



# El Sistema Integral de Calidad en Salud

## Una mirada crítica

**Coordinadores**

Sergio López, Jesús Vértiz, Edgar Jarillo,  
Francisco Garrido, Blanca Villa



Instituto Nacional  
de Salud Pública



El Sistema Integral de Calidad en Salud  
Una mirada crítica

# Universidad Autónoma Metropolitana

Dr. Salvador Vega y León  
**Rector General**

Mtro. Norberto Manjarrez Álvarez  
**Secretario General**

## **UNIDAD XOCHIMILCO**

Dra. Patricia E. Alfaro Moctezuma  
**Rectora**

Lic. Guillermo Joaquín Jiménez Mercado  
**Secretario**

## **División de Ciencias Biológicas y de la Salud**

Mtro. Rafael Díaz García  
**Director**

Dra. Teresa Leonor Sánchez Pérez  
**Secretaria Académica**

M. en E. M. Rosalinda Flores Echavarría  
**Departamento de Atención de la Salud**

# Instituto Nacional de Salud Pública

Dr. Mauricio Hernández Ávila  
**Director general**

Dr. Eduardo Lazcano Ponce  
**Director del Centro de Investigación  
en Salud Poblacional**

Dr. Rafael Lozano Ascencio  
**Director del Centro de Investigación  
en Sistemas de Salud**

Dra. Celia Mercedes Alpuche Aranda  
**Directora del Centro de Investigación  
sobre Enfermedades Infecciosas**

Dr. Juan Pablo Gutiérrez  
**Director del Centro de Investigación  
en Evaluación y Encuestas**

Dr. Juan Rivera Dommarco  
**Director del Centro de Investigación  
en Nutrición y Salud**

Dra. Laura Magaña Valladares  
**Secretaria Académica**

Lic. Carlos Oropeza Abúndez  
**Subdirector de Comunicación Científica y Publicaciones**



# El Sistema Integral de Calidad en Salud

## Una mirada crítica

### Coordinadores

Sergio López Moreno, Jesús Vértiz Ramírez, Edgar Jarillo Soto,  
Francisco Garrido Latorre, Blanca Villa Contreras



**El Sistema Integral de Calidad en Salud.  
Una mirada crítica**

Primera edición, 2014

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública  
Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán  
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN: 978-607-511-139-1

Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

Dirección editorial: Carlos Oropeza Abúndez. Diseño de portada y cuidado editorial: Aura Beatriz González Morgado. Formación: Liliana Rojas Trejo, Rubén Arturo Cortés González.

**El Sistema Integral de Calidad en Salud. Una mirada crítica** es un texto basado en la Evaluación del Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) 2012, realizada por la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud a través de su Dirección General de Evaluación del Desempeño. La coordinación general de la evaluación estuvo a cargo de Francisco Garrido Latorre, Blanca M. Villa Contreras, Maricruz Muradás Troitiño y Mónica Correa Mendoza. El diseño y ejecución de la evaluación fueron realizados por Sergio López Moreno y Edgar Carlos Jarillo Soto de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X; José de Jesús Vértiz Ramírez, del INSP; Alejandra Moreno Altamirano, de la Facultad de Medicina de la UNAM, y Ricardo Ortega Soriano, de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

# Índice

|  |            |
|--|------------|
| <b>Abreviaturas y acrónimos</b>  | <b>8</b>   |
| <b>Presentación</b>  | <b>11</b>  |
| Dr. Enrique Ruelas Barajas   |            |
| <b>La evaluación de un programa público en un sistema mundial<br/>poswestfaliano</b>                                   | <b>13</b>  |
| Sergio López Moreno, Francisco Garrido Latorre y Aura González Morgado   |            |
| <b>Calidad de la atención en salud: el modelo de Avedis Donabedian</b>   | <b>23</b>  |
| Martín Silberman, José Arturo Granados Cosme, Ixshel Delgado Campos<br>y Victoria López Ortega                         |            |
| <b>Historia de la institucionalización de la calidad de la atención en México</b>                                      | <b>35</b>  |
| Mónica Correa Mendoza, Blanca Villa Contreras<br>Maricruz Muradás Troitiño y Francisco Garrido Latorre                 |            |
| <b>La gestión estratégica de SICALIDAD: evaluación integral</b>  | <b>55</b>  |
| Jesús Vértiz Ramírez, Edgar Jarillo Soto, Victoria Castro Borbonio,<br>Ángel Fernando Galván García y Martín Silberman |            |
| <b>Análisis de la gestión operativa de SICALIDAD</b>   | <b>97</b>  |
| Alejandra Moreno Altamirano, Verónica Cruz Licea,<br>Martín Silberman, Oswaldo Medina Gómez y Edgar Jarillo Soto       |            |
| <b>El Sistema Integral de Calidad y el derecho a la salud en México</b>  | <b>113</b> |
| Ricardo Ortega Soriano, Sergio López Moreno,<br>Jorge Alberto Álvarez Díaz y Mayra Montealegre Serrano                 |            |
| <b>Análisis global del Sistema Integral de Calidad en México</b>   | <b>133</b> |
| Edgar Jarillo Soto, Sergio López Moreno, Jesús Vértiz Ramírez,<br>Alejandra Moreno Altamirano y Blanca Villa Contreras |            |
| <b>Sobre los autores</b>   | <b>143</b> |

## Abreviaturas y acrónimos

|          |   |
|----------|---|
| CSG      | Consejo de Salubridad General                                 |
| AG       | Acuerdos de Gestión   |
| CNPSS    | Comisión Nacional de Protección Social en Salud               |
| COFEPRIS | Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios |
| COCASEP  | Comités de Calidad y Seguridad del Paciente                   |
| CECAS    | Comités Estales de Calidad en Salud                           |
| CDESC    | Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU     |
| CDHDF    | Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal             |
| CNDH     | Comisión Nacional de Derechos Humanos                         |
| CONAPO   | Consejo Nacional de Población                                 |
| CPEUM    | Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos         |
| CNCSS    | Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud     |
| DESC     | Derechos Económicos, Sociales y Culturales                    |
| DOF      | Diario Oficial de la Federación                               |
| DPS      | Derecho a la Protección de la Salud                           |
| DGACS    | Dirección General Adjunta de Calidad en Salud                 |
| DGCES    | Dirección General de Calidad y Educación en Salud             |
| DUDH     | Declaración Universal de los Derechos Humanos                 |
| EIC      | Enlaces institucionales de calidad                            |
| GC       | Gestor de Calidad   |
| GCH      | Gestores de calidad en hospitales                             |
| GCJ      | Gestores de calidad en jurisdicciones sanitarias              |
| IOM      | Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América        |
| IMSS     | Instituto Mexicano del Seguro Social                          |
| INDICAS  | Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud           |
| INSP     | Instituto Nacional de Salud Pública                           |
| OMS      | Organización Mundial de la Salud                              |

|           |  |
|-----------|--|
| OPS       | Organización Panamericana de la Salud                                      |
| PIC       | Plan Integral de Calidad   |
| PIDESC    | Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales      |
| PND       | Plan Nacional de Desarrollo  |
| PNICS     | Premio Nacional a la Innovación en Calidad en Salud                        |
| PNCS      | Premio Nacional de Calidad en Salud  |
| PAE       | Programa de Acción Específico  |
| PASSPA    | Programa de Apoyo a Servicios de Salud para la Población Abierta           |
| PMCCAM    | Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica           |
| PROCEDES  | Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud                         |
| PMC       | Programa de Mejoría Continua   |
| PNS       | Programa Nacional de Salud   |
| PRONASA   | Programa Nacional de Salud   |
| PNSP      | Programa Nacional de Seguridad del Paciente                                |
| REACAL    | Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad                             |
| RO        | Reglas de Operación  |
| REC       | Responsables estatales de calidad  |
| SHCP      | Secretaría de Hacienda y Crédito Público                                   |
| SESA      | Servicios Estatales de Salud   |
| ISSSTE    | Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado |
| SNTSS     | Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social                       |
| SPSS      | Sistema de Protección Social en Salud                                      |
| SICALIDAD | Sistema Integral de Calidad en Salud                                       |
| SNS       | Sistema Nacional de Salud  |
| SNDIF     | Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia                 |
| SOMECASA  | Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud                     |
| SS        | Secretaría de Salud  |
| UAM-X     | Universidad Autónoma Metropolitana–Xochimilco                              |
| UNAM      | Universidad Nacional Autónoma de México                                    |



# Presentación

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México

---

*T*ransparencia es un término imprescindible en la sociedad contemporánea. Los gobiernos y, en general, cualquier persona, están hoy sometidos a un escrutinio sin precedentes como consecuencia inevitable del deslumbrante desarrollo de las telecomunicaciones y del derecho de los ciudadanos a estar cada vez mejor informados. Sin embargo, más allá de la disposición que las instituciones públicas deban tener para aceptar solicitudes de información, o aún para hacer accesible a los ciudadanos cualquier dato sobre sus actividades sin mediación de petición alguna, el análisis riguroso de las políticas públicas se hace cada vez más necesario.

Si en el ejercicio de la medicina se ha demostrado la necesidad de tomar decisiones con base en evidencias científicas, no hay razón para pensar que las políticas públicas puedan ser decididas, diseñadas y ejecutadas sin más sustento que el sentido común de quienes son responsables de las mismas. En este sentido, la historia ha sido elocuente, pues el riesgo de cometer errores, o peor aún, de repetirlos por no apoyar los juicios de los decisores políticos en información bien documentada es muy alta. Más importante aún es considerar que, a diferencia de la medicina en la que las decisiones de un clínico determinan el resultado de la atención en un paciente, las decisiones que toman los altos directivos del sector público tienen consecuencias sobre miles o millones de personas. Esta es la importancia de contar con información, de analizar para aprender y de esta manera orientar futuras decisiones.

