actualmente el Servicio Social se resume en los siguientes aspectos:

- Por tradición, ha sido visto como una actividad natural de los universitarios que lo contemplan como un requisito más, impuesto como simple exigencia para concluir con una serie de trámites académicos.
- Valdría la pena preguntarse si es adecuada la forma en la que se desarrolla el Servicio Social. ¿Acaso deberá reestructurarse (para no poner en riesgo su permanencia)?
- El servicio social es prácticamente una “caja negra” de la que todos esperamos resultados, pero de la que nadie evalúa lo que ocurre dentro.
- Son contadas las instituciones que tienen una organización sólida, con recursos humanos y financieros adecuados para desarrollar, supervisar y evaluar los programas.
- En casos excepcionales se cuenta con líneas de investigación sobre el servicio social.
- Hay una gran diferencia en cuanto al monto del pago de beca, en comparación con las carreras de Medicina y Enfermería.
- No se ha desarrollado como actividad académica a la par de las necesidades del sector salud y de la academia, pues no se cuenta con reglamentos adecuados, iniciativas, recursos, investigación ni supervisión.
- En agosto de 2011, la UNAM conmemoró el 75 aniversario de la instauración del Servicio Social. El Director de Asuntos Jurídicos de la UNAM señaló que el marco que regula el servicio social es extenso, ambiguo, confuso y contradictorio, por lo que urge una actualización al respecto. Dado que hoy día existe una “crisis social”, debe ser coherente para que el aprovechamiento y el desarrollo sean adecuados.

PROSPECTIVA

Se pretende integrar el Servicio Social a la currícula académica para que:

- 1) Las Instituciones Educativas mantengan el vínculo con el pasante en relación con sus actividades asistenciales y de promoción a la salud aplicadas a la comunidad.
- 2) Poder evaluar la atención de los pacientes con más apego.
- 3) Se podría medir los efectos en la calidad de la atención brindada a los pacientes.

- 4) Diseñar esquemas de atención de acuerdo con las necesidades de la comunidad.
- 5) Fortalecer el espíritu del servicio social mediante el impulso de proyectos de investigación.
- 6) Serviría de respaldo y se tendría un mejor control de las instituciones educativas para con los pasantes y se dejaría sentir la confianza de los mismos al estar apoyados por la institución educativa.
- 7) Retroalimentar la currícula de la profesión y abrir nuevos espacios de desempeño profesional.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Si bien en el pasado se tenía la intención de ubicar a la Odontología en un papel más participativo dentro del ámbito de la Salud Pública, por desgracia esto no se ha podido consolidar del todo, pues las autoridades sanitarias no se han sensibilizado al respecto. Una de las metas más ambiciosas de la DGCES, es precisamente la de posicionar a la Estomatología dentro del concepto de salud integral, como un baluarte para la obtención de una mejor calidad de vida.

La literatura que se relaciona con la implementación de seguridad y calidad en la práctica Odontológica, es prácticamente nula. Por ello, en la Dirección de Estomatología de la DGCES nos hemos dado a la tarea de incorporar a la atención buco-dental, los conceptos que en México y en el mundo se han diseñado para este fin, y generar nuestros propios registros, derivados de los resultados que se obtengan.

Un campo en el cual se ha tenido un avance significativo es en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias en Estomatología (ENARE), que ha evolucionado satisfactoriamente en los últimos dos años, de tal suerte que ya lo podemos considerar muy cercano al ENARM, tornándose ya casi equiparable a éste.

En lo que concierne al Servicio Social en Estomatología, derivado de sus dos vertientes, como son el regulado por la Secretaría de Salud y el manejado por las universidades públicas, presenta dos estructuras diferentes. Nos concretaremos a presentar un enfoque del primero; en éste, aunque ha habido un esfuerzo importante, tan sólo se ha conseguido evolucionar administrativamente. Debemos reconocer que existe un rezago muy grande en lo que a la percepción del pasante se refiere, y como consecuencia, en el servicio que se presta. Consideramos que el comportamiento de la Secretaría con respecto a esta situación, deberá ser más enérgico, tomar conciencia de los problemas e implementar medidas que mejoren el ejercicio de la práctica odontológica, pero sobre todo, que dignifiquen la labor del profesional que presta el servicio.

En la actualidad, es necesario entender el programa de Servicio Social, el cual se orienta a una nueva dinámica entre profesionistas y la atención que deben prestar a su comunidad, como resultado de haberse comprometido en un proceso educativo, conscientes de que es la sociedad quien demanda sus servicios.

Es imprescindible, para la existencia de un conocimiento articulado del estudiante con la realidad, la generación de proyectos acordes con el perfil académico del estudiante y en razón de las necesidades del desarrollo del país.

Para lograrlo se requiere fortalecer la participación del sistema educativo en los trabajos referentes a estudios, investigaciones, asesorías, supervisiones y aplicación de tecnología de punta, a fin de mejorar la calidad en la atención y seguridad del paciente estomatológico.

BIBLIOGRAFÍA

- DGCES, Base de Datos de la Dirección de Estomatología, México, SS, 2008-2012.
- Fernández Varela Jiménez, Alejandro, "Actualidad del Servicio Social", *Foro: El régimen jurídico del servicio social*, conferencia por la Conmemoración del 75 aniversario de la instauración del Servicio Social, Ciudad de México, UNAM, 25 de agosto de 2011.
- Pineda Olvera, Juan, *El Servicio Social en el área de la Salud: Balance y transición en el siglo XXI*. [Acceso: 16-07-2012.] Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/108456817/DR-JUAN-PINEDA-OLVERA>.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad/SS, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD*, México, SS, 2008.

Formación de recursos humanos en enfermería

*Juana Jiménez Sánchez**

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 mantener y recuperar la salud, las autoridades del Sector Salud y Educativo han establecido mecanismos de aseguramiento de la calidad de los recursos humanos en formación. Para el caso de la enfermería, esta condición (la de formar personas con un alto nivel de competencia técnica, profundo sentido ético profesional y compromiso social) ha devenido un reto y un desafío en las últimas décadas, especialmente porque hoy más que antes se tiene muy claro el compromiso de dispensar cuidados de enfermería con calidad y con un gran respeto para la dignidad humana.

Cabe destacar sólo algunos de los factores que se han ido analizando y estableciendo como puntos de referencia para situar en dónde estamos y hacia dónde queremos llevar a la profesión de enfermería en México.

Primero, es conveniente señalar que la profesión de enfermería, a diferencia de otras disciplinas, se forma básicamente 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, hasta la fecha México cuenta con 723 escuelas de enfermería, las que de acuerdo a la fuente de financiamiento pueden clasificarse en públicas o privadas: 135 corresponden al nivel de licenciatura y 588 al nivel medio superior (véase gráfica 1). Este último dato es preocupante porque más del 50% (311) son escuelas privadas cuyos programas educativos no necesariamente se construyen y operan dentro de los estándares de calidad establecidos por las autoridades en la materia: Secretaría de Educación Pública y Secretaría de Salud.

Del nivel licenciatura y técnico, cada año egresan en promedio 17,320 y 33,704 respectivamente, lo que genera una cifra anual aproximada de 51,024 egresos. Sin embargo, al Programa Nacional de Servicio Social de Enfermería a cargo de la Secretaría de Salud, sólo se incorporan anualmente menos de la mitad de esos egresados: unos 25,000 pasantes de servicio social de enfermería¹. Se registra una deserción importante para el inicio del ejercicio profesional de la enfermería.

* Directora de Enfermería/ DGCES, SS.

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



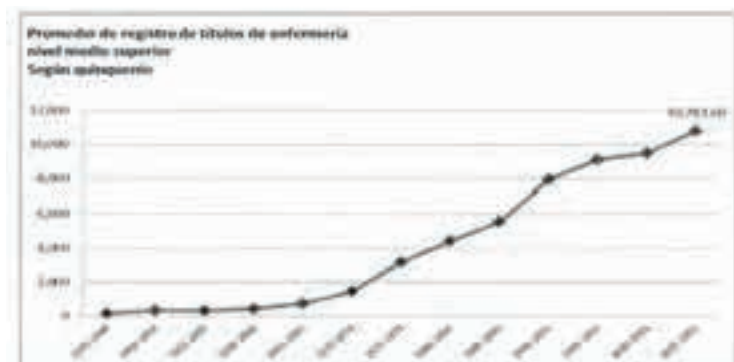
Fuente: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería, México, SS, 2012.

Así mismo, de este número, la Dirección General de Profesiones en el último quinquenio de información disponible (2005-2009) sólo registró 10,000 títulos en promedio por año del nivel medio superior de estudios, y 6,000 de licenciatura². Si bien estas cifras representan un incremento respecto a los datos del histórico de ambos niveles, como puede observarse en las gráficas 2 y 3, no solucionan la escasez de estos recursos, lo que más adelante se analizará.

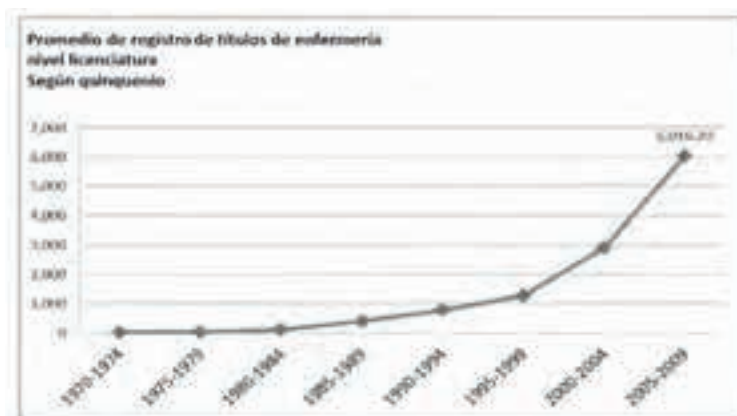
Los supuestos de esta deserción hacia el ejercicio profesional de la enfermería pueden ser varios, entre otros se anotan los siguientes:

Las escuelas que no cuentan con la acreditación o la opinión técnica académica favorable 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 de

GRÁFICA 2.
PROMEDIO DE REGISTRO DE TÍTULOS PROFESIONALES DE LA CARRERA DE
ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE ESTUDIOS MEDIO SUPERIOR, POR QUINQUENIOS.



GRÁFICA 3.
 PROMEDIO DE REGISTRO DE TÍTULOS PROFESIONALES DE LA CARRERA
 DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE LICENCIATURA, POR QUINQUENIOS.



las autoridades de la SS y la SEP a través del órgano colegiado creado para ello —la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (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. Se privilegia el salvaguardar la seguridad de los pacientes y con ello, el derecho constitucional de protección a la salud de los mexicanos.

Se suma que las escuelas sin las acreditaciones respectivas tampoco puedan 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, por lo que muchas generaciones se quedan imposibilitadas para titularse³.

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 comodidad que en otras carreras encuentran los alumnos.

Así mismo, las condiciones de remuneración en el campo laboral no son equitativas ni correlativas con el nivel de responsabilidad que se adquiere, por lo que los alumnos buscan otras alternativas de acceso a otras carreras, una vez que terminan la carrera de bachillerato bivalente en Enfermería.

Lo anterior quizá sólo sea un esbozo y algunos de los argumentos que en este breve espacio del documento se pueden señalar, sin embargo, un análisis exhaustivo podría dar respuesta puntual a este alto índice de deserción de la carrera de Enfermería.

MECANISMOS PARA ASEGURAR LA CALIDAD DE LOS EGRESADOS DE LA CARRERA

Uno de los mecanismos se conoce como la acreditación de planes y programas de estudio y es llevado a cabo por organismos colegiados denominados “consejos”. Para el caso de las carreras de enfermería, el responsable de este proceso es el Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería (COMACE), el cual desde su fundación hasta hoy, ha acreditado al 50% de las escuelas de nivel superior⁴ (COMACE, 2006).

Esta situación si bien es alentadora, no resuelve el reto del aseguramiento de la calidad de las más de 500 escuelas de enfermería de nivel medio superior, que por el momento no son atendidas por este organismo acreditador. Para estas últimas, como ya se mencionó, la SS y la SEP, por medio de su órgano colegiado (la CIFRHS⁵) y de la Dirección de Enfermería de la DGCES, con la colaboración de la Comisión Permanente de Enfermería, han establecido un mecanismo que permite verificar que las instituciones educativas cuentan 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) a solicitud de la autoridad educativa del ámbito Federal o Local. Dicha opinión se basa en el análisis del cumplimiento de los “Criterios Esenciales de Enfermería”⁶, los cuales integran los requerimientos de infraestructura física, docente, bibliohemerográfica, entre otros, pero especialmente elementos de carácter disciplinar que garanticen que la formación de personal de enfermería está sustentada en bases científicas, filosóficas y pedagógicas.

De acuerdo con los registros que tiene la Dirección de Enfermería, responsable de la emisión de la OTA para las carreras de enfermería, las causas que motivan la dictaminación no favorable a los planes y programas de estudio de enfermería son, 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. 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 hay una distribución inequitativa de escuelas en el país, lo que provoca que en algunos lugares la matrícula no sea suficiente para cubrir las necesidades del propio estado, y en otras entidades se exceda la oferta educativa.

- Las condiciones de infraestructura (como laboratorios, bibliotecas) y convenios con instituciones de salud para las prácticas clínicas, no existen o son deficientes. Este aspecto es fundamental para la formación del personal de enfermería, dadas las características de la profesión que tiene un componente práctico muy importante. Es indispensable que los recursos didácticos que existen en la actualidad, como los modelos anatómicos de tecnología avanzada, sean incorporados al trabajo académico 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 se 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. Así mismo, se ignora la necesidad de mantener una planta docente calificada técnica y pedagógicamente.

RETOS ACTUALES Y FUTUROS EN LA FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERÍA

Superar las condiciones mencionadas implica un reto para las instituciones educativas y para el sistema de salud, dada la necesidad de atender el déficit en cuanto a la cantidad y, más importante aún, la calidad en la formación. De la calidad ya se han mencionado cuáles son las estrategias iniciadas, entre otras, además de la evaluación de los planes y programas de estudio, se ha trabajado en forma conjunta con las áreas responsables del diseño curricular de la SEP con el fin de incorporar los contenidos disciplinarios que fortalezcan las competencias teórico-prácticas de los estudiantes. Con esta acción se espera resolver en alguna medida las deficiencias antes mencionadas y así lograr una mejora sustantiva en la calidad de los egresados. Respecto a la cantidad, si se toman como referencias algunos indicadores, como el índice enfermera-médico, cuya

relación debería ser de 3 a 1, es de sólo dos enfermeras por 1.5 médicos, según informe publicado por la Dirección General de Información en Salud⁷.