El refrán que se atribuye a los funcionarios públicos, “mi antecesor fue un ignorante y mi sucesor un traidor”, refleja la creencia común de

que la sabiduría es inherente a los cargos públicos. Con frecuencia, quien recibe una posición en la administración pública se asume como amplio conocedor del área de la que es responsable por el mero hecho de ser jefe, aun cuando esto implique una sana intención de hacer contribuciones importantes desde el puesto que se ocupa. Conocemos bien las consecuencias de esta cultura del poder, particularmente en el sector público. Se destruyen programas y tendencias que pudiesen haber sido benéficos, se repiten errores que podrían haber sido evitados, se producen grandes desperdicios, se generan altos costos por duplicaciones innecesarias, se pierde tiempo en volver a empezar lo que debía haber continuado, se pierde el aprendizaje que debió haber sido cosechado y, a veces, se inventan verdaderos disparates. Por supuesto, hay que reconocer que esto no ocurre siempre, pero cuando ocurre, los resultados pueden ser lamentables.

Someter una política pública a un examen como el que aquí se presenta se convierte en un instrumento para identificar aciertos y desaciertos, y las causas y consecuencias de éstos, para impulsar el futuro por sendas iluminadas a partir de las lecciones aprendidas y no sólo para recrear el pasado mediante ejercicios estrictamente académicos. Esta es la gran utilidad de un análisis serio y crítico como éste.

Para la Academia Nacional de Medicina de México apoyar este estudio —realizado por investigadores de la Universidad Autónoma Metropolitana, del Instituto Nacional de Salud Pública y de la Universidad Nacional Autónoma de México— es una gran oportunidad para ampliar el papel de cuerpo consultivo del Gobierno Federal, encomendado a esta entidad por el Presidente Francisco I. Madero desde 1912.

Sea éste un testimonio del compromiso de estas instituciones para contribuir conjuntamente a que las políticas públicas sean cada vez más transparentes y mucho más racionales. Sirva para asumir la responsabilidad que corresponde a unos para tomar decisiones tan fundamentadas y correctas como sea posible, a otros para analizar la gestión pública con el rigor indispensable para orientar el destino de las políticas en beneficio de la sociedad y, a unos más, para difundir estos análisis. Transparencia, compromiso, responsabilidad y análisis riguroso es lo que los ciudadanos merecen.

# La evaluación de un programa público en un sistema mundial poswestfaliano

Sergio López Moreno, Francisco Garrido Latorre  
y Aura González Morgado

---

El interés por mejorar la calidad de la atención médica ha sido incesante a lo largo de la historia. Las primeras preocupaciones por disminuir los efectos negativos de la medicina aparecieron antes de nuestra era y se remontan al primigenio mandato hipocrático de no dañar (Tratados Hipocráticos, 1989). Con la medicina moderna los intentos por mejorar la atención médica se centraron en el espacio hospitalario y paulatinamente fueron acercándose a las ciencias administrativas, la epidemiología, la estadística, la sociología y las ciencias de la conducta. Por ahora, lo relevante es señalar que los primeros esfuerzos se originaron hace más de un siglo y que, a partir de ese momento, no se han detenido.

En los tiempos modernos la toma de conciencia sobre la importancia de mantener un nivel aceptable de calidad en la atención médica —en particular del componente de seguridad de los pacientes— fue resultado, entre otras cosas, de dos procesos: por una parte, del formidable esfuerzo reflexivo realizado por Avedis Donabedian sobre la organización de los servicios y la calidad de la atención médica, que en la década de los sesenta introdujo en la literatura médica el uso de modelos como instrumentos de ordenamiento de la atención sanitaria. Sus investigaciones le llevaron a proponer un modelo que a la larga permitió a los profesionales interesados comprender y analizar sistemáticamente los elementos que constituyen la atención médica (Donabedian, 1966).

El segundo factor que intervino fue la amplísima investigación mundial desplegada en el campo de la calidad durante los años noventa del siglo pasado, liderada por los investigadores de los Estados Unidos de Norteamérica. La publicación del informe “Errar es humano” (IOM, 2000), que documentó la magnitud y el impacto de los eventos médicos adversos en los Estados Unidos de América, sacudió las conciencias de los expertos e inauguró una nueva etapa en la prestación de servicios de salud más seguros y eficaces. Los eventos adversos provocados por la atención médica, sin embargo, son sólo uno de los componentes de la calidad de la atención, aunque por razones obvias es el que ha tenido la mayor visibilidad en los tiempos recientes. No obstante, existe un sinnúmero de fenómenos que merecen la atención de los expertos en materia de calidad de los servicios y las evidencias que se generan en este campo, literalmente todos los días, obligan a mantener una mirada muy atenta a su desarrollo.

Cuando hablamos de fortalecer la calidad de la atención pensamos, dicho de manera sintética, en robustecer un modelo de servicio que privilegie y ponga en el centro del quehacer sanitario al paciente con todas sus necesidades y expectativas; un modelo que responda con oportunidad, respeto a la dignidad de las personas y eficiencia, equidad y efectividad durante todas las fases del paso del paciente por los servicios: desde su llegada a la unidad de salud hasta la resolución definitiva de su padecimiento. Este modelo ha de desplegarse en un entorno organizacional que asuma el reto por la calidad y lo transforme en cultura, que cuente con todos los procesos, recursos e insumos necesarios y, sobre todo, que sea visto como un compromiso diario por parte de directivos, médicos y enfermeras, así como por el personal técnico, administrativo y de apoyo. Esta postura no es nueva: la calidad de la atención ha estado en la agenda de los sistemas de salud desde el nacimiento de la práctica médica institucionalizada, y todas las escuelas contemporáneas señalan que recibir servicios de buena calidad es un derecho de los pacientes y que respetar este derecho debe ser un compromiso permanente de los prestadores.

En el caso de México, las acciones que permitieron arribar a los grandes programas que hoy existen comenzaron enfrentando grandes obstá-

culos. En el capítulo que relata la institucionalización de la calidad de la atención en México se recorren las diferentes etapas por las que transitó el interés de los profesionales de la salud por mejorar su práctica y sus resultados. Los primeros intentos por medir la calidad de la atención iniciaron en 1956 en el Instituto Mexicano del Seguro Social, siguiéndole experiencias de la más variada índole. Este proceso alcanzó un clímax el año 2001 cuando se formalizó, a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), el primer programa nacional dirigido a elevar la calidad de los servicios de salud. Este programa integró experiencias exitosas de instituciones públicas y privadas y se abocó a la atención de dos grandes vertientes: i) el trato digno, y ii) la atención médica efectiva, eficiente, ética y segura. Su objetivo fue elevar la calidad de los servicios de salud en todo el país y mejorar la percepción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos (Ruelas, 2005).

Otros antecedentes relevantes de la Cruzada fueron la creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) en 1990, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en 1996 y el Programa Nacional de Certificación de Hospitales en 1999, proyectos que a partir de sus particulares propósitos y bajo su propia perspectiva contribuyeron a consolidar las estrategias nacionales por mejorar la prestación de los servicios y su calidad. Después de seis años de actividad, y como parte de los cambios de gobierno, la CNCSS fue sustituida por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

El Sistema Integral de Calidad en Salud significó un gran compromiso de la Secretaría de Salud (SS), de las secretarías estatales de salud, de las instituciones de seguridad social y del personal sanitario de las unidades médicas del país por fortalecer y mejorar la práctica clínica y su entorno. El programa fue desplegado desde la SS a partir de 2007, buscando, en primer lugar, la adherencia de los servicios estatales de salud y progresivamente el de las instituciones de seguridad social.

Como programa gubernamental, SICALIDAD estuvo sujeto a reglas de operación y debió someterse a la evaluación periódica realizada tanto por agencias del Estado como por instituciones externas –especialmente

universidades— encargadas de llevar a cabo evaluaciones complementarias. Las evaluaciones anuales realizadas a SICALIDAD constituyeron los insumos básicos con los cuales se elaboró el documento que el lector tiene ahora en sus manos. Estos insumos se combinaron para obtener una evaluación integral, realizada bajo el prisma de diversos marcos conceptuales. El propósito es apreciar más objetivamente el valor que tuvo la iniciativa SICALIDAD en la búsqueda por mejorar la atención médica que los mexicanos reciben cotidianamente.

### **Descripción de la evaluación integral de SICALIDAD**

La presente evaluación del Sistema Integral de Calidad en Salud es resultado de un esfuerzo colectivo realizado por especialistas de distintas instituciones académicas que, a lo largo de 2012 y parte de 2013, unieron sus habilidades para atender la solicitud de la Secretaría de Salud (SS) para sopesar, de manera integral, los resultados alcanzados durante los seis años de actividades de dicho sistema. El objetivo inicial fue valorar los alcances y limitaciones del sistema que el Gobierno Federal instauró para garantizar la calidad de la atención de los servicios públicos de salud en México. Este proceso se llevó a cabo utilizando las evaluaciones parciales hechas al programa durante el periodo 2007-2012. A estos insumos, que constituyeron la principal fuente de información, se agregaron otras formas de evaluación, como es el caso de la evaluación de SICALIDAD no sólo como programa sino como política pública, y su evaluación bajo la perspectiva de los derechos humanos. Por esta razón en este libro se presentan resultados que pueden ubicarse en tres dimensiones: a) la primera se refiere al alcance de los objetivos planteados por SICALIDAD como un gran programa nacional; b) la segunda alude a su impacto como la principal política pública en materia de calidad de la atención; c) la tercera analiza el papel de SICALIDAD como parte del sistema de protección del derecho a la salud. Esta evaluación combinada seguramente puede permitir identificar con mayor eficacia el verdadero impacto del programa y los espacios en los que es necesario realizar ajustes, a fin de conseguir mejores resultados para la población y el país.

Los contenidos del libro se ordenan en capítulos, en los que se revisan los fundamentos teóricos de la calidad de la atención –que nos permiten realizar procesos estandarizados de medición y evaluación–; la historia del recorrido de las instituciones públicas nacionales desde la primigenia evaluación de expedientes clínicos hasta la creación de los grandes programas nacionales; el análisis de la gestión estratégica, operativa e integral de SICALIDAD, y la relación del Sistema Integral de Calidad con el derecho a la protección de la salud en México. Al final del libro se integran los apartados previos y se hacen algunas consideraciones sobre los desafíos que significa formular un sistema nacional, integral y de carácter público dirigido a garantizar la calidad de la atención en México.

Tres apartados de este libro se dedican, sucesivamente, al análisis de la gestión estratégica, operativa e integral de SICALIDAD. En ellos se adoptan los marcos conceptuales de evaluación de políticas públicas propuestos respectivamente por Almond y Verba en los años sesenta y Mark Moore en los ochenta (Almond & Verba, 1966; Moore, 1989). El primer modelo es útil para evaluar la capacidad de las iniciativas políticas para incorporar a los diversos actores sociales en su posicionamiento y desarrollo. Para Moore toda iniciativa desplegada como política pública debe tener como objetivo crear valor público en cuanto es capaz de satisfacer necesidades y proporcionar bienestar a la población. Con estos modelos se analizan las tres dimensiones que contiene la iniciativa SICALIDAD: a) la dimensión sustantiva (también llamada estratégica), b) la dimensión política y c) la dimensión operativa.

La evaluación sustantiva de SICALIDAD se basó en el análisis de la congruencia existente entre el propósito de la iniciativa, la necesidad social que pretende satisfacer y el beneficio que pretende proporcionar a la población general. Un conjunto de preguntas específicas, derivadas del modelo de Moore, orientan el análisis sustantivo de SICALIDAD. Entre ellas destacan si estaba justificada la formulación de un sistema integral de calidad; cuál era la misión de la iniciativa; cuáles eran los beneficios sociales del programa y si la iniciativa logró situar a la calidad en la agenda del sistema de salud. La dimensión política de SICALIDAD se midió en términos de la

capacidad de los directivos responsables para obtener los apoyos necesarios para la iniciativa y construir legitimidad en torno a ella.

El análisis de la gestión operativa, por su parte, hace un recuento de los resultados de SICALIDAD a partir de las evaluaciones externas, que incluyeron una evaluación de diseño, una evaluación técnico-financiera y una evaluación de procesos. Estos ejercicios se analizan en razón de los resultados alcanzados a partir de la implantación del programa. Adicionalmente se pondera la capacidad de los directivos para innovar y alinear los procesos de trabajo; integrar equipos; aprovechar al máximo los recursos disponibles, y obtener recursos adicionales para avanzar en el cumplimiento de la misión establecida.

El análisis integral de SICALIDAD evalúa los logros sustantivos, políticos y operativos de la iniciativa a la luz de los modelos de Donabedian, Moore y Almond, utilizando técnicas de triangulación metodológica y ponderando el funcionamiento del programa en cada dimensión y en general. El objetivo fue analizar la capacidad de SICALIDAD para fortalecer la respuesta de las instituciones y del personal de salud a las expectativas legítimas de los pacientes, mejorar la efectividad de las intervenciones clínicas desarrolladas para producir salud y hacer más segura la atención tanto para los pacientes como para los prestadores de servicios. A todo ello, en resumen, llamamos calidad de la atención.

### **El papel de las políticas públicas en el Estado *poswestfaliano***

En el análisis de las relaciones entre SICALIDAD y el derecho a la salud en México se hace una crítica a la forma con la que todavía se diseñan en México las intervenciones estatales para atender los problemas económicos y sociales. La forma actual tiene sus orígenes en el modelo de Estado asistencial, que considera a los sujetos a los que se dirigen las políticas y programas como ciudadanos que reciben, en forma de bienes y servicios, los recursos que han aportado a través de los impuestos. Según este modelo, el sistema de recaudación fiscal es parte de un modelo más amplio que incluye un sistema de solidaridad que podría llamarse básica –en donde

los jóvenes aportan para sostener a los niños y los ancianos, los sanos aportan para sostener a los enfermos y los más ricos aportan para sostener a los más pobres— y un sistema de solidaridad que podría denominarse compleja —en el cual las generaciones actuales ponen las bases para el sostenimiento de las generaciones futuras y las culturas más fuertes limitan conscientemente su impacto sobre las menos robustas, por ejemplo.

En ambos casos, sin embargo, el criterio que permite identificar al beneficiario potencial de los bienes y servicios proporcionados por el Estado es explícitamente el de ciudadanía, y de manera implícita el de ciudadanía productiva (pues sólo quien es económicamente productivo puede aportar impuestos). Este modelo se identifica frecuentemente con el sistema estatal asistencialista y benefactor.

Aunque generalmente se considera que el modelo del Estado benefactor surgió en el siglo XIX durante la Alemania de Bismarck, en realidad se remonta al surgimiento del Estado-Nación, que emerge en la Europa Central después de los Tratados de Westfalia de 1648. La teoría westfaliana clásica considera que la soberanía territorial es el más importante elemento de unidad nacional y el único criterio de asignación de ciudadanía. En otras palabras, para un Estado westfaliano sólo son ciudadanos las personas nacidas dentro de sus límites territoriales, las cuales, por tal razón, están sujetas a su soberanía. Desde su aparición, el modelo westfaliano se convirtió en el fundamento del Estado prestador de bienes y servicios, así como del derecho internacional, al adjudicar a todos los países igualdad de derechos y obligaciones, independientemente de su poderío económico o militar. Por tal motivo es innegable el valor del modelo westfaliano para el desarrollo interno de los países y sus poblaciones.

No obstante, durante todo el siglo XX la sociedad experimentó rapidísimos procesos de cambio, y la tremenda evolución económica, científica y tecnológica de las sociedades terminó por conformar, al finalizar ese siglo, un panorama mundial muy distinto al que existía en los dos siglos anteriores. La globalización económica y cultural, el desarrollo de economías basadas en el intercambio transnacional, el cambio climático planetario y la mundialización de los movimientos sociales —como la lucha contra

la discriminación racial o de género, o en favor de los derechos humanos— han instituido un orden en donde las fronteras territoriales se han convertido en un obstáculo. Como resultado, durante el último tercio del siglo XX surgió una nueva visión de la sociedad, denominada postwesfaliana que, en síntesis, propone aceptar el mandato de instancias que podrían denominarse de soberanía supranacional —como la ONU, sus distintos organismos y los tribunales y cortes internacionales— que ya no responden exclusivamente a los criterios de territorialidad y ciudadanía, sino a categorías políticas de mayor hondura (Frazer, 2008). Entre estas categorías ocupan un lugar privilegiado los derechos humanos.

Desde su aparición —durante la Revolución Francesa— y a lo largo de todo su desarrollo —especialmente durante la segunda mitad del siglo XX— las escuelas jurídicas en las que se sustentan las teorías contemporáneas sobre derechos humanos han cuestionado sistemáticamente los modelos caritativos y asistencialistas de provisión estatal de bienes y servicios públicos, buscando convertirlos en obligaciones derivadas del derecho que asiste a todas las personas a vivir dignamente y con decoro (Sen, 2000). La consecuencia de todos estos procesos ha sido el desarrollo del llamado derecho internacional de los derechos humanos que, en prácticamente todas las declaraciones y pactos contemporáneos sobre derechos humanos, ha ido sustituyendo el concepto de ciudadano por el de ser humano, primero, y por el de persona, más recientemente. Es nuestra convicción que este es el contexto en el que deben ser analizadas las problemáticas sociales contemporáneas, como es el caso de la atención de salud y el análisis de su calidad. Aunque desde hace décadas se sabe que existe una estrecha relación entre el acceso, la calidad, la eficacia, la seguridad y el costo de los servicios, ahora es necesario reconocer que todos estos factores —que tradicionalmente han sido los criterios utilizados para analizar la prestación de servicios— son también elementos sustantivos del derecho a la salud, y que la forma que adopten en cada lugar y momento expresa de alguna manera el grado en que este derecho es respetado y garantizado por el Estado.

La evaluación que se presenta ahora parte de la idea de que el fin último de las políticas públicas es lograr el mayor bienestar posible de

las personas a las que van dirigidas, y que en nuestra época son además instrumentos de reconocimiento de las personas como sujetos de derecho, capaces de participar y decidir sobre la forma en que se usan los recursos públicos para resolver problemas comunes (Sen, 2000). Bajo esta lógica, a la evaluación estratégica y programática de cualquier política pública debería agregarse siempre una evaluación basada en el derecho internacional de los derechos humanos. En el caso de las políticas de salud es evidente la necesidad de comenzar este tipo de esfuerzos, pues una evaluación de esa naturaleza seguramente puede facilitar al Estado el cumplimiento de sus obligaciones en materia de protección de la población, que es finalmente el propósito para el que fue creado.