Otro indicador que evidencia la necesidad de incrementar el número de personal de enfermería, es la población. Si se toma como base el indicador de la OMS que señala un estándar medio de cuatro enfermeras por cada 1,000 habitantes, en México para atender las necesidades de salud de una población de 112,336,538 habitantes⁸ se debería contar con casi el doble del personal de enfermería: actualmente, el promedio nacional es de 1.7 por cada 1,000 habitantes, proporción muy por debajo de las necesidades de la población. Si se toma como base la información de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la situación de México con respecto a países desarrollados es todavía más retardadora. De hecho, sólo Turquía y Chile están por debajo de México en las lista de países que la OCDE publica respecto al índice enfermeras-población⁹.

Otra de las situaciones que es importante subsanar es la formación de especialistas. La condición epidemiológica y demográfica del país demanda profesionales de enfermería con dominios en campos como la Geriátría, Oncología, Psiquiatría, por citar algunos. Sin embargo, persiste la formación de especialistas en campos tradicionales, como: Pediatría, Medicina quirúrgica, Cardiología¹⁰. (Ver 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 en adultos mayores de

CUADRO 1.
REGISTRO DE NIVEL ESPECIALIDAD PARA LA CARRERA DE ENFERMERÍA.

Especialidad	Total
Enfermería pediátrica	194
Enfermería en el área de cuidados intensivos	190
Enfermería quirúrgica	186
Enfermería en administración y docencia	91
Enfermería en salud pública / Atención primaria	82
Enfermería cardiovascular	49
Enfermería perinatal	44
Enfermería del anciano	21
Enfermería en salud mental / Psiquiatría	19
Enfermería en rehabilitación / Cultura física y deporte	16
Enfermería oncológica	10
Enfermería en otorrinolaringología	1

Fuente: Dirección General de Profesiones, México, SEP, 2009; n=903.

65 años y en enfermedades crónicas. La transformación implicará transitar de estudios que hasta hoy sólo se acotaban a los cursos de capacitación denominados “postécnicos”, y dar paso a la promoción de estudios de posgrado, para garantizar un cuidado profesional altamente calificado.

Respecto al servicio social, la situación también es preocupante. Un estudio realizado por la Dirección de Regulación y Educación Normativa de la DGCEs en el 2008 dio como datos, entre otros, los siguientes:

- Existe un desconocimiento de los lineamientos generales para la operación del programa nacional de servicio social de enfermería en el SNS.
- Los programas operativos son heterogéneos o no existen.
- La beca económica es insuficiente para asegurar la subsistencia de los pasantes que tienen que solventar gastos de alimentación, hospedaje, traslados, entre otros.
- La ocupación de becas con montos superiores para áreas rurales de difícil acceso y con población dispersa, muestra una ocupación muy baja dadas las condiciones de insuficiente apoyo para los pasantes en cuanto a hospedaje, alimentación y seguridad.

La consecuencia de estas condiciones es la inevitable concentración de pasantes en zonas urbanas y suburbanas¹¹, con el consecuente descuido del área rural (ver cuadro 2).

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 recursos humanos en enfermería, también es

CUADRO 2.
CONCENTRACIÓN DE PASANTES DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
SEGÚN EL TIPO DE ZONA.
PROMOCIÓN: AGOSTO/2011 Y FEBRERO/2012.

Tipo de zona	Concentración agosto/2011	Porcentaje	Concentración febrero/2012	Porcentaje
Urbana	9,842	66.5%	9,842	49.8%
Semiurbana	1,054	7.1%	1,054	28.7%
Rural	3,450	23.3%	3,450	18%
Alta marginación	462	3.1%	462	3.6%

Fuente: SIASS, México, SS; n=17,774.

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 sólo en parte la problemática expresada en este breve ensayo sobre el estado del arte 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Sistema de Administración del Servicio Social para la Salud (SIASS), México, Secretaría de Salud (SS). [Acceso 13-05-2012.] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/

² Secretaría de Educación Pública (SEP)/Dirección General de Profesiones, "Registro quinquenal de títulos de las carreras de enfermería", documento elaborado por la SEP a solicitud de la Dirección de Enfermería de la DGCEs. México; 2012.

³ DGCEs, Dirección de Enfermería, *Catálogo de Escuelas de Enfermería*, SIARHE. [Acceso 1-05-2012.] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/

⁴ COMACE, *Acreditación. Programas acreditados*. [Acceso 1-05-2012.] Disponible en: <http://www.comace.com.mx/acreditacion.html>

⁵ SS, "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 1-05-2012.] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/reg121206.pdf>

⁶ SS, DGCEs, Dirección de Enfermería, *Criterios esenciales para evaluar planes y programas de estudio de las carreras de enfermería*. [Acceso 7-07-2012.] Disponible en http://enarm.salud.gob.mx/documentacion/criterios_escenciales/120228_criterios_esenciales_enfermeria_v1.pdf

⁷ SS, *Situación de Salud en México. Indicadores Básicos 2008*. [Acceso 17-06-2012.] Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2008.pdf

⁸ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*, México, INEGI. [Acceso 4-07-2012.] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

⁹ OECD, *Health Data 2012*. [Acceso 04-07-2012.] Disponible en: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_33929_2085200_1_1_1_1,00.html

¹⁰ SEP, Dirección General de Profesiones, "Registro quinquenal de títulos de las carreras de enfermería", documento elaborado por la SEP a solicitud de la Dirección de Enfermería/DGCEs, México, SS, 2012.

¹¹ Secretaría de Salud/Sistema de Administración de Servicio Social para la Salud (SIASS), México, SS. [Acceso 13-05-2012.] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/

Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS)

*Javier Rodríguez Suárez**

INTRODUCCIÓN

La implementación de los sistemas de calidad en la atención médica, requiere de la integración de un gran número de componentes, entre los que se encuentran los sistemas de notificación y reporte de incidentes de seguridad del paciente. Aun cuando se han publicado estudios que muestran su necesidad¹, todavía su desarrollo y aplicación han sido lentos, debido a numerosos factores que los inhiben, como son la cultura inadecuada, el que el temor a ser sancionado todavía es importante, así como la percepción de que pueden tener poca utilidad. Otros problemas relevantes se relacionan principalmente con el uso de terminología heterogénea y a la inclinación a estudiar incidentes particulares de acuerdo a las necesidades e intereses de cada país o institución de salud. A ello contribuyen también las diferencias que se obtienen cuando las publicaciones se basan en diferentes clasificaciones y fuentes de información². Lo anterior, junto con el uso de distintas metodologías para su análisis, ha conducido a una gran variabilidad estadística que todavía no se resuelve³. Como consecuencia, también han obstaculizado la implementación de medidas de mejora comunes a problemas similares.

Esto ha cobrado mayor relevancia, en vista de que los incidentes de seguridad, además de producir daño al paciente, también perjudican a los médicos que se convierten en “segundas víctimas”. En este sentido, su frecuencia elevada ha hecho que se consideren como un problema de salud pública, que condiciona gastos extraordinarios y necesidad de acciones específicas para resolverlos. Su importancia es tal, que en el caso de las infecciones nosocomiales, las compañías aseguradoras médicas en algunos países, han comenzado a tomar medidas para disminuir el reembolso económico, por considerarse gastos prevenibles⁴.

Sin embargo, todavía existe un gran número de variables que no han sido notificadas y reportadas debido a la carencia de una clasificación comprehensiva y con potencialidad para ser utilizada en todo el orbe. Esto fue resuelto con la elaboración de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente

* Director General de Difusión e Investigación/CONAMED.

de la OMS⁵, en la cual se basó el desarrollo del programa de cómputo llamado “Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS)”, que es utilizado actualmente en 40 hospitales mexicanos.

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN Y REPORTE

Los sistemas de notificación y reporte contienen varias fases que es conveniente revisar, con el fin de comprender los problemas que pueden presentarse durante su evolución. Éstas son: 1) Detección, 2) Notificación, 3) Registro y 4) Reporte.

La detección implica el reconocimiento de la existencia de un evento que no corresponde al curso esperado de un diagnóstico, tratamiento o prevención de un paciente y puede ser realizada por cualquier persona, incluyendo desde luego al paciente. Dicho reconocimiento puede ser muy obvio o puede requerir de preparación específica de las disciplinas médicas y de enfermería, principalmente. Además, se requieren niveles elevados de cultura de seguridad del paciente y de programas específicos institucionales que atiendan a la capacitación permanente del personal. La identificación de los incidentes depende entonces de múltiples factores y mecanismos para realizarla. La presencia de eventos que ocasionan un daño severo al paciente puede ser identificada muy fácilmente, sin embargo, existen otros de naturaleza temporal y leve, que pueden pasar inadvertidos cuando no existen datos clínicos observables, como puede ser el caso de una dosis ligeramente mayor de heparina, lo que produce una alteración transitoria de la coagulación. Otros daños pueden ser incluso orgánicos, pero no reconocibles, como sucede con una resección indebida de tejido que no produce manifestaciones. Sin embargo, en ocasiones éstos pueden manifestarse días después de ocurridos, y dificultar no sólo su reconocimiento sino también su manejo.

La siguiente etapa corresponde a los sistemas de notificación, que pueden ser voluntarios u obligatorios; permiten avisar la ocurrencia de los incidentes que se producen durante la atención médica o después de la misma, como sucede con aquellos que se presentan luego del egreso hospitalario. Los obligatorios han sido implementados en algunos países y representan una ventaja indudable para tener un conocimiento más controlado de la seguridad que brindan los hospitales. Por otra parte, los voluntarios permiten que sean las instituciones las que decidan si notifican o no, y pueden hacerlo exclusivamente sobre los más severos como son los centinelas, o inclinarse por consignar los de mayor afectación económica; o los producidos por fármacos, como sucede con el de la FDA, que se orienta a las reacciones adversas a fármacos, así como los producidos por alimentos o por dispositivos y equipos médicos. Por su naturaleza, éstos tienen el inconveniente de que es difícil conocer la situación real de las instituciones de salud, aun cuando no se descarta que la información obtenida pueda utilizarse para implementar mejoras de acuerdo a las desviaciones encontradas. Estos sistemas pueden ser formales o informales;

para el primer caso, requieren de contar con personal asignado específicamente a tareas sobre seguridad del paciente y capacitado en el conocimiento de las variables para la identificación y tipificación de los incidentes. En el caso de los informales, se incluye a cualquier persona, como: pacientes, familiares, camilleros u otros, que pueden detectarlos y notificarlos aunque con menor precisión, ya que depende en gran medida de la educación y cultura que tenga la persona que avisa de su ocurrencia⁶⁻⁸.

Así, desde el punto de vista formal, los incidentes se pueden identificar por observación de los procesos médicos, por revisión del expediente clínico, a través de información proveniente de las quejas médicas, o con el uso de protocolos verbales⁹. La revisión del expediente clínico, que se considera como el estándar de oro para efectos de detección, debe ser realizada por un clínico entrenado, lo que plantea la necesidad de una capacitación previa. Algunos problemas que obstaculizan el uso de este recurso, son el llenado incompleto o la falta de consignación explícita de los incidentes, así como el consumo de tiempo y gasto, lo cual lo hace inviable para uso cotidiano. Sin embargo, puede optarse por la revisión aleatoria de los mismos y, en casos específicos, hacer revisiones extensas que proporcionarán información epidemiológica relevante. De cualquier forma, la Clasificación de la OMS muestra su utilidad para servir como guía para la detección y notificación de incidentes, sin importar la fuente de información que se utilice¹⁰.

Por otra parte, el uso de computadoras para la detección y notificación de los incidentes ha recibido gran atención en los últimos años, al utilizarse programas de análisis lingüístico que reconocen términos que sugieren la posible presencia de un evento adverso que luego puede ser investigado mediante una intervención humana^{11,12}.

Aunque esto representa un avance importante, todavía requiere de perfeccionamiento y sobre todo de la determinación del valor predictivo de las variables que sugieren su presencia. De esta manera, los mecanismos para identificar la presencia de los incidentes son variados y sirven desde luego para evaluar la calidad de la atención médica a través de los resultados del paciente, como son la mortalidad, la presencia de “complicaciones”, las readmisiones y las estancias hospitalarias prolongadas. En este último aspecto, es muy importante reconocer la importancia de la hospitalización como un factor de riesgo para la seguridad del paciente. Un ejemplo de ello es el estudio de Hauck y Zhao¹³, que demostró que la hospitalización conlleva un 5.5% de riesgo de reacciones adversas a medicamentos, 17.6% de riesgo de infección y 3.1% de riesgo de úlceras para tiempos promedio. También se encontró que una noche adicional en el hospital, incrementa el riesgo en 0.5% para reacciones adversas a medicamentos, 1.6% para infecciones y 0.5% para úlceras.

Otro problema relevante relacionado con la terminología, es la correlación entre el diagnóstico y el tipo de incidentes, misma que se altera cuando el primero no se ajusta a clasificaciones aceptadas como la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, que en sus diferentes versiones representa un

medio ideal para el uso homogéneo de la terminología médica. El problema práctico que se presenta, consiste en que el reporte de cualquier incidente que se presenta durante el curso de la atención médica, queda referido a un diagnóstico que probablemente sea incorrecto, con las consecuencias lógicas de tipo estadístico y de interpretación.

Por otra parte, conceptos como “daño prevenible” siguen siendo ambiguos, por lo cual y aunque varios autores establecen mediciones con resultados estadísticos, éstos no pueden ser confirmados en otros estudios debido a la falta de una definición aceptada en todos los países. Así, una revisión sistemática realizada por Nabhan *et al.*¹⁴, demostró que existe una evidencia empírica limitada de la validez y confiabilidad de las definiciones disponibles de daño prevenible, y ninguna por sí sola está soportada por evidencia de alta calidad. La más común en este sentido apuntó hacia “la presencia de una causa identificable y modificable de daño”. En dicha revisión de 127 estudios, se expuso que los tres daños prevalentes y prevenibles incluidos en los estudios fueron: eventos adversos por fármacos (33/127, 26%), infecciones de líneas centrales (7/127, 6%) y tromboembolismo venoso (5/127, 4%), encontrando siete temas o definiciones para daño prevenible, siendo las tres principales: presencia de una causa modificable e identificable (58/132 definiciones, 44%); percepción de que la adaptación razonable del proceso prevendrá recurrencias futuras (30/132, 23%); adherencia a las guías como medio para prevenirlos (22/132, 16%).

1) SISTEMAS DE REGISTRO

De acuerdo al Diccionario de la lengua española, el registro desde el punto de vista informático es un “Conjunto de datos relacionados entre sí, que constituyen una unidad de información en una base de datos”, mientras que el “reporte” está constituido por el informe que se genera a partir de los registros. Este concepto orientado hacia los sistemas electrónicos es relevante, ya que aun cuando el registro inicial se realice en papel, en cualquier momento será necesario transferir la información a una hoja de cálculo o a un sistema electrónico como el Sistema de registro automatizado de incidentes en salud para calcular estadísticas, sobre todo cuando se acumula un número elevado de casos. Esto adquiere la mayor importancia cuando se trata de estudios como el “Harvard Medical Practice Study” realizado por Leape en 1991, donde una revisión extensiva de expedientes clínicos mostró que el 3.7% de los pacientes hospitalizados había sufrido algún evento adverso¹⁵. Permite también identificar más rápidamente los incidentes con daño, su severidad y frecuencia.