## Referencias

- Almond G & Verba S (1963). *The Civic Culture*. Nueva Jersey, EUA: Princeton University Press. pp. 11-33.
- Donabedian A (2003). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q*. Dec 2005; 83(4): 691–729 (reimpreso de *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966; 44(3):166–203).
- IOM (2000). *To err is human: Building a Safer Health System*. Commitee on Quality of Health Care in America & IOM: National Academy Press.
- Frazer N (2008). *Escalas de justicia*. Barcelona, España: Herder. pp. 15-64.
- Moore M (1998). *Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*. México: Paidós.
- Ruelas E (2005) *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud*. *Salud en Tabasco II* (1-2):301-2.
- Sen A (2000). *Compromiso social y democracia: las demandas de equidad y el conservadurismo financiero*. En: Barker, Paul (compilador) *Vivir como iguales. Apología de la justicia social*. 1ª. ed., Barcelona, Paidós. pp. 19-56.
- Tratados Hipocráticos* (1989). Volumen V “Epidemias”. Madrid, España: Biblioteca Clásica Gredos. pp. 62-63.



# Calidad de la atención en salud: el modelo de Avedis Donabedian

Martín Silberman, José Arturo Granados Cosme,  
Ixshel Delgado Campos y Victoria López Ortega

---

La evaluación de la calidad de la atención de salud se inició como resultado del debate político-económico en torno al papel del Estado como principal proveedor y financiador de los servicios de salud. Responde a la necesidad de disponer de bases técnicas para definir las necesidades cuantitativas y cualitativas de atención.

En su inicio, el debate se centraba en el uso racional y coherente de los recursos disponibles, así como en formular estándares mínimos para acreditar servicios y certificar profesionales y, a la vez, realizar seguimiento del desempeño de los trabajadores de salud a través de auditorías. Es decir, responde por un lado a la necesidad de controlar el gasto creciente en salud y, por el otro, a homogeneizar en cierta medida la práctica de los proveedores de servicios de atención médica.

## **Calidad de la atención, principales conceptos**

Los primeros esfuerzos por conceptualizar la calidad de los servicios sanitarios fueron numerosos, aunque dispersos. Siguiendo los desarrollos propios de la industria, Avedis Donabedian fue el primero en lograr consenso, tanto en el ámbito académico como en el de la prestación de servicios, en la aplicación de conceptos para la evaluación de la calidad de la atención. En 1966 publica un texto en el que sienta las bases de la evaluación sistémica de la calidad de la atención médica y sostiene que

“...el propósito de la evaluación de la calidad es ejercer una vigilancia constante para que cualquier alejamiento de las normas pueda ser detectado tempranamente y corregido” (Donabedian, 1966). En este trabajo fundacional, Donabedian plantea la necesidad de centrar la evaluación del desempeño de la atención de la salud en la relación entre el médico, el contexto hospitalario y el paciente que demanda atención. Aquí se observa un énfasis preponderante del hospital como protagonista exclusivo del sistema sanitario, por lo que será el sitio donde dé inició el desarrollo de los conceptos teóricos de la calidad.

Acerca de lo que debe entenderse por calidad, en el texto se afirma que “...los criterios de calidad no son nada más que juicios de valor que se aplican a distintos aspectos, propiedades, componentes o alcances de un proceso denominado atención médica”. Es decir, la evaluación de la calidad debe delimitar al proceso de atención y definir su desempeño ideal, a fin de compararlo con lo realizado por un servicio o un profesional particular en un momento determinado. Esta es la razón por la que, desde entonces, los principales esfuerzos se han dirigido a precisar los elementos que componen el proceso de atención y las características que lo definen (efectivo, seguro, satisfactorio, y otros). Paralelamente, se han realizado esfuerzos en la búsqueda de indicadores, patrones, escalas de medición, fuentes de información, validez de la misma y técnicas de muestreo; todas herramientas que permiten medir el grado de cumplimiento de dichas características en relación con una situación deseada.

El modelo original de Donabedian explora la calidad de la atención a través de definir lo que llama el módulo más simple de atención, es decir, el tratamiento que proporciona un profesional de la salud de forma individual a un paciente dado, con un episodio de enfermedad claramente definido. Este tratamiento propone dividirlo en dos aspectos diferenciados, aunque íntimamente relacionados. Por un lado, lo referido a la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina –y otras disciplinas complementarias– al manejo de un problema de salud; a este aspecto lo denominó calidad técnica de atención. Por otro lado, se encuentra el aspecto que se relaciona con el vínculo alcanzado por el profesional de la salud y el

paciente, en términos de interacción social, económica y cultural; al cual Donabedian denomina calidad interpersonal (Donabedian 1984).

De ambos aspectos, la calidad técnica es considerada como la base del modelo ya que consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello los riesgos. Si la medicina fue definida muchas veces como la ciencia y el arte de proteger o recuperar la salud, esta propiedad de la calidad correspondería a la “ciencia” de la salud.

Esta relación que se presenta entre los riesgos y beneficios en la atención de la salud, permite al profesional optar por aquella práctica de atención que, se espera, pueda proporcionar a un paciente determinado el más completo bienestar. A este balance Donabedian lo denomina modelo unificador (Donabedian 1984).

Por su parte, el proceso interpersonal debe llenar los requisitos fijados por las normas, valores y creencias socialmente aceptados que gobiernan la interacción de los individuos en general y de los profesionales de la salud con los pacientes en particular, por ello se lo considera la parte del “arte” del cuidado de la salud. Por supuesto, existe un gran desarrollo teórico de diferentes disciplinas que brindan elementos en relación a un óptimo desempeño en la relación interpersonal entre pacientes y profesionales de la salud, además de que también existen normativas explícitas que regulan estas relaciones desde el punto de vista del profesional y por parte del paciente. Por otro lado, se sabe que una buena relación puede aumentar de manera muy importante los beneficios de la dimensión técnica, a la vez que una pobre relación interpersonal puede condicionar los alcances técnicos y aumentar los riesgos de la atención.

Existe un tercer elemento diferente a los anteriores, aunque relacionado con la calidad interpersonal, que se ha dado en llamar “amenidades”. Éstas hacen referencia a los elementos de la atención que tienen que ver con proporcionar un ambiente cómodo, cálido, amigable y de cuidado a los pacientes; esto puede ser la sala de espera agradable, buena temperatura, cuidado de las instalaciones, entre otras. La calidad entonces comienza a definirse como la propiedad que la atención médica puede

poseer en grados variables, lo que significa que la atención médica con calidad debe valorarse por los beneficios que produce con los menores riesgos, valorando aspectos de calidad técnica, interpersonal y amenidades. Otros elementos que atraviesan transversalmente estos conceptos de calidad pueden ser la cantidad, el costo monetario y la oportunidad.

Si la cantidad de servicios es insuficiente, por más adecuada que sea técnica o interpersonalmente, se considera deficiente en términos de calidad. Este aspecto tiene más relación con el tipo de organización que presta los servicios de salud que con la relación médico-paciente, pero compromete a la calidad. En el mismo sentido, la atención excesiva, al aumentar los costos y ser innecesaria, desvirtúa su propósito e impacta negativamente en la calidad.

Hay también una relación estrecha entre el costo monetario y la calidad. Si bien la atención con buena calidad cuesta cierta cantidad de dinero –pues presupone una cantidad adecuada de intervenciones para la atención y cuidados– la atención ineficaz o de pobre calidad genera mayores costos porque tiene efectos negativos sobre la salud de las personas, lo que significa mayores gastos a mediano y largo plazo.

Lo propio sucede con el costo de oportunidad en relación a la calidad. Los padecimientos en salud requieren ser atendidos a tiempo para poder obtener el mayor beneficio de los conocimientos en salud. En la medida en que la atención se pospone, aumentan los riesgos y los costos, lo que deteriora la calidad de atención.

### Complejidades del modelo unificador

El modelo de evaluación basado en el componente técnico de la calidad ha sido muy útil para establecer muchos de los actuales estándares y guías de procedimiento clínico. En este caso, los expertos definen el estándar óptimo de salud y especifican los límites en donde los beneficios de una intervención comienzan a combinarse con los riesgos. Durante muchos años esta visión fue la más utilizada en los estudios de calidad de la atención y la evaluación de la eficacia de las intervenciones.

No obstante, considerar la calidad de la atención desde una perspectiva exclusivamente técnica desvirtúa el modelo de Donabedian y relega factores muy relevantes para los resultados de la atención médica, como los costos y la satisfacción del paciente. Al quedar relegados, estos elementos se convierten en obstáculos para el logro del estándar óptimo. Donabedian la identifica como la visión *absolutista* de la calidad.

Se puede plantear una visión alternativa que incorpora como principal objeto de la atención el bienestar de los pacientes, lo que implica su responsabilidad en la definición de los objetivos del tratamiento. Este enfoque permite incorporar los valores, expectativas y experiencias de los pacientes, y considerar el costo de la atención, lo que facilita alcanzar los objetivos de la atención médica. Cuando se plantea la participación activa del paciente es posible redefinir los estándares técnicos, modificándolos para cada caso particular, grupo o comunidad; a este enfoque Donabedian lo denomina individualizado. Esta perspectiva resulta de mayor complejidad, pues plantea que el costo económico y las condiciones de acceso y utilización de los servicios de atención tienen un efecto en los resultados en términos de calidad; por otro lado, incorpora la dimensión moral, ya que las diferencias en la calidad de atención que se deben a las características económicas o sociales de los usuarios, pueden y deben considerarse injustas (Dahlgren & Whitehead, 2006).

Este elemento, cuando se considera con mayor profundidad, es el elemento central de otro posible enfoque sobre la calidad de la atención. Este es el denominado enfoque social, el cual evalúa, desde una perspectiva de servicios o sistemas, el beneficio alcanzado de acuerdo a la distribución social de la calidad.

En resumen, en la calidad de la atención hay tres posibles denominaciones progresivamente complejas e incluyentes: una esencialmente técnica denominada absolutista donde el componente técnico es dominante; otra, la visión individualista, que considera sobre todo las condiciones sociales, económicas y culturales de cada persona atendida; finalmente, la perspectiva social incluye la valoración de la manera en que la calidad de la atención, considerada un bien público, se distribuye diferencialmente entre la población.

## Enfoques para la evaluación

Es necesario identificar los elementos que permiten hacer operativos los conceptos acerca de la calidad de la atención y en consecuencia sirven para orientar su evaluación. En principio, y en concordancia con las definiciones de la calidad, se dirá que dicha evaluación de la calidad tendrá elementos diferentes de acuerdo a la visión que se pretenda utilizar, si es la visión técnica o absolutista, o si es la individualista o la social. Estos elementos, de manera esquemática, pueden ser clasificados como propios de la estructura, del proceso o del resultado de la atención de la salud (Donabedian 1984). En lo referente a la calidad técnica, que se mide desde la perspectiva de los prestadores, se busca garantizar la seguridad, efectividad y utilidad de las acciones (atención oportuna, eficaz y segura) en pro de la salud de los usuarios de los servicios (Moreno, 1992).

Para ello, Donabedian considera que la atención médica consiste en la combinación de una serie de actividades realizadas sobre una persona o grupo para el logro de determinados objetivos. Dichas actividades estarán normalizadas por expertos (visión técnica), en conjunto entre expertos y pacientes (visión individualista), o en conjunto con un grupo o sociedad (visión social). A esta combinación de actividades se les puede llamar “procesos” de atención. A su vez se requiere que cada proceso se realice de manera estandarizada e interconectada, de tal manera que las leyes, normas, y demás elementos que organizan el sistema garanticen el funcionamiento de acuerdo a estándares recomendados. Entonces uno de los elementos clave para poder evaluar la calidad de la atención requiere identificar la adecuada implementación de los procesos necesarios para obtener los máximos beneficios y los menores riesgos (Donabedian, 1985).

Un juicio acerca de los procesos requiere de la observación directa de su aplicación o de la falta de ella y, en su caso, de la reconstrucción indirecta mediante fuentes de información, como los registros, que permitan un acercamiento a su implantación. Si la visión que se desea obtener de la implantación de procesos es la versión individualizada de la calidad, se deberán considerar los aspectos procesales que permiten incorporar la

experiencia de los pacientes con sus expectativas previas al momento de atención —lo que conforma su satisfacción— y su opinión de la relación interpersonal. Si lo que se plantea es una visión social de la calidad, se debe obtener información agregada acerca de la implementación de procesos de acuerdo al grupo en el que se está evaluando la calidad de atención.

Otro enfoque importante para la evaluación de la calidad se refiere a los elementos que hacen posible el desarrollo de los procesos. A la evaluación en cantidad y adecuación de estos elementos se denomina enfoque de “estructura”. Se entiende que la suficiencia y adecuación de estos elementos aumenta las probabilidades de llevar a cabo los procesos necesarios para una buena calidad de la atención. Pero además de evaluar la cantidad y adecuación de elementos estructurales debe certificarse su estabilidad en el tiempo. Por otro lado, de acuerdo a la visión de la calidad subyacente, es necesario evidenciar la adecuación técnica de los recursos, la aceptación por parte de los pacientes y su distribución entre los diferentes grupos sociales. Al respecto, el enfoque social plantea que para una población determinada con un perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico definido, corresponde una estructura de recursos (financieros, humanos, físicos y tecnológicos) específica, que garanticen la posibilidad de cubrir sus necesidades.

Por último, se ubica el enfoque de “resultados”, donde se trata de obtener evidencia del cambio entre una situación de salud y otra, producto de la atención médica. Nuevamente, estos resultados se plantean en función de la perspectiva de la calidad elegida, (técnica, individualista o social). Si es la técnica, se esperan resultados en el estado de salud con evidencias objetivas o subjetivas; si es la individualista, a lo anterior se deberán incorporar aspectos relacionados con la satisfacción del paciente; y si la dimensión elegida para evaluar la calidad es la social, se deberán incorporar elementos que permitan medir el impacto de las acciones sobre un grupo de individuos.

En consecuencia, a la hora de evaluar la calidad de atención, de acuerdo a la perspectiva elegida, se debe considerar el tipo de procesos que se deben implementar para el logro de los mayores beneficios y menores riesgos; luego buscar evidencias de la existencia, cantidad, calidad y con-

tinuidad de los elementos de la estructura que permitan la realización de dichos procesos; por último –de acuerdo con lo que se desea medir– deben definirse los resultados que se desean obtener a fin de diseñar la mejor manera de convertirlos en objetivos observables.

De lo enunciado hasta aquí se concluye que si la estructura de recursos es la deseada (de acuerdo a la población objetivo) y los procesos se dan de manera homogénea y de acuerdo a lo planeado, los resultados deberán ser los óptimos. De esta forma se separan claramente las dimensiones de la calidad técnica que pueden ser evaluadas de forma singular. Lo más recomendable, empero, es incorporar los tres enfoques de manera articulada.

A continuación se presentan en forma resumida los diferentes enfoques y sus elementos:

1. Estructura y recursos

a. *Físicos*

- Existencia de instalaciones adecuada para el tipo de pacientes a los que va dirigida la atención. Si se mide desde una perspectiva técnica, el énfasis estará puesto en el tipo de enfermedades; si la perspectiva incluye las características de las personas, se espera que sean las adecuadas para ellas, y si se evalúa desde una perspectiva social, se buscará identificar la distribución de los recursos entre los grupos.
- Insumos necesarios.
- Disponibilidad de equipo acorde a las personas, los grupos y a las enfermedades a atender.

b. *Humanos*

- Profesionales en cantidad, calidad y distribución (relación entre profesionales de medicina, enfermería y otras disciplinas; además de las diferentes especialidades médicas).

c. *Financieros*

- Presupuestos destinados al desarrollo de las actividades normales y programas especiales.

d. *Organizacionales*

- Marco legal y jurídico en el que se desarrollan las actividades profesionales
- Normas de funcionamiento institucional y guías de práctica clínica. Estas normativas deben estar redactadas de manera que no dejen dudas sobre la forma correcta de proceder y quiénes son los responsables de cada acción. A la vez, esas normas deben ser conocidas y reconocidas por todo el personal

2. Procesos

Se refieren a cada una de las etapas por las que transita un paciente a través de la estructura sanitaria. Es decir, se trata de describir la actuación del servicio en cuanto a las condiciones de acceso a la atención; al adecuado uso de los procesos diagnósticos y terapéuticos; a la adecuada comunicación del profesional o del personal auxiliar con los pacientes, y en caso de ser necesario, a la forma en que se realiza el seguimiento de los mismos por las estructuras sanitarias. La dimensión social busca la implantación de acciones a nivel grupal o poblacional de acuerdo a las normativas existentes.

3. Resultados

Se reconocen dos tipos de resultados. Unos son los referidos a la situación de salud de los pacientes; es decir, si hubo cambios esperados gracias a las intervenciones realizadas. Por otro lado, se incluye la relación interpersonal entre médico y paciente, y la satisfacción referida por los pacientes con la atención global del servicio.

Existe un gran debate para definir los estándares óptimos en cada una de las tres dimensiones, pero lo que se ha discutido con mayor fuerza es si la evaluación debe enfocarse en los procesos o en los resultados alcanzados. Este debate gira en torno a la dificultad para obtener información válida y confiable de los procesos que se dan puertas adentro de los servicios de salud, y para definir los resultados óptimos esperados para cada padecimiento en cada momento.

A este modelo básico se le han hecho una gran cantidad de ajustes, provocando que los modelos de evaluación de la calidad de la atención sean cada vez más complejos (Aguirre-Gas, 1993). Actualmente se considera que la calidad de la atención siempre debe considerar dos grandes dimensiones: i) la calidad técnica, cuyo propósito último es garantizar la efectividad de las acciones de salud y la seguridad de los usuarios; y ii) la calidad percibida por los pacientes o usuarios, que incluye las condiciones materiales, psicológicas y administrativas en que dichas acciones se desarrollan (Ross et al, 2000).

### Calidad y seguridad del paciente

Aunque hace casi cien años que las instituciones de salud realizan acciones deliberadas para hacer más segura la práctica médica, pero fue hasta 1991 –cuando la Universidad de Harvard publicó un trabajo sobre las consecuencias negativas de la práctica médica en pacientes hospitalizados– que inició la publicación sistemática de trabajos científicos referidos a la seguridad de los pacientes. Este proceso culminó con la publicación de un texto fundamental, patrocinado por el IOM, que estimó rigurosamente la magnitud de eventos adversos ocurridos anualmente en ese país como consecuencia de la atención médica (IOM, 2000). Los resultados de ese trabajo fueron tan impactantes que a partir de esa fecha surgió una extendida preocupación en los gobiernos, los profesionales, las agencias internacionales y la opinión pública por conocer la situación de la seguridad de los pacientes e incorporar sistemáticamente acciones en su favor.

A partir de la creación en 2004 de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes, la seguridad del paciente ha quedado claramente incorporada como componente esencial de la calidad de la atención. Posteriormente el análisis comienza a hacerse más minucioso, e incluye nociones sobre métodos de evaluación, muestreo de poblaciones y la necesidad de complementar con información cualitativa proveniente de entrevistas (Lerner 1964).