Así, el desarrollo de los sistemas de registro electrónico ha permitido un avance importante, ya que representan una mayor facilidad y rapidez para la generación y procesamiento de la información. Se ha pasado de un registro local, a otros que tienen mayores posibilidades de colaboración interinstitucional y que pueden incluso servir para realizar comparaciones entre estudios internacionales.

2) SISTEMAS DE REPORTE

Los reportes publicados sirven de base para posibles planteamientos comunes, a partir de estadísticas obtenidas en condiciones similares, para establecer comparaciones y quizá para utilizar medidas de mejora semejantes. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que los reportes difieren en su orientación, de tal manera que algunos autores se enfocan sobre los eventos ocurridos en hospitales¹⁶, mientras que otros¹⁷ los estudian en centros de atención primaria a la salud. Así, estas diferencias se traducen en dificultades para efectos de comparación, según el interés del investigador o de las instituciones. Por otra parte, algunos teóricos centran más su atención en eventos específicos, consignando principalmente las infecciones nosocomiales relacionadas con el cuidado de los catéteres venosos para su prevención¹⁸, los condicionados por medicamentos^{19,20}, las caídas²¹, así como las posibles fallas de equipos anestésicos²².

Otros estudios²³ reportan algunos resultados comparables y otros no contemplados en otros trabajos. Así, se mostró que el 14.3% estuvo vinculado con medicación, 26.5% a infecciones nosocomiales, 35.7% con problemas técnicos en procedimientos, 11.2% a diagnósticos y el resto a otras causas. De ellos, en el 12.2% el daño fue leve, 78.6% moderado y 8.2% serio.

Aún con la relevancia de estos antecedentes, todavía existe una comunicación insuficiente de los incidentes, a pesar de que una buena parte de ellos se presenta en sitios tan importantes y aparentemente controlados como son las terapias intensivas²⁴, situación que en otras áreas puede estar por muy encima de lo calculado, ya que según algunos autores, lo que no se reporta llega a ser hasta 20 veces menor de lo que ocurre en la realidad²⁵.

Lo anterior tiene que ver con el hecho de que los hospitales tienen su propia inercia y cultura, que en ocasiones no se encuentra acorde con la necesidad de dar a conocer formalmente los problemas de seguridad del paciente, lo realizan de acuerdo a sus propios enfoques o muestran un crecimiento lento. Ejemplo de esto es el informe elaborado por Levinson²⁶, en que se identifican y describen los sistemas de reporte de eventos adversos en 50 estados de la Unión Americana y el Distrito de Columbia. En 26 de los 50 se contaba con criterios para su inclusión, basados en políticas formales y procedimientos para el reporte. Los estados restantes no contaban con ellos. Por otra parte, la mayoría de los 26 eran relativamente nuevos y tenían sistemas implementados en la última década. Para el 2008, 10 sistemas tenían menos de tres años de *participación*, ocho habían estado en operación por cuatro a nueve años, y ocho habían estado operando por 10 años o más. De 18 estados que enviaron el número de eventos adversos reportados por los hospitales durante 2006, éstos variaron de seis a 16,442, siendo diferentes además en cuanto tipo de los mismos y criterios utilizados para su selección. En tanto que 26 hospitales establecieron sus propias listas de eventos adversos reportables y tres estados utilizaron la lista del National Quality Forum (NQF) de eventos serios reportables, que en general se refirió al nivel de daño producido al paciente.

En forma resumida, puede decirse que algunas de las principales barreras para la implantación de estos sistemas ha sido su heterogeneidad, el interés diferenciado de las instituciones de salud, la presión de tiempo, exceso de demanda de atención; percepción de que no reportarán ningún beneficio a los médicos, así como el temor a las sanciones. En este sentido, se tiene la idea de que los profesionales de la salud serán inculcados y no quieren pasar por experiencias que los avergonzarán frente a sus colegas o ante los pacientes y familiares, además de la posible pérdida de la honra pública. Sin embargo, conforme ha pasado el tiempo, se ha reconocido también que la mayor parte de las fallas se deben *más a* deficiencias de los sistemas que de los profesionales de la salud. De cualquier manera, el enfoque para vencer estas barreras, es centrarse más en el buen funcionamiento general de las organizaciones, en lugar de en los individuos en forma particular.

Esos sistemas deben tener características que los hagan atractivos y que disminuyan la resistencia para su aplicación; entre ellas, deben considerarse algunas condiciones como:

- Ser confidenciales.
- No identificar números de expediente, nombres de pacientes, médicos, enfermeras y cualquier otro personal involucrado.
- No ser punitivos.
- Estar orientados a la identificación y registro de incidentes para establecer estrategias para la mejora de la calidad de la atención médica y seguridad del paciente.
- Ser fáciles de utilizar.
- Emplear formatos electrónicos automatizados para registro y obtención de estadísticas.
- Utilizar terminología actualizada y aceptada internacionalmente.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL

La elaboración de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente por la OMS, marcó un hito en el desarrollo y aplicación de la notificación y reporte de incidentes. Ya se habían utilizado algunas taxonomías y clasificaciones con diferentes orientaciones e intereses; sin embargo, constituían esfuerzos locales y parciales que no respondían a la necesidad de un enfoque integral que pudieran ser utilizadas internacionalmente.

Esto motivó que en 2003, la OMS reconociera la necesidad de estandarizar y analizar la información sobre seguridad del paciente, con el fin de proporcionar un medio de comparación y aprendizaje local, regional, nacional e internacion- al. Con esos antecedentes, en 2005, la Alianza para la Seguridad del Paciente de la OMS, reunió a un grupo de expertos para desarrollar una estructura conceptual para la “Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP)”, realizando una encuesta con el *método Delphos*, para iden-

ficar la relevancia y aceptación de la misma. La participación de 250 expertos internacionales generó información sobre la justificación de la Clasificación, con sus conceptos claves, definiciones y términos preferidos, incorporando esfuerzos previos de otras instituciones con reconocimiento internacional, así como de la propia OMS.

Por otra parte, los sistemas automatizados (incluso al revisar información parcial) han sido utilizados previamente por diferentes autores que señalan ventajas relacionadas con la facilidad para la captura, procesamiento y recuperación de la información. Además, en las bases de datos generadas se resguarda la información en formato electrónico que puede servir para definir tendencias, realizar cortes, evaluar intervenciones y retroalimentar a los sistemas de salud de manera sencilla.

Lo anterior permitió visualizar una oportunidad importante para el desarrollo de un sistema de registro automatizado integral que no existía en México. Con base en las experiencias obtenidas por otras instituciones y autores sobre sus ventajas, en 2009, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en colaboración con la OPS, inició como primer paso la traducción y adecuación de la Clasificación a nuestro medio. En algunos casos, esta última implicó la eliminación de algunos términos que no tienen un equivalente en México, o por lo menos no son de uso común.

El segundo paso consistió en el desarrollo del *software* inicialmente diseñado para uso local, sentando las bases para el desarrollo posterior de la versión Web. En la primera versión se incluyeron 260 variables de la CISP correspondientes a la categoría “Tipo de incidentes”, con formato en base de datos de Access®. Desde el principio se buscó que la captura electrónica fuera sencilla y rápida, así como la obtención de informes y de estadísticas actualizadas de manera dinámica.

Para el desarrollo del sistema se tomó en cuenta la necesidad de:

- Facilitar la identificación de incidentes.
- Ser fáciles de utilizar, reduciendo el tiempo para la captura y procesamiento de la información.
- Proporcionar una salida fácil de la información a partir de un ordenamiento adecuado de las bases de datos.
- Utilizar formatos de salida flexibles como son listados, gráficas y tablas.
- Facilitar el cruce de variables.
- Ser útiles para efectos educativos y de investigación.

Con relación a la evaluación de la versión Access® del *software*, ésta se realizó con:

1. Pruebas por los propios desarrolladores y modificaciones de acuerdo a los hallazgos.

2. Pruebas de “caja negra”. En ésta, los usuarios se enfocaron sobre cómo debía trabajar la aplicación y qué debía hacer, así como los resultados que se debían obtener, sin importar la estructura programática. Esto es, las pruebas se realizaron desde el punto de vista de las necesidades del usuario, buscando que la interfaz y todos los componentes visuales fueran explícitos y amigables.
3. Opinión de los usuarios sobre las ventajas y desventajas del programa informático y propuestas de mejora.
4. Análisis de los resultados relacionados con la facilidad y robustez del sistema para el registro y reporte.

La evaluación incluyó el análisis de 1,027 expedientes clínicos en un hospital regional de alta especialidad de la Secretaría de Salud (SS); hubo 134 casos con incidentes en que predominaron aquellos correspondientes a la categoría “Proceso clínico/Procedimientos”⁴⁶.

Después de la prueba piloto, se escaló el sistema a la versión Web, integrando todas las categorías y variables de la Clasificación y se puso a disposición de las instituciones de salud que deseen utilizarlo en forma gratuita. Esta versión se denomina “Sistema de Registro Automatizado de Incidentes en Salud (SIRAIS)” y ha tenido adecuaciones sucesivas, de tal manera que es más práctico y apropiado lingüísticamente para su uso en nuestro contexto. Puede utilizarse tanto el sistema operativo Windows® como el iOS para Mac®, que incluye los dispositivos móviles como el iPad® y el iPhone®. La estructura actual del sistema incluye cuadros de texto, con el fin de que el usuario pueda ampliar la información según las necesidades de cada institución y permite el registro de datos que no están contemplados en la CISP, como el país que está utilizando el sistema, el nivel del hospital, número de camas y egresos hospitalarios, entre otros.

La estructura del programa informático tiene la misma lógica que la Clasificación, sin embargo, su formato permite una navegación muy rápida y sencilla, así como una captura rápida una vez que se tiene la información completa de cualquier incidente. El usuario puede volver a un registro y modificarlo, lo cual es importante ya que la evolución de los incidentes puede consignarse de acuerdo a como se vaya dando la misma. Cada institución tiene acceso independiente al sistema y es responsable de sus datos y puede realizar cortes de información con la frecuencia que prefiera. Con registros rigurosos y bien controlados de alguna categoría, se pueden establecer tendencias o incluso es posible ver los resultados de intervenciones de mejora. Una adición importante es una lista de eventos centinela que incluye muerte materna, campos para ingresar días de prolongación de estancia hospitalaria como consecuencia de los incidentes, así como otros que han mostrado ser de gran utilidad.

Descripción de las 10 categorías de la CISP incluidas en el SIRAIS:

- 1) Tipo de incidente,
- 2) Características del incidente,

- 3) Características del paciente,
- 4) Resultados del paciente,
- 5) Resultados organizacionales,
- 6) Factores contribuyentes y riesgos,
- 7) Detección,
- 8) Acciones para reducir riesgos,
- 9) Factores atenuantes, y
- 10) Acciones de mejora.

1) Tipo de incidente

Aquí se incluyen 15 subcategorías que permiten clasificar el incidente así como sus atributos (véase cuadro 1).

2) Características del incidente

Aquí se registra la fecha del incidente, el estado del tratamiento, las disciplinas involucradas, la persona que reporta, así como los involucrados (el tipo de profesional o persona, pero sin identidad).

CUADRO 1.
TIPO DE INCIDENTES Y SUBCATEGORÍAS.

Subcategorías de tipo de incidentes	Descripción
Medicación y soluciones intravenosas	Registra medicación y soluciones involucradas, proceso de uso de los líquidos intravenosos, así como los problemas que se presentaron.
Documentación	Se anotan los documentos involucrados como órdenes, expediente clínico, lista de verificación, certificados, reportes, resultados.
Administración clínica	Se registran fallas en la entrega de expedientes, en listas de espera, en la admisión, del alta, transferencia de los pacientes, en su identificación, así como faltas o insuficiencia en el llenado del consentimiento informado.
Infección asociada a la atención médica	Registra tipos de organismos causales así como sitio de la infección.
Proceso clínico/procedimiento	En este rubro se anotan los eventos que se presentan a consecuencia de fallas en la prevención, en las revisiones de rutina de los pacientes, procedimientos diagnósticos tanto clínicos como de laboratorio y gabinete, así como de tratamiento.

Sangre/hemoderivados	Productos involucrados como paquetes globulares, factores de coagulación, inmunoglobulinas. También se anota el proceso para el uso de sangre y hemoderivados como pruebas pretransfusionales, almacenamiento, presentación; así como los problemas que se pueden presentar.
Oxígeno y gases	Se registran problemas con la lista de gases, del proceso de uso, incluyendo etiquetado de cilindros, prescripción, almacenamiento, entre otros.
Nutrición	Se anota la nutrición involucrada: dietas generales y especiales, así como problemas del proceso tanto de prescripción, preparación, presentación, entrega, administración, y problemas de almacenamiento, paciente o dieta equivocados, etcétera.
Dispositivos y equipo médico	Incluye sus tipos y características, listas, descripción de los mismos, y problemas de presentación, empaque, inapropiados para la tarea, sucios, no estériles, fallas, error del usuario y otros.
Comportamiento / conducta del paciente	Se anota si son poco cooperativos, riesgosos, tienen abuso de sustancias, intentan dañar o agredir verbal o físicamente.
Caídas	Se anota aquí el sitio donde ocurrió la caída así como el tipo de la misma.
Accidentes del paciente	Se refiere al daño o posibilidad de daño relacionado con diferentes medios externos, como es la abrasión, calor excesivo del medio; ahogamiento, envenenamiento químico, entre otros.
Infraestructura / edificios / accesorios	Se anotan fallas de la estructura y de sus accesorios, incluyendo problemas sobre la inexistencia de recursos o lo inadecuado de los mismos, o si acaso están defectuosos o dañados.
Recursos/gerencia organizacional	Se refiere al proceso administrativo, incluyendo cargas de trabajo, existencia de camas disponibles, idoneidad, organización del personal, equipos médicos, protocolos, políticas, guías clínicas.
Patología/Laboratorio	Se anotan aquí problemas de toma de muestra, transporte, clasificación, procesamiento, verificación, resultados, muestra extraviada y almacenamiento inadecuado.

3) Características del paciente

En esta categoría se encuentran “Motivo de consulta y procedimiento”, donde se pueden seleccionar los diagnósticos, así como el tratamiento y acciones de prevención.

4) Resultados del paciente

Se consigna en esta sección el tipo de daño, si el incidente es único o múltiple, si se considera cuasi-error o evento adverso o evento centinela. El menú de eventos centinela incluye los más reportados en la literatura internacional. El usuario puede agregar cualquier otro en el cuadro de texto correspondiente.

5) Resultados organizacionales

Aquí se anotan los daños a las instalaciones y aumento de requerimientos. Se agregó la variable *incremento en días de la estancia hospitalaria* como consecuencia del incidente.

6) Factores contribuyentes/riesgos

Aquí hay cinco subcategorías principales: factores del personal médico, factores del paciente, de trabajo y ambientales, de organización y servicio, y factores externos.