## Conclusiones

Aún queda mucho por debatir en torno a la evaluación de la calidad de atención. Aquí se ha presentado un modelo conceptual basado en los principales aportes de Avedis Donabedian, quien plantea diferentes niveles de análisis de acuerdo a la interpretación que se adopte: la atención técnica exclusiva, la visión de la calidad individualizada, o la perspectiva social. Estos diferentes niveles coinciden en la incorporación de los elementos de estructura, procesos y resultados. La interacción entre ellos permite definir rutas de avance para lograr la máxima calidad posible. Garantizar la seguridad de los pacientes es una de las principales pretensiones de la perspectiva individualista, mientras que mejorar las condiciones de salud de los grupos a los que va dirigida la atención es el objetivo último de la perspectiva social. No es forzoso, sin embargo, adoptar sólo una de ambas perspectivas, pues es posible combinarlas en cualquiera de las modalidades de práctica médica. Este parece ser el reto de un sistema de salud que, teniendo como centro de preocupación a los usuarios de los servicios, no olvide que además de individuos enfermos son también titulares de derechos y miembros de grupos con los que a menudo comparten condiciones económicas, sociales y culturales y, por lo tanto, expectativas, esperanzas y exigencias semejantes sobre la atención que reciben.

Estas son algunas de las cuestiones que pueden derivarse de las propuestas de Donabedian. En asuntos de calidad de la atención, no habría que tomar decisiones de política pública sin haberlas considerado detenidamente.

## Referencias

- Aguirre-Gas H (1993). *Calidad de Atención Médica*. México DF: Conferencia Interamericana de Seguridad Social.
- Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, pp.166–206.
- Donabedian A. (1984). *La calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian A (1985). *Explorations in quality assessment and monitoring Vol. III. The methods and findings of quality assessment and monitoring: An illustrated analysis*. Ann Arbor, Michigan: H. A. Press.

- IOM (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America & IOM: National Academy Press.
- Lerner M & Riedel D (1964). The teamster study and the quality of medical care. *Inquiry* (1):69–80.
- Moreno E (1992). *Calidad de la atención primaria: aporte metodológico para su evaluación*. Tucumán, Argentina: Univ. Nacional de Tucumán.
- Ross A, Luis J, Infante A (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*; 8(1):93–8.
- Dahlgren G, Whitehead M (2006). *Policies and strategies to promote social equity in health* (Background document to WHO). Institute for Future Studies. Estocolmo, Suecia. Disponible en: <http://core.kmi.open.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>

# Historia de la institucionalización de la calidad de la atención en México

Mónica Correa Mendoza, Blanca Villa Contreras,  
Maricruz Muradás Troitiño y Francisco Garrido Latorre

---

Desde la década de los noventa los organismos internacionales han sugerido sistemáticamente la adopción de modelos de evaluación que permitan apreciar la mejoría de la satisfacción y el incremento de la seguridad de los pacientes durante su atención (Paganini, 1993). En el Informe 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se afirma que el otorgamiento de un trato adecuado a los pacientes es uno de los objetivos esenciales de los sistemas de salud, prácticamente en el mismo nivel de importancia que los objetivos de mejorar los niveles de salud y de evitar el empobrecimiento por enfermedad (OMS, 2000).

A la fecha, la OMS considera que la calidad es una cualidad de la atención sanitaria que resulta esencial para el logro de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud. Desde una perspectiva socioeconómica, la supervisión de la calidad de los servicios de salud ha obedecido a la necesidad de tener mayor control de los recursos, las acciones y los resultados, por lo que ha prevalecido un enfoque gerencial que busca la eficiencia (Castro, 2004).

En México se han hecho múltiples esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios otorgados por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Este proceso alcanzó su clímax en el año 2001 con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), el primer programa de carácter nacional dirigido a elevar la calidad de estos servicios.

La CNCSS fue sustituida a partir de 2007 por SICALIDAD. Ambos programas se distinguen por haber intentado generar impactos positivos en todo el SNS del país. Sus antecedentes más importantes, lejos de tener un alcance nacional, comenzaron como iniciativas de profesionales de la medicina interesados en conocer las condiciones en las que se atendía a los pacientes dentro de sus propias instituciones.

### **Primeros esfuerzos para incrementar la calidad de los servicios de salud**

Los trabajos por la mejora de la calidad de la atención médica en México iniciaron en 1956 con la revisión extraoficial de expedientes clínicos en el recién inaugurado Hospital de la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Sauceda, 2000).

Una década después, en 1967, se creó la Comisión de Supervisión Médica del IMSS y la Subdirección General Médica de la misma institución editó una serie de documentos con el propósito de capacitar a los prestadores de servicios en la evaluación del expediente clínico (referidos a la auditoría médica en 1961, a las instrucciones médico administrativas en 1962, a la evaluación médica en 1972 y al expediente clínico en la atención médica en 1973). Estos documentos sirvieron como base para que otras instituciones como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1975 y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en 1982 establecieran sus propios procedimientos de evaluación del expediente clínico (Aguirre-Gas, 1990, 1997 y 2008).

A partir de la década de los setenta se incrementó notablemente el número de investigaciones y publicaciones relacionadas con la evaluación de la atención médica. No obstante, muchos trabajos como los de González Montesinos y Lee Ramos, abundaron en la evaluación del expediente clínico (Aguirre-Gas, 1990); de modo que en la práctica, la primera gran evaluación de la calidad se concentró en la revisión de 26 mil expedientes del IMSS cuyos resultados se publicaron en 1976.

Otras publicaciones e investigaciones que abordaron el tema de la calidad en los servicios de salud se centraron en aspectos que no se habían evaluado; la relación entre calidad y eficiencia, por ejemplo, se abordó por Enríquez de la Fuente, mientras que los trabajos de autores como Regis, Tamayo Pérez y Garduño Navarro enfatizaban la importancia de una buena relación médico-paciente. Varias publicaciones trataron otros temas como la infraestructura médica, el abasto de medicamentos, la capacitación de los prestadores de servicios y la autoevaluación. Por su parte, trabajos como los de González Posada y Donabedian cambiaron el enfoque acerca de la atención médica y su evaluación centrándose en aspectos novedosos como la satisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios, así como la administración de los servicios de salud (Aguirre-Gas, 1990).

Durante los ochenta los esfuerzos por la mejora en la calidad en el sector salud fueron más frecuentes, nuevamente el IMSS fue pionero al proyectar en 1981 sus comités médicos asistenciales y en 1983 sus sistemas de evaluación y autoevaluación integral de unidades médicas. En 1984 editó su “Instructivo de organización y procedimientos del Comité de Detección, Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias”, y al año siguiente el ISSSTE publicó el “Manual de organización y funcionamiento de los Comités de Infecciones Intrahospitalarias, Morbilidad y Mortalidad Hospitalaria y Tejidos”, así como el “Manual de evaluación de la atención en unidades médicas de segundo y tercer nivel” (Aguirre-Gas, 1990).

Como una alternativa a los modelos de evaluación de la calidad de la atención desarrollados en el IMSS, en el Instituto Nacional de Perinatología de la SS se crearon en 1985 y 1986 los primeros círculos de calidad, utilizados con frecuencia en la industria,\* los cuales se implantaron en el marco del primer programa de garantía de calidad descentralizado y participativo en el que se pretendió involucrar a los prestadores directos de los servicios de salud, cuya responsabilidad, aun tomando en cuenta los problemas determinados por la insuficiencia de recursos financieros

---

\* Los programas de mejora continua de la calidad provienen de la industria manufacturera y comenzaron a ser adaptados a mediados de los ochenta en las industrias de servicios. Al final de los ochenta los ministerios de salud de 30 países habían comenzado a emplear este enfoque para adecuar sus programas (Sauceda, 2000)

y materiales, se consideró primordial en el proceso de producción de los servicios\* (Ruelas, 1990).

Aunque los trabajos en materia de evaluación y garantía de calidad se orientaban casi exclusivamente al segundo y tercer nivel de atención, también comenzaron a desarrollarse programas de garantía de calidad en el primer nivel de atención. El primero de ellos se aplicó únicamente al programa de inmunizaciones de un centro de salud de Ciudad Nezahualcóyotl (Reyes, 1990). A fines de los ochenta se establecieron también los “círculos de compromiso” en los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, concebidos como parte de un programa centrado en técnicas organizacionales cuyo éxito dependería en gran medida del desarrollo de los recursos humanos y de una “cultura por la calidad” (Laguna, 1990).

En general, durante las décadas de los setenta y ochenta los programas de evaluación de la calidad de los servicios de salud se elaboraron con base en un enfoque gerencial y administrativo, en donde “la búsqueda y evaluación de la calidad era un objetivo implícito en las demás acciones de la atención a la salud”. Lo anterior se modifica en la siguiente década, caracterizada por un “reconocimiento explícito de una calidad deficiente en los servicios y la necesidad de redirigir y focalizar la atención de la salud” (Castro, 2004:47).

## **Antecedentes de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**

Uno de los primeros intentos de investigación sistemática de la calidad de los servicios de salud hechos en México se realizó exclusivamente para detectar problemas en los servicios de planificación familiar. En 1997 el Consejo Nacional de Población, el IMSS y el ISSSTE realizaron un diagnóstico de la calidad de la atención en los servicios de planificación fa-

---

\* En los ochenta se desarrollaron otras importantes experiencias de garantía de calidad. Además de la experiencia norteamericana, en Canadá se implantó una ley que exigía a todos los hospitales el diseño de programas de garantía de calidad. En Europa destaca la creación del Consejo de Garantía de Calidad de Hospitales de Holanda (Ruelas, 1990).

miliar que derivó en una conceptualización de la calidad y la propuesta de un sistema de seguimiento de la calidad de los servicios otorgados. Ese mismo año la SS realizó una investigación para conocer el grado de difusión y aplicación de las normas oficiales relativas a la salud reproductiva (Castro, 2004). La CNCSS utilizó estos insumos y los resultados de numerosas encuestas que, aunque no abordaran directamente el tema de calidad, exploraban temas relacionados, como el acceso y la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud.