7) Detección

Incluye cinco subcategorías de personal involucrado en el incidente. Pueden capturarse datos sobre tipo de personal, familiares del paciente, proceso de detección, trabajador de salud y personal de servicios de emergencia.

8) Acciones para reducir riesgos

Contiene cuatro grandes grupos entre los que destacan factores del paciente, factores del personal médico, del ambiente organizacional, así como del equipo y del agente.

9) Factores atenuantes

Entre éstos se encuentran los dirigidos al paciente, al personal médico, a la organización, al personal médico y al agente.

10) Acciones de mejora

Se encuentran aquí las relacionadas con el paciente y con la organización; el manejo de las quejas y lo relacionado con las mismas, así como la notificación local y reintegración, reclamos, conciliación y mediación, educación, capacitación, cultura, incapacidad y compensaciones (entre otras variables).

Una vez realizada la captura en las categorías anotadas, el Sistema permite la generación de reportes en tres formatos: listados, gráficas y tablas. También se pueden exportar los resultados a Excel®.

INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS POR 22 HOSPITALES MEXICANOS

Tanto durante la fase de prueba piloto como en el uso subsecuente de la versión Web, la información capturada ha sido confidencial, resguardándose en una base de datos de acceso restringido y desde la cual cada institución puede recuperarla en el momento que lo requiera. La notificación y registro en cada hospital se realizó de acuerdo con las posibilidades de los mismos respecto a cargas de trabajo y recursos humanos disponibles, así como por el interés y prioridades que tuvieran en particular. Cada uno de ellos ha utilizado su propio formato de notificación y designado al personal para la captura y procesamiento de la información. Los reportes consignados aquí corresponden a las 15 subclases de "Tipo de incidente".

Un primer corte sobre las condiciones de seguridad del paciente, se realizó con el análisis de los incidentes reportados por 22 hospitales de diferentes estados de la República que han estado participando de manera consistente en el registro de enero/2011 a julio/2012⁴⁷.

El total de incidentes notificados fue de 781 en 706 reportes; 640 (90.7%) de éstos consignaron incidentes únicos, mientras que 57 (8.1%) incluyeron dos tipos de los mismos y 9 (1.2%), sólo tres tipos.

Del total de 781 incidentes, 454 incluyeron daño (64.3%) y 252 se anotaron sin daño (35.7%). El grado de daño fue leve en 121 reportes (26.7%), moderado en 208 (45.8%), severo en 102 (22.5%) y mortales en 23 (5.1%).

En cuanto al tipo de incidente, del total de 781, se encontró la siguiente distribución: Infección asociada a atención médica, 280 casos (35.9%); Proceso/procedimiento clínico, 225 (28.8%); Medicación/soluciones intravenosas, 98 (12.5%); Caídas, 72 (9.2%); y 106 incidentes (13.6%) incluidos en el resto de categorías.

Tipos de incidentes:

- A) Infección asociada a la atención médica. De los 280 reportes donde se notificaron infecciones asociadas a la atención médica, se especificó el agente causal en 230 (86.5%) y en los 50 restantes (13.5%) no se consignó el dato.
- B) Proceso clínico/procedimiento. Algunos de los 225 reportes incluyeron uno o más incidentes asociados con el proceso clínico o con procedimientos, para alcanzar un total de 406. Los relacionados con el tratamiento fueron 170 (41.9%); los que ocurrieron porque los procedimientos no se realizaron cuando estaban indicados fueron 79 (19.5%); los referidos a evaluación y diagnóstico, 64 (15.8%) y aquellos asociados con prevención y revisiones de rutina, 56 (13.8%).

- C) Medicación y soluciones intravenosas. Aquí se incluyeron 98 reportes, con uno o más incidentes; 102 en total, distribuidos en: dosis, frecuencia o administración equivocada, 36 (35.3%); medicamento o dosis omitida, 21 (20.6%); fórmula o presentación equivocada, 9 (8.8%); medicamento equivocado, 8 (7.8%); vía de administración equivocada, 7 (6.9%); reacción adversa a medicamento, 7 (6.9%); cantidad equivocada, 5 (4.9%); etiqueta, dosis de medicamento o instrucción equivocada, 5 (4.9%); paciente equivocado, 3 (2.9%); y sólo un reporte asociado a contraindicación (1.0%).
- D) Caídas. En esta subclase se anotaron la causa aparente de la caída y el tipo de la misma. Del total de 72 reportes, se notificaron 67 causas (93.1%) y en los restantes no se especificó la misma. Las caídas correspondieron a 27 por pérdida del equilibrio (40.3%), 16 por resbalón (23.9%), 15 por tropiezo (22.4%) y 9 por colapso (13.4%).
- E) Los 106 incidentes restantes (13.6%) correspondieron al resto de subcategorías.

CONCLUSIONES

El SIRAIS, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, representa un instrumento integrador que facilita la notificación y reporte de incidentes de seguridad del paciente y la utilización de las lecciones aprendidas para la implementación de medidas de mejora de los servicios hospitalarios. Los sistemas que se han utilizado hasta antes de la CISP, han consignado parcialmente los incidentes que ocurren en los hospitales, dejando a un lado algunas categorías que resultan muy *útiles* y que pueden condicionar amenazas para los pacientes. Las principales ventajas del SIRAIS son su gratuidad, su fácil acceso, el uso de plataformas tanto de Windows® como de iOS de Mac®, incluyendo los dispositivos móviles; la curva corta de aprendizaje, el soporte técnico efectivo y su flexibilidad para ofrecer información en diversos formatos, todo lo cual está contribuyendo a la disminución del subregistro.

La restricción del acceso a las bases de datos y su confidencialidad, han permitido orientarlo hacia la mejora de los sistemas, evitando totalmente la visión punitiva como se ha ido comprobando con su implantación. Con ello, se ha propiciado la cultura del reporte y la generación de conocimiento que puede trascender en mayor grado en la mejora de los servicios de salud. Previamente a este sistema, no existía uno de alcance nacional y gratuito, por lo cual y en función de lo que se ha visto hasta ahora, se puede esperar una participación cada vez más amplia de las instituciones de salud nacionales que desean mejorar sus niveles de calidad de la atención médica y seguridad para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Kohn L, Corrigan J, Donaldson M (eds.), *To err is human: Building a safer health system*, Washington, D. C., Committee on Quality of Health Care in America-Institute of Medicine/National Academy Press, 2000.
- ² Adams RJ, Tucker G, Price K, Hill CL, Appleton SL, Wilson DH, Taylor AW, Ruffin RE, "Self-reported adverse events in healthcare that cause harm: a population-based survey", *Med J Aust*, 2009 May 4; 190(9):484-8.
- ³ Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C, "The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare", *Health Technol Assess*, 2005, May; 9(19):1-143.
- ⁴ Carlet J, Fabry J, Amalberti R, Degos L, "The 'zero risk' concept for hospital-acquired infections: a risk business!", *Clin Infect Dis*, 2009 Sep 1; 49(5):747-9.
- ⁵ OMS. *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.0 for use in Field Testing 2007-2008*. [Acceso: 18-01-2011.] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_form/en/index.html.
- ⁶ Rodríguez SJ, Santacruz VJ, Fajardo DG, Hernández F, "Sistemas de notificación y registro de incidentes en México: Aprendizajes", *Revista CONAMED*, 17(2), Abr-Jun 2012:81-6.
- ⁷ Santacruz J, Rodríguez J, Fajardo G, Hernández F, "Historia de los sistemas de notificación y registro de incidentes", *Revista CONAMED*, 17(2), Abr-Jun 2012:77-80.
- ⁸ Adams RJ, Tucker G, Price K, Hill CL, Appleton SL, Wilson DH, Taylor AW, Ruffin RE, "Self-reported adverse events in healthcare that cause harm: a population-based survey", *Med J Aust*, 2009 May 4; 190(9):484-8.
- ⁹ Phansalkar S, Patel VL, Hoffman JM, Hurdle JF, "Use of verbal protocol analysis for identification of ADE signals", *AMIA Annu Symp Proc*, 2006:1063.
- ¹⁰ A de Feijter JM, de Grave WS, Muijtjens AM, Scherpbier AJ, Koopmans RP, "Comprehensive overview of Medical Error in hospitals using Incident-Reporting Systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths", *PLoS One*, 2012; 7(2):e31125.
- ¹¹ Pens JF, Wilcox AB, Hurdle JF, "Automated identification of adverse events related to central venous catheters", *J Biomed Inform*, 2007 Abr; 40(2):174-82.
- ¹² Friedman C, Hripcsak G, "Natural language processing and its future in medicine", *Acad Med*, 1999 Ago; 74(8):890-5.
- ¹³ Hauck K, Zhao X, "How dangerous is a day in hospital? A model of adverse events and length of stay for medical inpatients", *Med Care*, 2011 Dic; 49(12):1068-75.
- ¹⁴ Nabhan M, Elraiyah T, Brown DR, Dilling J, Leblanc A, Montori VM, Morgenthaler T, Naessens J, Prokop L, Roger V, Swensen S, Thompson RL, Murad MH, "What is preventable harm in healthcare? A systematic review of definitions", *BMC Health Serv Res*, 2012 May 25; 12(1):128.
- ¹⁵ Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H, "The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II", *N Engl J Med*, 1991; 324(6):377-84.
- ¹⁶ Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, Siegler M, "An alternative strategy for studying adverse events in medical care", *Lancet*, 1997; 349(9048):309-13.
- ¹⁷ Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, van Weel C, Wensing M, "Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: a retrospective medical record review study", *Implement Sci*, 2011; 6:37.
- ¹⁸ Cornacchiari M, Heidempergher M, Stasi A, Baroli A, Bertoncini L, Turri C, Bellotti N, Guastoni C, "Effectiveness of a protocol for the prevention of hemodialysis venous catheter-related infections", *J Vasc Access*, 2011; 12(4):313-7.
- ¹⁹ Kunac DL, Kennedy J, Austin N, Reith D "Incidence, preventability, and impact of Adverse Drug Events (ADEs) and potential ADEs in hospitalized children in New Zealand: a prospective observational cohort study", *Paediatr Drugs*, 2009; 11(2):153-60.

²⁰ Cousins D, Gerrett D, Warner B, "A review of medication incidents reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over six years (2005-2010)", *Br J Clin Pharmacol*, 2011 Dic 22.

²¹ Johnson M, George A, Tran DT, "Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours", *Int J Nurs Pract*, 2011; 17(1):60-6.

²² Cassidy CJ, Smith A, "Critical incident reports concerning anaesthetic equipment: analysis of the UK National Reporting and Learning System (NRLS) data from 2006-2008", *Anaesthesia*, 2011; 66(10):879-88.

²³ Lucas FJ, Aranaz JM, Gea MT, Gallardo D, Limón R, García C, "Clinical safety plan in a university hospital complex. Initial diagnosis: Study of adverse events", *Rev Calid Asist*, 2012 Ene 7.

²⁴ Cullen DJ *et al.*, "Preventable adverse drug events in hospitalized patients: A comparative study of intensive care units and general care units", *Crit Care Med*, 1997; 25:1289-97.

²⁵ Edlavitch SA, "Adverse drug event reporting. Improving the low US reporting rates", *Arch Intern Med*, 1988; 148:1499-503.

²⁶ Levinson DR, *Adverse events in hospitals: state reporting systems. Department of Health and Human Services*, Dic 2008 OEI-06-07-00471. [Acceso: 3-09-2012.] Disponible en:

<http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-07-00471.pdf>.

²⁷ Fajardo GE, Lamy P, Rodríguez J, Lucero JJ, Hernández F, Santacruz J, "Sistema de registro electrónico de incidentes, basado en la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente de la OMS", *Revista CONAMED*, 2010; 15(1):29-36.

²⁸ Rodríguez J, Lamy P, Fajardo GE, Santacruz J, Hernández F, "Incidentes de seguridad del paciente notificados por 22 hospitales mexicanos, mediante el sistema SIRAIS", *Revista CONAMED*, 2012; 17(2):52-8.

La calidad como eje transversal de los sistemas de salud

Sebastián García-Saisó¹

Fernando Álvarez del Río²

Paulina Terrazas Valdés³

Ibelcar Molina Mandujano⁴

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 demás rectores de la acción pública.

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 fines del siglo XIX, en Europa, tomando como modelo el sistema alemán, particularmente impulsado por el canciller Otto Von Bismark, quien se basaba en la seguridad social y puede ser considerado como un seguro médico obligatorio para los trabajadores. Posteriormente este esquema es ampliado por el trabajo del Comité de Coordinación de Seguridad Social encabezado por William Beveridge en Inglaterra, en 1942, en el cual se reconocía el derecho que tiene toda persona, sin distinción alguna, a una protección básica otorgada por el Estado que le garantizara la satisfacción de sus necesidades fundamentales de salud. Es así como surge la noción de los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) y la cobertura en salud no vinculada a la situación laboral de los individuos.

¹ Coordinador de asesores de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, SS.

² Director General de Planeación y Desarrollo, SS.

³ Funcionaria de la Dirección General de Planeación y Desarrollo, SS.

⁴ Funcionario de la SS.

Por la influencia de estos esquemas internacionales, en México a través de los años y la adaptación secuencial del sistema, se consolida un sistema de salud mixto con participación de los esquemas de seguridad social y de protección social (esquema que refleja la visión de los sistemas nacionales de salud y basado en el modelo Beveridge) y se condiciona la segmentación y fraccionamiento de la cobertura en salud, retos persistentes con implicaciones directas en la calidad.

EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO, UNIVERSALIDAD Y CALIDAD

En 1943 se crean 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 surge el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Bajo esta estructura se da 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 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 derechohabientes 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 reflejaba el crecimiento económico del país y eventualmente la cobertura total de la población conforme ésta ingresara al sector laboral formal.

Sin embargo, con el paso del tiempo se hizo evidente que la organización anterior no daba respuesta al acceso de los servicios de salud para toda la población, al no darse la inclusión a la economía formal de toda la población que se esperaba, y al crecimiento subsecuente de la economía informal y otras modalidades de empleo. 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 mejor 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 vino con la promulgación de la *Ley General de Salud* en 1984. De aquí la conformación de la Coordinación de Servicios de Salud en México, con el fin 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 en SS, quien asumiera la rectoría y conducción del SNS, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

Así mismo, 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, dada 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 emerge como un componente

elemental para garantizar la protección social en salud. En otras palabras, 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 adopta a la calidad en salud como paradigma en la definición de nuevas estrategias y políticas en salud, lo que puede dar 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 una 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 implicará 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. Así mismo, 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 de 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 es en realidad resultado más de las capacidades y necesidades de una organización o unidad médica que resultado 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.). Lo que a su vez permitirá posicionar a la calidad como base de un sistema integrado de salud, al propiciar condiciones homogéneas en la calidad de la atención médica y 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 y su discurso no incorpora conceptos como salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, ni género⁵.

⁵ 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.

- 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 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.

LA CALIDAD A PARTIR DE LOS RETOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Vale la pena también retomar que, vistos de manera global e integrada, todos los retos que nuestro sistema de salud enfrenta son también retos que pueden vincularse con la calidad, y que los avances en la institucionalización de la calidad como parte del sistema de salud nos permiten hacer frente a importantes retos. Por ejemplo, la importancia de transitar cada vez más a un sistema preventivo implica precisamente que además del fortalecimiento real de la atención primaria en salud, también se tiene que replantear 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 también que dé seguimiento personalizado a los pacientes en todas las referencias y contrarreferencias a otros niveles de atención, es un reto mayúsculo. Esta necesidad implica no sólo un enfoque diferente de atención basada en la persona y una posibilidad de promover más atenciones preventivas, sino que también significa que cada mexicano va a tener 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 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, es 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 sólo por el prestigio y esfuerzo, sino hasta por razones financieras sobre su propia calidad de vida futura. Es responsabilidad del SNS retomar la Medicina 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 de la salud, con el resto de los sectores y población. Así por ejemplo, en lugar de esperar a que la población llegue a las unidades médicas, las acciones efectivas de prevención tienen que incorporarse a la vida tradicional, de modo que se promuevan hábitos saludables en todos los otros espacios 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 (sean 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 justamente 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 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.

De aquí sigue 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, 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 vuelve un punto relevante para el financiamiento, los equipos que hacen mayores esfuerzos y que son 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. Medida que permita la comparación y la adecuación de programas y estrategias a partir de la planeación adecuada 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 esquema de financiamiento para la salud, no queda espacio para la variación en la calidad de la atención y las fallas en términos de seguridad del paciente, ni lugar para la falta de efectividad de los servicios de salud en la atención de las necesidades de la población, o los esquemas heterogéneos en la prestación universal de atención médica. En esa medida, retomar indicadores que pretendan representar las diferencias en 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 sólo 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.

BIBLIOGRAFÍA

- 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 Organ*, 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.
- 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.

Tendencias actuales en los sistemas de gestión de la calidad

Pedro J. Saturno¹

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 20-40% 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 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 revisarlas, 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. Sin embargo,

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 (p. ej., Guías de Práctica Clínica), sin planes de implementación ni monitoreo de su utilización y resultados. -Énfasis en evidencia clínica, menos en evidencia organizacional, ni en política basada en evidencia.
Incentivos para la calidad	-Zona de complejidad con alto grado de acuerdo y bajo grado de certeza. -Énfasis e implementación sin evidencia de esquemas de Pago por Calidad. -Escaso desarrollo de incentivos intrínsecos.
Énfasis en seguridad	-Ensombrecer o anular iniciativas sobre otras dimensiones de la calidad. -Transición lenta desde el enfoque en daño, al enfoque en riesgo de daño y su prevención. -Implementación generalizada de iniciativas de efectividad no probada.
Énfasis en el papel del usuario/población	-Escasamente desarrollado. -En evolución conceptual. -Escasez de herramientas efectivas para implementarlo, tanto a nivel individual como colectivo. -Escasez de existencia y uso de herramientas para monitorearlo.
Énfasis en diseño y gestión de procesos	-Necesario pero todavía poco desarrollado. -Necesidad de incorporar diseños integrales y con metodologías más complejas que las que se han manejado hasta ahora.
Investigación en estrategias para la mejora de la calidad	-Un campo nuevo y necesario de la Investigación en Servicios de Salud. - Debe contribuir a proporcionar datos comparativos y cuestionar estrategias que sólo tienen validez aparente.
Uso creciente de tecnologías electrónicas	- Potencialmente muy favorable, pero implementado muchas veces sin evaluación previa. - Campo propenso a iniciativas deslumbrantes y costosas, sobre las que hay que ser más precavidos de lo que se está siendo en la actualidad.
Amenaza de cambio de valores	-Necesidad de reafirmar el valor y componente social de los servicios de salud. -Necesidad de reafirmar el incremento del nivel de salud como resultado último a valorar.

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)², 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)³, 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). Este último complementario al externo y 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 es 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, por citar algunos ejemplos, CENETEC-Salud en México⁴, NICE en el Reino Unido⁵, NGC en los Estados Unidos⁶, o *Guíasalud* en España⁷. 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 Stacey⁸, 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*⁹).

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 general¹⁰ como en atención primaria¹¹, como en países en vías de desarrollo¹², desarrollados^{13,14}, ni tampoco sobre su eficiencia¹⁵, 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^{16,17}. 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 otras¹⁸, pero lo cierto es que: (i) 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 contraproducente¹⁹.

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^{3,20}, a que no concuerda con la anterior y aún prevalente del Institute of Medicine (IOM), a la “*ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria*”. La definición del IOM 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 (“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*²⁰ 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 sólo 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 continua²¹; no obstante la recomendación de medir indicadores de proceso incluso para el clásico problema de las infecciones hospitalarias²², 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 existen²³, 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 pilotaje 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 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 intervención²⁴. 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/USUARIO/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 “acepta-

bilidad 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 2001² y utilizado en casi todo el mundo, hasta llegar a convertirse en —al menos en teoría— eje central de la política sanitaria de la OMS en sitios como algunas provincias canadienses y la Región del Pacífico Occidental y Sudeste asiático, que han instaurado un Programa específico sobre esta materia²⁵.

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)²⁶, 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 sólo 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 asistenciales²⁷. El ingrediente secreto de esta salsa es, obviamente, la comunicación; y el principal, la atención a la persona, no sólo 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 expectativas²⁸.

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, participación del paciente, una información compartida adaptada a las preocupaciones, 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 sólo 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 Calidad²⁹ y mantenido hasta hoy³⁰.

Conviene subrayar que, aunque incorporar la atención centrada en el paciente a los procesos y sistemas asistenciales tiene sentido y validez en sí mismo³¹, hay también estudios que demuestran su repercusión positiva en la efectividad y eficiencia de la atención²⁷, aunque aún no de forma inequívoca debido en parte a las dificultades multifacéticas del concepto en sí³².

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 sólo— 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 recorrer. 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 paciente³³.

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 gestión de procesos tomó cuerpo inicialmente dentro de los centros asistenciales, con el desarrollo de los caminos o vías clínicas, sobre todo en atención hospitalaria, en los que se visualiza de forma coordinada y secuencial todo tipo de atención y actividades para un determinado tipo de paciente³⁴. A la vez, ha ido arraigando la idea de saber y describir el llamado “mapa de procesos” de las organizaciones para visualizar sus interrelaciones, y en última instancia, diseñarlos y asignar indicadores y responsables (“dueños de los procesos”) para su correcto funcionamiento³⁵.

Con todo ello se han 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*)³⁶, 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-infantil³⁷, o el diseño integral de atención a enfermedades crónicas como la EPOC³⁸ o la diabetes³⁹. El diseño y aplicación de modelos integrales de atención es una estrategia para la mejora de la calidad³ 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 la calidad y cómo implementarlas. Hay una serie de iniciativas que de una forma u otra se han mostrado efectivas para mejorar la calidad³, 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 centros 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 general⁴⁰, y sobre 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 general⁴¹ como para indicadores específicos sobre seguridad⁴² o patologías concretas como la atención a pacientes con infarto de miocardio⁴³.

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; 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, sólo 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, mejorar la comunicación entre niveles y los diagnósticos con segunda opinión, atención domiciliaria para enfermos crónicos, entre otras. Las experiencias internacionales son numerosas, tanto en países desarrollados como menos desarrollados; se incluye desde luego, Latinoamérica, en donde países como Chile, Colombia, México y Brasil cuentan con iniciativas en los ámbitos público y privado. Sin embargo, como en tantas otras iniciativas deslumbrantes, se implementan sin evaluaciones adecuadas, mientras que las revisiones sistemáticas sobre su efectividad y eficiencia comparativas distan mucho de ser rotundamente alentadoras. En parte porque son escasos 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^{44,45,46,47}; las principales recomendaciones son del tipo de que hay que ser precavidos sobre el uso e inversiones en tecnologías no evaluadas⁴⁴, 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 sólo aquellos que contengan un plan integral bien diseñado para evaluar sus resultados^{48,49}.

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 década⁵⁰ e incluso más recientemente⁵¹, 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)⁵², dificultades en la implementación, a veces requiriendo más tiempo que la prescripción normal, cansancio de alertas y consejos que llevan a igno-

rarlos, y una sensación de falsa seguridad, pudiendo en definitiva llegar a crear más problemas que los que evita. En algunos casos extremos se le han llegado a atribuir incluso incrementos inesperados en la mortalidad⁵³. Parece que aparte de las características en cuanto al diseño de estos sistemas, que no son homogéneos⁵⁴, hay que prestar más atención a los procesos de implementación⁵⁵ 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 BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Profesor de la Facultad de Medicina, Universidad de Murcia (psaturno@um.es).
- ² Institute of Medicine (IOM), *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*, Washington, D. C., National Academy Press, 2001.
- ³ 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.
- ⁴ <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html> [Acceso: 6-08-2012].
- ⁵ <http://guidance.nice.org.uk/CG/Published> [Acceso: 6-08-2012].
- ⁶ <http://guideline.gov/> [Acceso: 6-08-2012].
- ⁷ <http://portal.guiasalud.es/web/guest/home> [Acceso: 6-08-2012].
- ⁸ Stacey RD, *Strategic management and organizational dynamics: the challenge of complexity*, 3a. ed., Harlow, Prentice Hall, 2002.
- ⁹ <http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/>

¹⁰ 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.

¹¹ 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 Database Syst Rev*, 2011, 9.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M, "Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance", *N Eng J Med*, 2007, 357: 181-90.

¹⁵ 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>.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ *Pay for performance: A decision guide for purchasers*, AHRQ, US Department of Health and Human Services, AHRQ Pub. 06-0047. 2006.

¹⁹ 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.

²⁰ *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.

²¹ 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.

²² Mc Kibben L, Horan MT, Tokars JI, Fowler J, Cardo DM, Pearson ML, Brennan PJ, The Healthcare 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.

²³ Saturno PJ et al., *Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

²⁴ *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.

²⁵ WHO/WPRO- People at the Center of Care Initiative. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.wpro.who.int/sites/paci/>.

²⁶ *What is patient-centred healthcare?: A review of definitions and principles*. IAP0 2007. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAP0%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>.

²⁷ 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.

²⁸ Ontario Medical Association (OMA), *Patient-centered care*, OMA Policy Paper, 2010. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <https://www.oma.org/Resources/Documents/Patient-CentredCare,2010.pdf>.

²⁹ 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>.

³⁰ <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/avalcidudadano.html> [Acceso: 6-08-2012].

³¹ 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.

³² 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>.

- ³³ 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.
- ³⁴ Zander K, "Critical pathways", en: Melum MM, Sinioris MK, *Total Quality Management. The health Care Pioneers*, Chicago, AHA, 1992, cap. 9.
- ³⁵ Hunt DV, *Process mapping. How to reengineer your business processes*, Nueva York, John Wiley and Sons, 1996.
- ³⁶ *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>.
- ³⁷ *Informe de la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!*, Ginebra, OMS, 2005, cap. 6, pp. 103-21.
- ³⁸ 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.
- ³⁹ 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.
- ⁴⁰ 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>.
- ⁴¹ Greenfield D, Braithwaite J, "Health sector accreditation research: a systematic review", *Int J Qual Health Care*, 2008, 20(3):172-83.
- ⁴² 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.
- ⁴³ Chen J, Rathore SS, Radford MJ, Krumholz HM, "JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction", *Health Affairs*, 2003, 22(2):243-54.
- ⁴⁴ Roine R, Ohinmaa A, Hailey D, "Assessing telemedicine: a systematic review of the literature", *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/Technology Assessment Program, 2010. [Acceso 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.va.gov/VA-TAP/docs/Hometelehealth2010.pdf>.
- ⁴⁸ Rey-Moreno C, Simó-Reigadas J, Everss-Villalba E, Vinagre JJ, Martínez-Fernández A, "A systematic review of telemedicine projects in Colombia", *J Telemed Telecare*, 2010, 16(3):114-9.
- ⁴⁹ 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.
- ⁵⁰ 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.
- ⁵¹ Reckmann MH, Westbrook JJ, 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.
- ⁵² Koppel R, Metlay JP, Cohen A *et al.*, "Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors", *JAMA*, 2005, 293:1197-203.
- ⁵³ 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.
- ⁵⁴ 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.
- ⁵⁵ 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.

Bibliografía

- A de Feijter JM, De Grave WS, Muijtjens AM, Scherpbier AJ, Koopmans RP, "Comprehensive overview of Medical Error in hospitals using Incident-Reporting Systems, patient complaints and chart review of inpatient deaths", *PLoS One*, 2012; 7(2):e31125.
- Adams RJ, Tucker G, Price K, Hill CL, Appleton SL, Wilson DH, Taylor AW, Ruffin RE, "Self-reported adverse events in healthcare that cause harm: a population-based survey", *Med J Aust*, 2009 May 4; 190(9):484-8.
- Adams RJ, Tucker G, Price K, Hill CL, Appleton SL, Wilson DH, Taylor AW, Ruffin RE, "Self-reported adverse events in healthcare that cause harm: a population-based survey", *Med J Aust*, 2009 May 4; 190(9):484-8.
- Aguilar-Cruz C, "La necesidad de la planeación estratégica en las organizaciones industriales modernas", *Temas de ciencia y tecnología*; 2000 May-Ago, 4(11):17-28.
- Aguirre-Gas H, "Proyecto UMAE. Desarrollo y avances 2004-2006", *Rev Méd IMSS*, 2008; 46(5):571-80.
- _____, "Evaluación de la Calidad de la Atención Médica. ¿Una tarea para médicos?", *Cir Ciruj*, 2007; 75:149-50.
- _____, *Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo*, México, Conferencia Interamericana de Seguridad Social y Noriega Editores, 3ª. ed., 2002.
- _____, "Programa de Mejora Continua. Resultados en 42 Unidades Médicas de Tercer Nivel", *Rev Méd IMSS*, 1999; 37(6):473-80.
- _____, "Certificación de Hospitales", *Gac Méd Méx*, 1996; 132:191-3.
- _____, "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.
- _____, "Evaluación y Garantía de las Calidad de la Atención Médica", *Salud Pública de México*, 1991; 33:623-9.
- _____, "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):170-80.
- 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.
- Aguirre-Gas H *et al.*, "El error médico. Eventos adversos", *Rev Cirug y Ciruj*, 2006; 74(6):495-503.
- Aktouf O, *La administración: entre tradición y renovación*, Bogotá, Edit. Artes Gráficas Univalle, 1998.
- Álvarez-Gutiérrez R, Neri-Vela R, "Atención Médica en la URSS", *Revista Salud Pública de México*, 1968 Jul-Ago; 10(4):459-64.
- Andrews LB, Stocking C, Krizek T, Gottlieb L, Krizek C, Vargish T, Siegler M, "An alternative strategy for studying adverse events in medical care", *Lancet*, 1997; 349(9048):309-13.
- Arce HE, "Accreditation: the Argentine experience in the Latin American Region", *Int J for Quality in Healthcare*, 1999; 2(5):425-8.
- 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.
- Bachrach L, "The state of the estate mental hospital in 1996", *Psichiatri Serv*, 1996; 47:1071-78.
- Barajas-Medina J, *Curso Introductorio a la administración*, México, Trillas, 3ª. ed., 1996.
- Beckmann U, Baldwin I, Hart GK, Runcimans W, "The Australian incident monitoring study in intensive care", *Anesthesiology Intensive Care*, 1996.