Este es el caso de los resultados de la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud realizada por la Fundación Mexicana para la Salud, que en 1994 indicaban que el 44% de los encuestados consideraba que la mala calidad era el principal problema de estos servicios (SS, 2002). Según la misma encuesta del año 2000, la mayoría de los entrevistados percibía un empeoramiento de los servicios en comparación con los que se ofrecían en 1994 (Castro, 2004). Como puede observarse la CNCSS no partió de cero.

En los años noventa los avances en la mejora de la calidad continuaron sin llegar a ser nacionales, pero se aplicaron en forma cada vez más generalizada dentro de las instituciones. Algunas de las experiencias institucionales más importantes que se incorporaron a su diseño fueron el Plan Integral de Calidad (PIC) del IMSS, las encuestas de satisfacción aplicadas en las unidades médicas del ISSSTE y las acciones del Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención Médica (PMC) de la SS llevadas a cabo durante la década de los noventa.

A continuación se describen sucintamente algunas de las experiencias desarrolladas en el Sistema Nacional de Salud.

### La experiencia del IMSS

En el IMSS se detonó un movimiento por la calidad de los servicios con el que dieron inicio procesos de mejora continua apoyados en consultores norteamericanos. A mediados de la década se estableció la Unidad de Organización y Calidad (convertida posteriormente en una Dirección),

mediante la cual se pretendió elevar la calidad de forma más sistematizada. También se estableció el Premio IMSS de Calidad, diseñado primero con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Calidad Total y posteriormente con la Universidad Iberoamericana (SS, 2001b).

Con el precedente de dos décadas en las que se experimentaron diversas técnicas de administración de la calidad, un grupo de trabajo integrado por el Cuerpo de Gobierno Institucional y representantes del Comité Ejecutivo Nacional del Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS) elaboró el Plan Integral de Calidad (PIC). Al crearse la Dirección de Organización y Calidad en 1997, el PIC aún carecía de la estructura orgánica que lo concertaría y del diseño de la estrategia que le permitiría consolidarse (Lara, 2002).

El PIC implicaba un cambio de la producción estandarizada de servicios a un enfoque de satisfacción del usuario, lo que requería de cambios estructurales, funcionales y de cultura laboral que no podían producirse por decreto. Dada la rigidez de la estructura sindical se optó por la construcción de una estructura paralela, haciendo partícipe al SNTSS de la gestión de cambio. Este hecho permitió que el PIC fuera consensuado y aceptado por los actores que lo llevarían a cabo, lo cual contribuyó a la legitimación del proceso de mejora.

Los primeros servicios a los que se decidió orientar el PIC fueron los que surgieron del análisis de su sistema de quejas, y paralelamente a su puesta en marcha se avanzó en la cultura de la medición de los procesos mediante indicadores y estándares de efectividad y eficiencia. Se diseñaron encuestas a usuarios y sistemas de información, entre los que destacaba un sistema de información estadística integrado con reportes bimestrales que permitía apreciar la movilización por la calidad, término utilizado para referirse a la respuesta operativa al PIC. Entre 1998 y 2000 se desarrollaron 743 proyectos y de ellos 406 alcanzaron sus metas.

Hay que señalar, sin embargo, que en el primer año los proyectos del IMSS solo se implantaron en alrededor del 10% de sus unidades médicas; en 1999 se llegó al 30% y en 2000 descendió al 23% (Lara, 2002).

## Acciones emprendidas por la Secretaría de Salud

El desarrollo de las jurisdicciones sanitarias fue el proyecto estratégico del Programa Nacional de Salud 1990-1994, el cual promovía el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud con énfasis en la atención primaria. Un suceso trascendente fue la creación en 1996 de la CONAMED, que tendría por objeto “contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios” (DOF, 1996).

Como una respuesta a la directriz de mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de servicios a la población sin seguridad social se creó en 1997 la Dirección de Calidad de la Atención Médica. Entre 1997 y el año 2000 se puso en marcha el Programa de Mejoría Continua (PMC) de la Calidad de la Atención Médica, cuyo objetivo general consistía en mejorar la calidad de los servicios otorgados en unidades médicas de la SS así como desarrollar una cultura de calidad basada en la medición de variables. Con el PMC se plantearon estrategias para la integración de estructuras de apoyo a nivel estatal, la realización de un diagnóstico basal, capacitación, formulación y desarrollo de programas estatales y locales, desarrollo de unidades demostrativas de calidad, monitoreo y asesoría (SS, 2000).

En la práctica el PMC abarcó 28 entidades de la República y se ubicó en unidades de primer y segundo nivel de atención. Con el objetivo de tener una idea clara acerca de la capacidad de las unidades médicas para garantizar la calidad de la atención se realizó una evaluación basal en 180 jurisdicciones y más de tres mil unidades en las que se entrevistó a 15 869 prestadores de servicios, 28 mil usuarios y se revisaron más de 50 mil expedientes. Los instrumentos exploraron características de calidad en las dimensiones técnica e interpersonal, así como de estructura, proceso y resultado. Con la información recabada se integró un diagnóstico del nivel de calidad de los servicios de salud en México que sirvió como base para el inicio de la CNCSS (SS, 2002).

También con el objetivo de coadyuvar al mejoramiento de la calidad en el SNS se impulsó la formulación de un modelo de certificación de unidades

y se creó la Comisión Nacional de Certificación conformada por representantes de instituciones prestadoras de servicios médicos y formadoras de profesionales. El 1 de abril de 1999 la SS publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales (DOF, 1999a) y los criterios para realizar dicha certificación (DOF, 1999b). Se determinó que la certificación sería voluntaria y se convocó a las unidades a participar. Respecto a los resultados del Programa de Certificación, en el Programa de Acción de la CNCSS se dice que éste rebasó las expectativas fijadas en cuanto a los resultados cuantitativos para el año 2000, aunque se identificaron problemas que pusieron en entredicho su credibilidad.

### El ámbito privado

En el Programa de acción de la CNCSS se reconoce que incluso antes de la puesta en marcha del programa de certificación, varios hospitales privados habían iniciado procesos de mejora continua. En 1992 se creó la Sociedad Mexicana de Calidad de la Atención a la Salud (SOMECAS). Esta sociedad, en coordinación con la International Society for Quality in Health Care, convocó al Congreso Mundial de Calidad en los Servicios de Salud, el cual nunca se había realizado en un país de América Latina.

En 1995 surgieron las primeras empresas especializadas en la consultoría sobre el tema de calidad en los servicios de salud. La primera se enfocó en la evaluación y los procesos de mejora continua de la calidad técnica, mientras que la segunda se centró en la evaluación de la satisfacción de los usuarios y prestadores de los servicios. En 1999 surgieron más de diez empresas dedicadas a la certificación de hospitales.

### **La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**

En el Programa de Acción de la CNCSS se reconocía que, pese a los esfuerzos de instituciones públicas y privadas, se carecía hasta entonces de una estrategia que permitiera “dar coherencia e impulso a éstos”. El Programa

Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 identificó que los retos fundamentales del SNS se relacionaban con: a) la equidad; b) la calidad, y c) la protección financiera, de modo que se aludió a la CNCSS como una estrategia sustantiva para dar respuesta a los desafíos relacionados con la calidad.

La mejora de las condiciones de salud de la población mexicana se identificó como un reto de la calidad técnica. La calidad interpersonal también era un objetivo del PNS de manera que, para “garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud” (SS, 2001a:81) se estableció el concepto de “trato digno” como clave de la CNCSS.

En una de las líneas de acción del PNS 2001-2006 referida al financiamiento estratégico para la equidad y el desarrollo con calidad se menciona que la SS en coordinación con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) negoció un crédito blando con el Banco Mundial para financiar el Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES) durante el periodo 2002-2006, el cual se focalizaría en municipios de alta marginación (SS, 2001a). Apoyado con el cofinanciamiento internacional, federal y estatal, el PROCEDES planteó el reto de la equidad en el acceso a estándares mínimos de calidad en los servicios de salud. Además de allegar recursos a sectores marginados este programa comprendió un componente de financiamiento para la “capacitación gerencial y certificación en calidad para la gestión eficiente de los recursos públicos” (SS, 2001c:8), por lo que parte del dinero se destinó a la Cruzada. Asimismo, el PROCEDES se vinculó en materia de protección financiera con el funcionamiento del Seguro Popular de Salud y con el Programa de Apoyo a Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA) (SS, 2001c).

En julio de 2001 se creó –como resultado de la fusión entre la Dirección General de Enseñanza en Salud y la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud– la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). Entre las principales funciones encomendadas a la DGCES se encuentra la tarea de conducir la política nacional para elevar la calidad de los servicios de atención médica, proponer normas oficiales, diseñar, operar y evaluar mecanismos para mejorar la calidad, regular y operar el Programa de Estímulos a la Calidad, así como el Sistema de

Acreditación y Garantía de Calidad. Dada la naturaleza de sus funciones la DGCEs publicó en marzo del 2002 las primeras Reglas de Operación (RO) de la CNCSS como un programa institucional que operaría bajo su rectoría (DOF, 2002).

La CNCSS planteó líneas de acción desagregadas en documentos normativos, la realización de un diagnóstico inicial con base en los resultados de encuestas e investigaciones, documentos operativos para la evaluación y monitoreo, guías para la implementación de estrategias y un programa de capacitación.

Los Comités Estatales de Calidad (CECAS) fueron la estructura fundamental en la que se apoyó el programa (Castro, 2004). Con la CNCSS se buscó arribar a un “nuevo paradigma” en el que la calidad dejara de ser un aspecto implícito en la prestación de servicios para convertirse en una categoría explícita y medible, y en el que el paciente no fuera más un sujeto pasivo para convertirlo en un participante activo en el proceso de su atención.