- 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.
- Bilimoria KY, Kmiecik TE, DaRosa DA, Halverson A, Eskandari MK, Bell RH Jr, Soper NJ, Wayne JD, "Development of an online morbidity, mortality, and near-miss reporting system to identify patterns of adverse events in surgical patients", *Arch Surg*, 2009 Abr; 144(4):305-11.
- Brennan TA, Leape LI, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H, "Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study I", *N Engl J Med*, 1991 Feb 07. [Acceso: 30-03-2012.] Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240604>.
- Brixey J, Johnson TR, Zhang J, "Evaluating a medical error taxonomy", *Proc AMIA Symp*, 2002:71-5.
- Calfee R, Fynn-Thompson E, Stern P, "Surgeon bias in the medical record", *Orthopedics*, 2009; 32(10).
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, "Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos", México, *DOF*, 25 de junio de 2012.
- 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.
- Carbonell, Miguel, *Ley General de Salud y disposiciones complementarias*, México, Edit. Porrúa, Col. Leyes y Códigos de México, 2ª. ed., 2007.
- Cárdenas de la Peña, E., *Servicios médicos del IMSS. Doctrina e Historia* (Cap. VI: "Sistemas y procedimientos. Auditoría Médica"), México, IMSS, 1973.
- Carlet J, Fabry J, Amalberti R, Degos L, "The 'zero risk' concept for hospital-acquired infections: a risk business!", *Clin Infect Dis*, 2009 Sep 1;49(5):747-9.
- Cassidy CJ, Smith A, "Critical incident reports concerning anaesthetic equipment: analysis of the UK National Reporting and Learning System (NRLS) data from 2006-2008", *Anaesthesia*, 2011; 66(10):879-88.
- 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.
- Celaya-Barrera RD, Huerta-Hernández I, Magaña-Sánchez R, Sierra-Páramo JJ, Cazares-Cárdenas SN, Román-Rendón, Volantín RM, "Avances en la certificación y en la calidad de atención médica en el Hospital Central Militar", *Revista de Sanidad Militar*, 2003 May-Jun; 57(3):116-8.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), *Serie: Tecnologías en Salud, Vol. 2, Modelos y Guías de Equipamiento Médico*, México, CENETEC, 2007.
- Ceriani-Cernadas JM, "La OMS y su iniciativa 'Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente'", *Arch Argent Pediat*, 2009; 107(5):385-6. [Acceso: 20-08-2012.] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001.
- Champy, J., *Reengineering Management*, Nueva York, Harper Collins, 1995.
- Chang A, Schyve PM, Croteau RJ, O'Leary DS, Loeb JM, "The JCAHO patient safety event taxonomy: a standardized terminology and classification schema for near misses and adverse events", *Int J Qual Health Care*, 2005; 17(2):95-105.
- 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.
- Código de Hammurabi*, Madrid, Editora Nacional (edición preparada por Federico Lara Peinado) 1982.
- Cohen MR, "Why error reporting systems should be voluntary: they provide better information for reducing errors", *BMJ*, 2000; 320(7237). Disponible en: <http://www.bmj.com/content/320/7237/728>.
- COMACE, *Acreditación. Programas acreditados*. [Acceso: 11-09-2012.] Disponible en: <http://www.comace.com.mx/acreditacion.html>.

- Consejo de Salubridad General (CSG), *Manual del proceso para la certificación de hospitales*, México, SS, 2011.
- 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.
- Coriat, Benjamín, *El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*, México, Siglo XXI Editores, 1991.
- Cornacchiari M, Heidempergher M, Stasi A, Baroli A, Bertoncini L, Turri C, Bellotti N, Guastoni C, "Effectiveness of a protocol for the prevention of hemodialysis venous catheter-related infections", *J Vasc Access*, 2011; 12(4):313-7.
- Coronado-Alcántara MA, "ISES, Instituciones de Seguros Especializadas en Salud: Una opción de salud privada, asequible al bolsillo y de calidad", *Revista de Temas de Ciencias y Tecnologías*, 2007 Sep-Dic; 1(33):29-46.
- Cousins D, Gerrett D, Warner B, "A review of medication incidents reported to the National Reporting and Learning System in England and Wales over six years (2005-2010)", *Br J Clin Pharmacol*, 2011 Dic; 22.
- Crosby P, *Quality is free*, Nueva York, McGraw-Hill, 1979.
- Cullen DJ et al., "Preventable adverse drug events in hospitalized patients: A comparative study of intensive care units and general care units", *Crit Care Med*, 1997; 25:1289-97.
- 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.
- 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.
- 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.
- Departamento de Comercio de los Estados Unidos de América, *Integration Definition for Function Modelling*, Processing Standard Publication núm. 183, Washington, D. C., National Institute of Standards and Technology, 1993.
- Department of Health on behalf of the Controller of Her Majesty's Stationery Office. An organisation with a Memory Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS chaired by the Chief Medical Officer, Londres, Ministerio de Salud, 2000. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4065086.pdf.
- Díaz MR, Rascón ML, Valencia M, "El programa de rehabilitación integral del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría: seguimiento de 10 años", *Salud Mental*, 1999; núm. especial.
- DGCES/Dirección de Enfermería, *Catálogo de Escuelas de Enfermería*, SIARHE. [Acceso: 1-05-2012.] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/.
- Donabedian, Avedis, "Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad", *Salud Pública de México*, 1993; 35(3):238-47.
- _____, "Dimensión internacional de la evaluación y garantía de calidad", *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):113-7.
- _____, *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio*, México, INSP, 1990.
- _____, "Quality assurance in our health care system", *Quality Assurance Utilization*, 1988; 1:37-68.
- _____, *La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación*, México, La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- _____, *La calidad de la atención médica*, México, Edit. La Prensa Médica, 1984.

- _____. *The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor, Mich., Health Administration Press, 1980, vol. 1, pp. 38-40.
- _____. "Evaluating the quality of medical care", *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1966 Jul; 44(3):166-206. (Documentos avalados por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Conferencias impartidas el 15 y 16 de octubre de 1965 en la ciudad de Chicago, Illinois.)
- Dovey SM, Meyers DS, Phillips RL, Green LA, Fryer GE, Galliher JM, Kappus J, Grob P. "A preliminary taxonomy of medical errors in family practice", *Qual Saf Health Care*, 2002; 11:233-8.
- Dubón-Peniche MC, "La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico-paciente", *Rev Fac Med UNAM*, 2010; 53(1).
- Dutra, A. y L. Degrandpré, "De la arquitectura a la acción", *Gestión de Negocios*, 2002 Nov-Dic; 2(6).
- Edlavitch SA, "Adverse drug event reporting. Improving the low US reporting rates", *Arch Intern Med*, 1988; 148:1499-503.
- Egorova NN, Moskowitz A, Gelijns A, Weinberg A *et al.*, "Managing the prevention of retained surgical instruments: what is the value of counting?", *Annals of Surgery*, 2008; 247:13-8.
- 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. [Acceso: 12-06-2012.] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-011-0329-8>.
- 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.
- Feigenbaum AV, "Total Quality Control", Nueva York, McGraw-Hill, 4a. ed., 1990.
- Feld S, Rizzi CH, Goberna A, *El control de la atención médica*, Buenos Aires, López Libreros Editores, 1978.
- Fernández-González H *et al.*, "Cartas al Editor", *Gac Méd Mex*, 2001 Jul-Ago; 137(4):391-4.
- Fernández-Varela A, "Actualidad del Servicio Social", *Foro: El régimen jurídico del servicio social*, conferencia por la Conmemoración del 75 aniversario de la instauración del Servicio Social, Ciudad de México, UNAM, 25 de agosto de 2011.
- Flynn K, *Brief overview: Systematic reviews for patient-centered care*, Veterans Health Administration, Office of Patient Care Services/Technology Assessment Program, 2010.
- Frenk J, *Observatorio de la salud: Necesidades, Servicios, Políticas*, México, FUNSALUD, 1997.
- _____. 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.
- Friedman C, Hripcsak G, "Natural language processing and its future in medicine", *Acad Med*, 1999 Ago; 74(8):890-5.
- Fundación Mexicana para la Salud, A. C. (FUNSALUD), *Universalidad de los servicios de salud*, México, FUNSALUD, 2011. [Acceso: 29-abril-2012]. Disponible en: http://portal.funsalud.org.mx/?page_id=93.
- _____. *La salud en México 2006/2012. Visión de FUNSALUD*, México, FUNSALUD, 2006.
- Gaal S, Verstappen W, Wolters R, Lankveld H, van Weel C, Wensing M, "Prevalence and consequences of patient safety incidents in general practice in the Netherlands: a retrospective medical record review study", *Implement Sci*, 2011; 6:37.
- García-Ballester L, *Artifex factivus sanitatis. Saberes y ejercicio profesional de la medicina en la Europa pluricultural de la Baja Edad Media*, Granada, Esp., Universidad de Granada, 2004.
- Garduño-Espinosa J, "Funciones del expediente clínico", *Rev CONAMED*, 2006 Jul-Sep; 11(7):27-8.
- Garduño, M. "Relación médico-paciente en el IMSS", *Bol Méd IMSS*, 1976, 18:328.

- Gawande AA, Studdert DM, Orav JE, Brennan TA, Zinner MJ, "Risk factors for retained instruments and sponges after surgery", *N Engl J Med*, 2003; 348:229-35.
- Gobierno Federal, *Plan Nacional de Salud 2001-2006* (Estrategia 4: "Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud"), México, IMSS-SSA-ISSSTE, 2001.
- González-Barón M, *Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte al enfermo de cáncer*, Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2007, ISBN 978-84-9835-131-6.
- González MF, Pérez-Álvarez JJ, Lee-Ramos AF, "Evaluaciones específicas de la atención médica a partir de los hallazgos de autopsias", *Bol Méd IMSS*, 1975; 17:7.
- González-Formoso C, Martín-Miguel MV, Fernández-Domínguez MF, Rial A, Lago-Deibe FI *et al.*, "Adverse events analysis as an educational tool to improve patient safety culture in primary care: a randomized trial", *BMC Family Practice*, 2011. [Acceso: 10-07-2012.] Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-50.pdf>.
- 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.
- Greenfield D, Braithwaite J, "Health sector accreditation research: a systematic review", *Int J Qual Health Care*, 2008; 20(3):172-83.
- 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, 1987.
- Gutiérrez-Pulido H, *Calidad total y productividad*, México, McGraw-Hill, 2ª. ed., 2005, pp. 326-327.
- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R, "Continuity of care: a multidisciplinary review", *Br Med J*, 2003; 327(7425): 1219-21.
- Hauck K, Zhao X, "How dangerous is a day in hospital? A model of adverse events and length of stay for medical inpatients", *Med Care*, 2011 Dic; 49(12):1068-75.
- Heidemann E, "The ALPHA program", *Int J for Quality in Healthcare*, 1999; 2(4):275-7.
- Heinrich HW, *Industrial accident prevention: a scientific approach*, Nueva York y Londres, McGraw-Hill, 1931. [Acceso: 10-07-2012.] Disponible en: <http://www.library.wisc.edu/selectedtocs/ca4563.pdf>.
- Heinrich HW, *Industrial accident prevention: a scientific approach*, Nueva York y Londres, McGraw-Hill, 1941.
- 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.
- Hernández-Rodríguez F, Mogollan-Cuevas R, Elizalde-Galicia H, Pérez-Álvarez JJ, Lee-Ramos AF, González-Montesinos F, "Observaciones a través de la evaluación del expediente clínico en el IMSS. Tercera Parte", *Bol Médico IMSS*, México, 1976; 18:86.
- 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.
- Hogan MC, Foreman KJ, Mohsen N, Wang M *et al.*, "Maternal mortality for 181 countries, 1998-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5", *Lancet*, 2010; 375(9726):1609-23.
- 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.
- Hunt, D. V., *Process mapping. How to reengineer your business processes*, Nueva York, John Wiley and Sons, 1996.
- Institute of Medicine (IOM), *Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century*, Washington, D. C., National Academy Press, 2001.
- _____, *Medicare. Una estrategia para el aseguramiento de la calidad. Vol. I*, Washington, D. C., National Academy Press, 1990.

- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (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.
- 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.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), *Premio IMSS de Calidad*, México, IMSS, 1998.
- _____/Subdirección General Médica, *El expediente clínico en la atención médica. Instrucciones*, México, IMSS, 1973.
- _____/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.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Censo Nacional de Población y Vivienda 2010*, México, INEGI. [Acceso 4-07-2012.] Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), *Evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud* (documento oficial de la SS), México, INSP, diciembre de 2007.
- Instituto para el Fomento a la Calidad Total, Premio Nacional de Calidad 2011. [Acceso: 5-09-2012.] Disponible en: <http://competitividad.org.mx/>.
- Instituto Politécnico Nacional (IPN)/Secretaría Técnica, Dirección de Planeación y Organización, *Metodología para el análisis FODA*, México, IPN, 2002 (marzo).
- International Organization for Standardization (ISO), *Norma ISO 1013:1995. Lineamientos para el desarrollo de manuales de calidad*, Ginebra, Suiza, ISO, 1995.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), *Accreditation Standards. Standards Intentos*, Oakbrook Terrace, 2000.
- 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.
- Johnson M, George A, Tran DT, "Analysis of falls incidents: Nurse and patient preventive behaviours", *Int J Nurs Pract*, 2011; 17(1):60-6.
- Juran, J. M., *Manual de Control de la Calidad*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana de España, 4ª. ed., 1993.
- 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.
- Kerber KJ, De Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE, "Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery", *Lancet*, 2007; 370(9595):1358-69.
- 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.
- Kilbridge PM, Noirot LA, Reichley RM, Heard KM, Dunagan WC, Bailey TC, "Computerized surveillance for adverse drug events in a pediatric hospital", *AMIA Annu Symp Proc*, 2008 Nov; 6:1004.
- Kohl KS, Magnus M, Ball R, Halsey N, Shadomy S, Farley TA, "Applicability, reliability, sensitivity, and specificity of six Brighton Collaboration standardized case definitions for adverse events following immunization", *Vaccine*, 2008 Nov 25; 26(50):6349-60.
- Kohn L, Corrigan J, Donaldson M (eds.), *To err is human: Building a safer health system*, Washington, D. C., Committee on Quality of Health Care in America-Institute of Medicine/National Academy Press, 2000.
- Koppel R, Metlay JP, Cohen A *et al.*, "Role of computerized physician order entry systems in facilitating medication errors", *JAMA*, 2005, 293:197-203.
- Kunac DL, Kennedy J, Austin N, Reith D "Incidence, preventability, and impact of Adverse Drug Events (ADEs) and potential ADEs in hospitalized children in New Zealand: a prospective observational cohort study", *Paediatr Drugs*, 2009; 11(2):153-60.
- Láin Entralgo, P., *Historia de la Medicina*, Barcelona, Salvat Editores, 1977.

- Längle G *et al.*, "Indicators of Quality of in-patients psychiatric treatment: the patients' view", *Int J for Quality in Health Care*, 2003; 15(3):213-21.
- Lara-Di Lauro E, "Las ISES a dos años de su creación", *Boletín de la Asociación Mexicana de Actuarios*, A. C., 2002 Oct-Dic; 16.
- Lara-Muñoz MC, Ortega-Soto H, "¿La clinimetría o la psicometría?", *Salud Mental*, 1995; 18(4):33-40.
- Leape LL, Brennan TA, Laird N, Lawthers AG, Localio AR, Barnes BA, Hebert L, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt H, "The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II", *N Engl J Med*, 1991; 324(6):377-84. [Acceso: 29-04-2012.] Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199102073240605>.
- Lee RI, Jones LW, "The Fundamentals of good medical care. The University of Chicago Press", 1933, fragmento publicado en *Revista Salud Pública de México*, 1990; 32(2):245-7.
- Lee R, Remolina BJ, González MF, Pérez AJ, "Evaluación del envío de pacientes entre las unidades de la Región Sur del Valle de México", *Bol Méd IMSS*, 1975; 17:187.
- 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.
- Levinson, D. R., *Adverse events in hospitals: state reporting systems. Department of Health and Human Services*, 2008 Dic. OEI-06-07-00471.
- 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.
- López Muñoz, Francisco y Cecilio Álamo González, *Historia de la Psicofarmacología*, Buenos Aires, Edit. Médica Panamericana, 2006.
- Loría-Castellanos J, De León EM, Guadalupe-Márquez A, "Apego a la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel de la ciudad de México", *Rev Cub Med Int Emerg*, 2008; 7(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_4_08/mie02408.pdf.
- Lucas FJ, Aranaz JM, Gea MT, Gallardo D, Limón R, García C, "Clinical safety plan in a university hospital complex. Initial diagnosis: Study of adverse events", *Rev Calid Asist*, 2012 Ene 7.
- Machado P, "Retos actuales de la Investigación en Psicoterapia", *Psicología Conductual*, 1994; 2(1):113-20.
- Mahajan RP, "Critical incident reporting and learning", *British Journal of Anaesthesia*, 2010; 105(1):69-75. [Acceso: 10-08-2012.] Disponible en: <http://bj.a.oxfordjournals.org/content/105/1/69.full.pdf+html>.
- Maimonides, *Obras médicas I. El régimen de salud*, Córdoba, Esp., Ediciones El Almendro, 1991.
- _____, *Obras médicas II. El libro del asma*, Córdoba, Esp., Ediciones El Almendro, 1991.
- Makeham M, MAB, Dovey SM, County M, Kidd MR, "An international taxonomy for errors in general practice: a pilot study", *MJA*, 2002; 177(2):68-72.
- 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.
- Marión-Buen J, Peiró S, Márquez-Calderón S, Meneu de Guillerna R, "Variaciones en la práctica médica; importancia, causas e implicaciones", *Med Clin*, 1998; 110:382-90.
- Martínez Villegas, Fabián, *Planeación estratégica creativa*, México, Edit. PAC, 2001.
- Matus, C., *Estrategia y plan*, México, Siglo XXI Editores, 1969.
- _____, *Planificación de situaciones*, México, FCE, 1980.
- Mc Kibben L, Horan MT, Tokars JI, Fowler J, Cardo DM, Pearson ML, Brennan PJ, The Healthcare 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.

- Millán, J. A. y A. Concheiro, *México 2030: Nuevo siglo, nuevo país*, México, FCE, 2000.
- 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.
- Ministerio de Fomento de España, *Sistema de Gestión de Calidad según ISO 9001:2000*, Madrid, 2005 Mayo.
- Ministerio de Salud de Chile, *Norma general técnica sobre calidad de la atención: reporte de eventos adversos y eventos centinela*, Santiago, 2011. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6921_Norma.pdf.
- _____, *Pauta para la Elaboración, Aplicación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud/Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud, 2002.
- Ministerio de Sanidad y Política Social/OMS, *Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. España; Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*, Ginebra, Suiza, OMS, 2009. [Acceso: 19-07-2012.] Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/INFORME%20GLOBAL%20IBEAS.pdf>.
- Mintzberg, Henry, *El proceso estratégico. Concepto, contextos y caos*, México, Prentice Hall Hispanoamericana, 2ª. ed., 1993.
- 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.
- Miranda González, Francisco, *Introducción a la Gestión de la Calidad*, México, Ed. Delta Publicaciones.
- Mirlos, T., *Criterios básicos de planeación. Las decisiones políticas. De la planeación a la acción*, México, Instituto Federal Electoral (IFE)-Siglo XXI Editores, 2001.
- Moliner, María, *Diccionario de uso del español*, Madrid, Gredos, 3ª. ed., 2009.
- Montesano Delfin, J. R., *Manual de Planeación Estratégica en un sistema de salud*, México, Edit. Auroch, 2001.
- Moutel G, Herve C, "The risks of unrestricted application of the principle of precaution in Medicine. The need to keep in mind the findings of Medical Ethics in the development of health care rights", *Presse Med*, 2001; 30(3):125-8.
- 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.
- Muñoz Machado, Andrés, *La Gestión de Calidad Total en la Administración Pública*, Madrid, Ed. Díaz de Santos, 2007.
- Musgrove P, "Health insurance: the influence of the Beveridge report", *Bull World Health Organ*, 2000; 78(6):845-6.
- Nabhan M, Elraiyah T, Brown DR, Dilling J, Leblanc A, Montori VM, Morgenthaler T, Naessens J, Prokop L, Roger V, Swensen S, Thompson RL, Murad MH, "What is preventable harm in healthcare? A systematic review of definitions", *BMC Health Serv Res*, 2012 Mayo; 12(1):128.
- Narro RJ, Moctezuma ND, Orozco HL, "Hacia un nuevo modelo de seguridad social", *Economía UNAM*, 2010; 7(20):7-33.
- Navarrete-Navarro S, López-García AG, Hernández-Sierra JF, Mejía-Aranguere JM, Rubio-Rodríguez S, "Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico", *Gac Méd Méx*, 2000; 136(3):207-12.
- Neri-Vela R, "La oftalmología y el Código de Hammurabi", *Rev Mex Oftalmol*, 1991; 65:8-18.
- 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.
- OECD, *Health Data 2012*. [Acceso 04-07-2012.] Disponible en: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_33929_2085200_1_1_1_1,00.html.

- 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.
- Ontario Medical Association (OMA), *Patient-centered care*, OMA Policy Paper, 2010.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), *Principios para la Protección de las Personas que padecen enfermedades mentales y para el mejoramiento de la atención a la Salud Mental*, Nueva York, Consejo Económico y Social de Naciones Unidas, 1991.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Proyectos y programas. Una atención limpia es una atención más segura*, Ginebra, OMS, 2009.
- _____, *The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.0 for use in Field Testing 2007-2008*, Ginebra, OMS, 2009. [Acceso: 18-01-2011.] Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_form/en/index.html.
- _____, *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.
- _____, "Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias", Ginebra, Suiza, OMS, 2008.
- _____, *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía. Manual de aplicación*, París, OMS, 2008.
- _____, *59ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 11.16 del orden del día provisional*, Ginebra, OMS, 2006 (Serie A59/22). Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf.
- _____, *Informe de la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!*, Ginebra, OMS, 2005, cap. 6, pp. 103-21.
- _____, *55ª Asamblea Mundial de la Salud. Tercer informe de la Comisión A (Serie A55/52)*, Ginebra, OMS, 2002. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB110/seb1102.pdf.
- _____, *Atlas. Recursos de salud mental en el mundo*, Ginebra, Suiza, OMS, 2001. [Acceso: 28-05-2012.] Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/255.pdf.
- _____, *JCAHO, Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*, Ginebra, OMS, 2007 Mayo.
- _____, *OPS, Funciones esenciales de salud pública*, Ginebra, OMS, 2011. [Acceso: 10-julio-2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/FESP_09.htm.
- _____, *Noticia de Información Pública*, boletín electrónico; Ginebra, OMS, 10 de nov. 2011. [Acceso: 10-07-2012]. Disponible en: www.who.int; www.paho.org.
- _____, *The Joint Commission, Joint Commission International. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente*, Ginebra, OMS, 2007 Mayo. OMS, *59ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 11.16 del orden del día provisional (Serie A59/22)*, Ginebra, OMS, 2002. [Acceso: 10-09-2012.] Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Política, Planes y Programas de Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*, México, EDIMSA, 2006.
- _____, *Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action*, Washington, D. C., OPS, 2002, Publicación científica núm. 589.
- _____, *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.
- Pace WD, Fernald DH, Harris DM, Dickinson LM, Araya-Guerra R, Staton EW, VanVorst R, Parnes BL, Main DS, "Developing a Taxonomy for coding ambulatory medical errors: A report from the ASIPS Collaborative. Advances in Patient Safety: From Research to

- Implementation", *Concepts and Methodology*, 2005; 2. NLM On-line Bookshelf. [Acceso: 23-08-2012.] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20493/>.
- Pavón-León P, Ramírez-Muro M, Landa-Órtiz V, "Evaluación del expediente clínico en la atención obstétrica", *Rev Univ Ver*, 2002; 2(1). Disponible en: http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol2_num1/articulos/eval_expediente_clinico.html.
- Peiró S, Meneu R, "Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria", *Gaceta Sanitaria*, 1988; 12(2):55-8.
- Pens JF, Wilcox AB, Hurdle JF, "Automated identification of adverse events related to central venous catheters", *J Biomed Inform*, 2007 Abr; 40(2):174-82.
- Peña-Gascóns M, "El modelo europeo", *Nursing*, 2004; 22(10):62-5.
- Pérez-Álvarez JJ, "Evaluación Médica", *Bol Médico IMSS*, 1974; 16:281.
- 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.
- Phansalkar S, Patel VL, Hoffman JM, Hurdle JF, "Use of verbal protocol analysis for identification of ADE signals", *AMIA Annu Symp Proc*, 2006; 1063.
- Pineda Olvera, Juan, *El Servicio Social en el área de la Salud: Balance y transición en el siglo XXI*. [Acceso: 16-07-2012.] Disponible en: <http://www.docstoc.com/docs/108456817/DR-JUAN-PINEDA-OLVERA>.
- Poder Legislativo, "Ley de planeación", *DOF*, México, 5 de enero de 1983. Reformada al 20/junio/2011.
- Porras-Hernández JD, Sánchez-Mendiola M, Pierdant-Pérez M, Cashat-Cruz M, Ávila-Figueroa C, "Medicina pediátrica basada en evidencias", *Bol Méd Hosp Inf Méx*, 2003; 60(2):211-24.
- Porter, M. E., *Estrategia competitiva*, México, CECSA, 1998.
- Postel, J. y C. Quétel, *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*, Tolosa, Francia, Edit. Privat, 1983.
- Presidencia de la República, "Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico", *DOF*, 3 de junio de 1993.
- _____, *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*, México, SS, 2007.
- Pucheu, R. C., "Factores que intervienen en el desarrollo de la relación médico-paciente durante los estudios de pregrado", *Bol Méd IMSS*, 1979; 18:291.
- Reason, J. (ed.), *Human Error*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.
- 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.
- Rey-Moreno C, *Systematic review of telemedicine projects in Colombia*, tesis de maestría, Dinamarca, Universidad de Aalborg, 2008.
- _____, Simó-Reigadas J, Everss-Villalba E, Vinagre JJ, Martínez-Fernández A, "A systematic review of telemedicine projects in Colombia", *J Telemed Telecare*, 2010, 16(3):114-9.
- Richesson RL, Malloy JF, Paulus K, Cuthbertson D, Krischer JP, "An automated standardized system for managing adverse events in clinical research networks", *Drug Saf*, 2008; 31(10).
- 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.
- Rivera Dorado, Miguel, *El pensamiento religioso de los antiguos mayas*, Madrid, Editorial Trotta, 2006, Col. Paradigmas.
- Rivero-Serrano O, "La intervención de la autoridad sanitaria en la operación de las ISES", *Revista CONAMED*, 2000 Oct-Dic; 4, 6(17).
- Robles EC, Belfort EG, "The reality of the Management of Mental Health Services in Latin American. Reflexions from the perspective of strategic planning", *Int New Psychiatric*, 2012; 22(4):401-7.
- Roine R, Ohinmaa A, Hailey D, "Assessing telemedicine: a systematic review of the literature", *CMAJ*, 2001; 165(6):765-71.

- Ronsmans C, Campbell OM, McDermott J, Koblinsky M, "Questioning the indicators of need for obstetric care", *Bulletin WHO*, 2002; 80(4):317-24.
- Ruelas-Barajas E, "Una nueva era de la certificación de hospitales en México", *Revista Cirujía y Cirujanos*, 2010 May-Jun; 78(3):201-2.
- _____, "El camino hacia la certificación internacional de hospitales en México", *Revista CONAMED*, 2009 Jul-Sept; 14(3):5-7.
- _____, "Calidad, productividad y costos", *Salud Pública de México*, 1993; 35(3):298-304.
- _____, "Hacia una estrategia de garantía de calidad. de los conceptos a las acciones", *Salud Pública de México*, 1992; 34:29-45.
- _____, "Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía", *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):108-9.
- _____, *et al.*, "Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología", *Salud Pública de México*, 1990 Mar-Abr; 32(2):207-20.
- Ruelas-Barajas E, Poblano O, "Impacto de la certificación y acreditación en la mejora de la calidad de la atención y la formación en salud en México". En: *Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica*, Cuernavaca, Méx., INSP, 2ª. ed., 2007, pp. 209-18.
- Ruelas-Barajas E, Reyes-Zapata H, Zurita-Garza B, Vidal-Pineda LM, Karchmer-K S, "Círculos de Calidad como estrategia de un Programa de Garantía de Calidad en el atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología", *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):207-20.
- Ruelas-Barajas E, Vidal-Pineda LM, "Unidad de Garantía de Calidad. Estrategia para asegurar niveles óptimos en la calidad de la atención médica", *Salud Pública de México*, 1990; 32(2):225-31.
- Ruelas-Barajas E, Zurita GB, "Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud", *Salud Pública de México*, 1993; 35:235-7.
- Ruiz-de Chávez M *et al.*, "Bases para la evaluación de la calidad de atención en las unidades médicas del Sector Salud", *Salud Pública de México*, 1990 Mar-Abr; 32(2):156-69.
- Ruiz-de Chávez M, Martínez-Narváez G, Calvo-Rios JM, Aguirre-Gas H *et al.*, "Bases para la evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud", *Salud Pública de México*, 1990; 32:156-69.
- Ruiz Olalla, C., "Gestión de la calidad del servicio". 5campus.com, Control de Gestión, 2001. [Acceso: 8-10-2012.] Disponible en: <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>.
- Runciamani W, Hibbert P, Thomson R, Van Der Schaaf T, Sherman H, Lewalle P, "Towards an International Classification for Patient Safety: key concepts and terms", *Intqhc*, 1993 Oct. [Acceso: 30-07-2012.] Disponible en: <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/21/1/18.short>.
- s/a, "Las Instituciones de seguros especializadas en salud en México" (Editorial), *Gac Méd Méx*, 2000 Jul-Ago; 136(4):309-10.
- Sallenave, J. P., *Administración de empresas. Teoría y práctica*, México, Edit. Limusa, 1996.
- Sámamo-Guerra A, Fernández-González H, Pérez-Padilla R, Páramo-Díaz M, Iñárritu A, Flores-Hidalgo H, "Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México", *An Méd Asoc Med Hosp ABC*, 2003; 48(1):68-75.
- Sánchez-González JM, Tena Tamayo C, Campos-Castolo EM, Hernández-Gamboa LE, Rivera-Cisneros AE, "Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización", *Cirugía y Cirujanos*, 2005; 73(3):199-206.
- Santacruz J, Rodríguez J, Fajardo G, Hernández F, "Historia de los sistemas de notificación y registro de incidentes", *Revista CONAMED*, 2012 Abr-Jun; 17(2):77-80.
- Sartorius N, Sanz J, Pérez R, "Cuestionarios de satisfacción en psiquiatría. Ventajas y controversias", *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2006; 26(2).
- 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.
- _____, "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.
- _____, *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, Esp., Universidad de Murcia, 2001; ISBN: 84-930932-6-2.
- Saturno PJ et al., *Construcción y validación de indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
- Saturno PJ, Parra P, Gomis R et al., *Rediseño global de los cuidados de salud en enfermedades crónicas: Diabetes Tipo 2*, Murcia, Esp., Consejería de Sanidad, 2007. [Acceso: 6-8-2012.] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7532.pdf>.
- Saturno PJ, Parra P, Gomis R et al., *Rediseño global de los cuidados de salud en enfermedades crónicas: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*, Murcia, Esp., Consejería de Sanidad, 2007.
- 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.
- 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 Database Syst Rev*, 2011; 9.
- Secretaría de Economía (SE), "Programa Nacional de Normalización 2011", México, DOF, 8 de abril de 2011.
- _____, "Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización", DOF, México, 14 de enero de 1999.
- _____, "Ley Federal sobre Metrología y Normalización", México, DOF, 1 de julio de 1992.
- Secretaría de Educación Pública (SEP)/Dirección General de Profesiones, "Registro quinquenal de títulos de las carreras de enfermería", documento elaborado por la SEP a solicitud de la Dirección de Enfermería/DGCES, México, SS, 2012.
- _____/Dirección General de Profesiones, "Registro quinquenal de títulos de las carreras de enfermería", documento elaborado por la SEP a solicitud de la Dirección de Enfermería/DGCES, México, SS, 2012.
- Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas, Conferencia "Medicina Basada en Evidencias", presentación para el Diplomado de SICALIDAD, Tamaulipas, Secretaría de Salud del Estado de Tamaulipas, 2012.
- Secretaría de Salud federal (SS), "Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica", México, DOF, 8 de junio del 2011.
- _____, *México: Hacia la Integración del Sistema Nacional de Salud*, México, SS, 2010.
- _____, *Situación de Salud en México. Indicadores Básicos 2008*. [Acceso 17-06-2012.] Disponible en: http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2008.pdf.
- _____, *Programa de acción en materia de evaluación del desempeño 2006-2012*, México, SS, 2007 Ago.
- _____, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica*, México, SS, 2007.
- _____, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD*, México, SS, 2007.
- _____, *Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, México, SS, 2007.
- _____, *Innovaciones en Gestión Hospitalaria, el caso de los Hospitales Regionales de Alta Especialidad*, Secretaría de Salud, México 2006, pág. 106-109.

- _____, "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 1-05-2012.] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/reg121206.pdf>.
- _____, *Programa de Acción Específico: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001-2006*, México, SS, mayo de 2002. [Acceso: 16-07-2012.] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>.
- _____, "Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación para la Salud. Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud", México, SS, 1987 (documento interno).
- _____, "Reglamento Interior de la Secretaría de Salud", México, *DOF*, 15 de septiembre de 2000.
- _____, "Ley General de Salud", México, *DOF*, 7 de mayo de 1997.
- _____, "Informe de Avance de Actividades", México, Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, septiembre de 2012.
- SS/DGCES, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud*, México, SS, 2008.
- Serrano Moya, Adolfo T., "La normalización orientada a la calidad en la prestación de los servicios de atención médica", Reunión directiva de la DGCES, México, 11 de abril de 2012.
- Shojania, K. G., K. M. McDonald, R. M. Wachter y O. K. Owens, *Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies. Vol. 1*, AHRQ, 2004.
- Simón R, Guix J, Nualart J, 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.
- Sistema de Administración del Servicio Social para la Salud (SIASS), México, SS, 2010. [Acceso 13-05-2012.] Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/.
- Smits M, Janssen J, De Vet R, Zwaan L, Timmermans D, Groenewegen P, Wagner C, "Analysis of unintended events in hospitals: interrater reliability of constructing causal trees and classifying root causes", *Int J Qual Health Care*, 2009 Ago; 21(4):292-300.
- SS/DGCES/Dirección de Enfermería, *Criterios esenciales para evaluar planes y programas de estudio de las carreras de enfermería*.
- SS/Subsecretaría de Innovación y Calidad, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD*, México, SS, 2008.
- Stacey RD, *Strategic management and organizational dynamics: the challenge of complexity*, Harlow, Prentice Hall, 3a. ed., 2002.
- Stausberg J, Hasford J, "Identification of adverse drug events: the use of ICD-10 coded diagnoses in routine hospital data", *Dtsch Arztebl Int*, 2010 Ene; 107(3):23-9.
- Steiner, G. A., *Planeación estratégica*, México, CECSA, 1998.
- Suñol R, Bañeres J, "Conceptos básicos sobre seguridad clínica", *Mapfre Medicina*, 2003 Sept; 14(4):265-9. [Acceso: 17-07-2012.] Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART8681/concepto.pdf>.
- Taft LM, Evans RS, Shyu CR, Egger MJ, Chawla N, Mitchell JA, Thornton SN, Bray B, Varner M, "Countering imbalanced datasets to improve adverse drug event predictive models in labor and delivery", *J Biomed Inform*, 2009 Abr; 42(2):356-64.
- U. S. Department of Health and Human Services/ U. S. Government, *Hospital Incident Reporting do not capture most patient harm*, Reporte OEI-06-09-0009; Oficina del Inspector General, Washington, D. C., 2012.
- U. S. Department of Health and Human Services/ U. S. Government, *Pay for performance: A decision guide for purchasers*, AHRQ Pub. 06-0047; 2006.
- U. S. Food and Drug Administration, *Electronic Submissions Gateway 2009*. [Acceso: 03-09-2012.] Disponible en: <http://www.fda.gov/ForIndustry/ElectronicSubmissionsGateway/UCM2005551.htm>.

- Unidad Académica en Estudios del Desarrollo/Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), Planeación estratégica, México, Alternativas Sociales en Planeación y Evaluación, S. C., 2006 (marzo).
- 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.
- Varela-Mejía HF, "Una necesidad inaplazable. La conveniencia de la norma en la calidad del expediente clínico", *Rev CONAMED*, 1997; 2(5):9-14.
- Veterans Health Administration, *Bibliography: Home telehealth*, Office of Patient Care Services/Technology Assessment Program, 2010. [Acceso 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.va.gov/VATAP/docs/Hometelehealth2010.pdf>.
- Wagner, Carlos G., *Historia del mundo Antiguo. Oriente: Los fenicios*, Madrid, Akal, 1989; ISBN 84-7600-332-3.
- 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.
- 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.
- WHO/WPRO- People at the Center of Care Initiative. [Acceso: 6-08-2012.] Disponible en: <http://www.wpro.who.int/sites/pci/>.
- Winner, D. B., *Comprendre et Soigner. Philippe Pinel (1745-1826), La médecine de l'esprit*, Paris, Edit. Fayard, 1999.
- 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.
- Woloshynowych M, Rogers S, Taylor-Adams S, Vincent C, "The investigation and analysis of critical incidents and adverse events in healthcare", *Health Technol Assess*, 2005 May; 9(19):1-143.
- World Alliance for Safer Health Care, *WHO Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives*, Ginebra, Suiza, OMS, 2008.
- Zander, K., "Critical pathways". En: Melum MM, Sinioris MK, *Total Quality Management. The health Care Pioneers*, Chicago, AHA, 1992, cap. 9.
- Zhang J, Patel VL, Johnson TR, Shortliffe EH, "A cognitive taxonomy of medical errors", *J Biomed Inform*, 2004 Jun; 37(3):193-204.

REGLAMENTOS

- Programa de Estímulos al Desempeño, la Productividad y la Superación del personal de Enfermería 1997-1998
- Programa de Estímulos a la Productividad y Calidad en favor del Personal de Enfermería 1998-1999
- Programa de Estímulos a la Productividad y Calidad en favor del Personal de Medicina 1998-1999
- Programa de Estímulos a la Productividad y Calidad en favor del Personal de Odontología 1998-1999
- Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del Personal Médico 1999-2000
- Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del Personal de Odontología 1999-2000
- Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del Personal de Enfermería 2000
- Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del Personal Médico 2000
- Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del Personal de Odontología 2000
- Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del Personal de Enfermería 2001

- Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del Personal de Enfermería 2001
- Programa de Estímulos a la Eficiencia y Calidad a favor del Personal de Enfermería 2001
- Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño de Personal Médico, de Enfermería y Odontología 2002-2003
- Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño de Personal Médico, de Enfermería y Odontología 2003-2004
- Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal Médico, de Enfermería y Odontología 2006
- Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal Médico, de Enfermería y Odontología 2007
- Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal Médico, de Enfermería y Odontología 2008
- Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud 2009
- Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud 2010
- Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud 2011

ACUERDOS

- Diario Oficial de la Federación (DOF)*, “Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros”, *DOF*, México, 30 de abril de 2008.
- DOF*, “Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud”, *DOF*, México, 22 de octubre de 2003.
- “Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica”, *DOF*, México, 20 de septiembre de 2002.
- DOF*, “Criterios para la certificación de hospitales, del 25 de junio de 1999, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000”, *DOF*, México, 25 de junio de 1999. Modificación: 13/junio/2000.
- DOF*, “Convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación de Hospitales”, *DOF*, México, 21 de julio de 1999. Modificación: agosto/2000.
- DOF*, “Ley Federal sobre Metrología y Normalización”, *DOF*, México, 1 de julio de 1992.
- DOF*, “Reglas de Operación del Ramo de Salud 2010”, *DOF*, México, 24 de mayo de 2000.
- DOF*, “Reglas de Operación para el Desarrollo del Ramo de Salud 2010”, *DOF*, México, 24 de mayo de 2000.
- “Acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales”, *DOF*, México, 1 de abril de 1999.
- “Acuerdo Secretarial por el que se constituye el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica”, *DOF*, México, 16 de junio de 2008.

NORMAS

- Norma para la aplicación de Estímulos a la Productividad y Calidad en favor del Personal Médico y de Enfermería. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Unidad de Servicio Civil. Mayo 9, 1997.
- Norma para la aplicación de Estímulos a la Eficiencia y Calidad del Personal Médico y de Enfermería. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Unidad de Servicio Civil. Mayo 1, 1998.
- Norma para la aplicación de Estímulos a la Eficiencia y Calidad del Personal Médico y de Enfermería. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Unidad de Servicio Civil. Noviembre 21, 2000.
- Norma para la aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal Médico, de Enfermería y Odontología. Unidad de Política y Control Presupuestario. Octubre 18, 2007.

Norma para la aplicación del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud. Unidad de Política y Control Presupuestario.

Dirección General Adjunta de Técnica de Presupuesto. Diciembre 22, 2008.

Dirección General de Evaluación y Desempeño/SS, Documentos e informes internos, México, SS.

Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000. Publicada en el *DOF* el 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.

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1- Del expediente clínico. México, SS.

Norma Oficial Mexicana NOM-170-SSA1- Para la práctica de anestesiología. México, SS, 1998.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

<http://www.dequate.com/infocentros/gerencia/rrhh/evaluacion360.htm>

<http://wlb.monster.com/articles/360evaluation/>

http://www.uscg.mil/hq/cgpc/opm/360_Eval.htm

http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/EVALUACION_360.pdf

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>

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html> [Acceso: 6-08-2012].

<http://guidance.nice.org.uk/CG/Published> [Acceso: 6-08-2012].

<http://guideline.gov/> [Acceso: 6-08-2012].

<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home> [Acceso: 6-08-2012].

<http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/>

<http://www.historiacultural.com/2010/07/las-revoluciones-industriales.html>

<http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=001054>.

<http://www.gestiopolis.com/administracion-estrategia/calidad-definicion-evolucion-historica.htm>

<http://medicinavsderecho.blogspot.mx/2011/01/lex-artis.html>.

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

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

http://es.wikipedia.org/wiki/Normas_ISO_9000.

<http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/avalciudadano.html> [Acceso: 6-08-2012].

http://enarm.salud.gob.mx/documentacion/criterios_escenciales/120228_criterios_esenciales_enfermeria_v1.pdf

<http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-07-00471.pdf>.

http://projekter.aau.dk/projekter/files/14952659/Systematic_Review_of_Telemedicine_Projects_in_Colombia.pdf.

http://qualityindicators.ahrq.gov/Modules/psi_overview.aspx.

<http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/qualgap1/qualgap1.pdf>.

<http://www.cdc.gov/vaccinesafety/Activities/vaers.html>.

<http://www.itl.nist.gov/fipspubs/idef02.doc>.

http://www.programaemca.org/docus/libro_DIAB.pdf.

http://www.programaemca.org/docus/libro_EPOC.pdf.

<http://www.va.gov/VATAP/docs/Patientcenteredcare2010.pdf>.

<https://www.oma.org/Resources/Documents/Patient-CentredCare,2010.pdf>.

<https://www.cenetec.salud.gob.mx/.../TecnologiasSaludV2.pdf>.

http://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/5917/1/hdl_5917.pdf.

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-12-50.pdf>.

<http://www.library.wisc.edu/selectedtocs/ca4563.pdf>

<http://www.nrls.npsa.nhs.uk/report-a-patient-safety-incident/>.

Se terminó de imprimir en Diciembre de 2012 en los talleres
de Impresora y Encuadernadora Progreso, S. A. de C. V. (IEPSA),
Calz. San Lorenzo 244, Col. Paraje San Juan
09830, México, D. F.

Se tiraron 500 ejemplares