#### *Objetivo, retos y estructura de la CNCSS*

El objetivo general de la Cruzada fue elevar la calidad de los servicios de salud de todo el país y llevarla a niveles aceptables claramente percibidos por la población.

Al inicio de la CNCSS se reconocieron cuatro grandes retos (SS, 2001b), mismos que se habían señalado en décadas anteriores por organizaciones académicas y civiles (Castro, 2004):

1. Percepción de mala calidad de los servicios de salud por parte de la población.
2. Alta variabilidad del nivel de calidad técnica.
3. Heterogeneidad de los niveles de calidad entre regiones geográficas, instituciones y al interior de las propias instituciones públicas y privadas.
4. Información pobre y poco confiable sobre el desempeño de los servicios de salud y sus niveles de calidad, lo que dificulta la toma adecuada de decisiones.

La CNCSS se concretó en aspectos de calidad que se traducirían en indicadores y se abocó a la atención de dos grandes vertientes: i) el trato digno, y ii) la atención médica efectiva, eficiente, ética y segura. Se adoptó el lema SONRIA cuyas primeras tres letras hacían referencia a la seguridad, la oportunidad y las necesidades satisfechas, y las tres restantes, desde la dimensión interpersonal, al respeto, la información y la amabilidad, y desde la dimensión técnica, a los resultados, los indicadores y la atención médica efectiva.

La CNCSS propuso tres estrategias: 1) impulso al cambio, 2) aprendizaje y respaldo, y 3) sustentación. Cada estrategia abarcó un conjunto de líneas de acción dirigidas a nivel de usuarios, prestadores de servicios y organizaciones del sistema de salud. En total se definieron 70 líneas de acción que debían ser operadas de acuerdo a las premisas de “empezar en casa”, el “principio 20/80” y la “secuencia 3+3”. La primera de estas premisas se refería a que los líderes y directivos no podrían exigir mejor desempeño a sus subordinados si ellos mismos no eran un caso digno de emular; el principio 20/80 consistió en identificar el 20% de las áreas en las que se genera el 80% de las problemáticas para enfocarse en ellas, y finalmente, la secuencia 3+3 implicaba no pretender abarcar demasiadas líneas de acción al mismo tiempo sin la posibilidad de llevarlas a cabo de forma eficiente. A su vez, estas líneas de acción se agruparon en los siguientes diez factores clave (SS, 2001b):

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

Las estrategias y líneas de acción de la CNCSS se vincularon con los programas prioritarios relacionados con la prestación de servicios de salud tales como los de Arranque Parejo en la Vida, Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas y Atención al Paciente con VIH-SIDA.

### *Etapas y puesta en marcha de la CNCSS*

En la primera etapa de la CNCSS se procedió a la realización de un diagnóstico nacional y de manera paralela se persiguieron algunas metas de corto plazo (100 días) que sustentarían el impulso al cambio (SS, 2001b).

De acuerdo con la Guía para el Plan de Arranque de la CNCSS, los indicadores a evaluar en el primer nivel de atención y en los servicios de urgencias fueron: el tiempo de espera, la satisfacción por el tiempo de espera, el surtido de recetas, la satisfacción por el surtido de recetas, la información del médico al usuario y la satisfacción por la información del médico. (Castro, 2004)

En la segunda etapa de la CNCSS, con énfasis en el aprendizaje y respaldo, se priorizó la operación de líneas tales como la divulgación de indicadores básicos de calidad, el establecimiento de programas de educación sobre, para y de calidad, el desarrollo de programas de actualización y la evaluación periódica de la calidad de la atención (SS, 2001b). Se plantearon 50 indicadores a evaluar y monitorear tanto en el primer nivel de atención como en los hospitales; los indicadores para primer nivel se relacionaron con el control prenatal, la atención por enfermedad diarreica e infección respiratoria aguda infantil y la atención a pacientes diabéticos e hipertensos, mientras que para los servicios de urgencias los indicadores se relacionaron con las infecciones hospitalarias, el porcentaje de cesáreas y el diferimiento quirúrgico (SS, 2002).

La CNCSS puso en relieve el papel de la participación ciudadana a través de la figura del Aval Ciudadano, como instrumento de las organizaciones civiles e instituciones académicas para constatar los avances en la satisfacción de los usuarios. El Aval Ciudadano, cuyos lineamientos

operativos se publicaron en 2005, formó parte del Modelo Sectorial de Monitoreo para la Gestión de la Calidad y de los CECAS.

Con la figura del Aval Ciudadano se impulsó la integración de las organizaciones y grupos ciudadanos para que ejercieran y difundieran los resultados del modelo de monitoreo ciudadano e impulsaran mejoras del trato digno mediante mecanismos como la elaboración de cartas compromiso (SS, 2005).

Asimismo, con base en la medición de la calidad propuesta por Donabedian, se instauró el Sistema de Medición y Difusión de Resultados (Castro, 2004).

### *Balance de la CNCSS*

Pese a factores como la resistencia al cambio y las limitaciones operativas, la CNCSS “contribuyó de manera destacada a generar una cultura de la calidad en todo el sector salud” (SS, 2007a:18). Aunque una de las principales problemáticas de la CNCSS fue la “atomización de algunas de las iniciativas adoptadas” (SS, 2007b:20), entre 2001 y 2006 destacó el avance de algunas líneas de acción como la promoción del Aval Ciudadano y su monitoreo de aspectos como el trato digno, los tiempos de espera y el surtimiento de recetas; el sistema de seguimiento de quejas y sugerencias “Calidatel”; el establecimiento del Plan Nacional de Capacitación en Calidad; el desarrollo del Sistema Nacional de Indicadores en Calidad que llegó a concentrar información referente a indicadores de tiempos de espera y satisfacción de más 11 mil unidades de primer nivel de atención y 778 hospitales; el funcionamiento de los Comités Estatales de Calidad; el establecimiento del Premio Nacional de Calidad; y la acreditación de 1,231 unidades prestadoras de servicios al Seguro Popular durante 2001-2005.

Una mirada crítica a la CNCSS (Castro, 2004) implica –entre otras cosas– el reconocimiento de que si bien el Estado manifestó, mediante la puesta en marcha de la Cruzada, su intención de cumplir en el otorgamiento de servicios médicos de calidad, con ella no se planteó atacar

problemas relacionados con la violación de los derechos humanos o con la perspectiva de género. Por ejemplo, pese a que esta última se anunciaba tanto en el PNS como en el Programa de Acción en Materia de Evaluación del Desempeño 2001-2006, la perspectiva de género no figuró en los instrumentos de evaluación ni en la capacitación brindada a los prestadores de servicios médicos. También destaca el hecho de que si bien los altos porcentajes de satisfacción de los usuarios son creíbles, hay que tomar en cuenta las formas particulares mediante las que se obtuvieron los datos referentes a la mejora de la calidad, y en general, la relatividad con la que los usuarios definen la calidad ya que, aunque tienden a estar más informados y demandar más y mejores servicios, para una gran cantidad sus expectativas no suelen ir más allá de ser atendidos.

### **Justificación de SICALIDAD**

El fin de la administración marcó el fin de la CNCSS. Al inicio de la administración 2006–2012, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud realizó un diagnóstico en el que se contempló la experiencia de la CNCSS y se identificaron áreas de oportunidad para el desarrollo del nuevo programa de acción en materia de calidad de la atención (INSP, 2007).

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 señalaba que además de mejorar las condiciones de salud era importante “brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente” (SS, 2007a:166). Para alcanzar este propósito se estableció como estrategia “implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos” el cual garantizara un desempeño eficiente de los servicios de salud\* (SS, 2007a:167). Con esta base, el sistema integral de calidad propuesto debería desplegar una estrategia que situara la calidad en la agenda permanente del SNS,

---

\* El énfasis en el abasto oportuno de medicamentos solo se retomó en el objetivo general del programa establecido en las primeras Reglas de Operación de SICALIDAD, publicadas en diciembre de 2007. En las RO subsecuentes el objetivo general del programa no volverá a abordar este problema.

permitiera la mejora continua, la adopción de modelos de excelencia, el desarrollo de la calidad técnica y la calidad percibida de los servicios de salud. Adicionalmente, estas acciones deberían evaluarse con indicadores que pudieran medir dichos atributos.

El Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2007-2012 recogió estas propuestas agregando que todo sistema de salud está obligado a ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, capaces de responder a las expectativas de los usuarios con servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo. Se aludía a “la enorme heterogeneidad” entre los principales prestadores de servicios como “el principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad” (SS, 2007b:65). El PRONASA señaló que situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud era una de las cinco estrategias con las que el Gobierno Federal cumpliría su función de rectoría efectiva en materia de salud. Para ello se establecieron ocho líneas de acción (SS, 2007b:103):

1. Implantar el Sistema Integral de Calidad en el SNS
2. Incorporar los programas de calidad en la formación académica
3. Impulsar la utilización de las Guías de Práctica Clínica (GPC)
4. Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos
5. Proteger los derechos de los pacientes
6. Diseñar e instrumentar una Política Nacional de Medicamentos
7. Fortalecer la vinculación de la bioética con la atención médica
8. Actualizar el marco

Con el propósito de accionar la primera de estas líneas, misma que dicta la necesidad de contar con “un sistema sectorial de calidad que incorpore la medicina basada en evidencia, el modelo de calidad total, la difusión de buenas prácticas y la orientación de los servicios hacia el usuario, y que vincule el financiamiento a los esfuerzos por la mejora de la calidad percibida”, el PNS propuso el desarrollo de las siguientes acciones (SS, 2007b:103):

1. Crear un Comité Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
2. Fortalecer la cultura de calidad mediante el Premio Nacional de Calidad en Salud
3. Reestructurar el proceso de certificación de la calidad
4. Acreditar las unidades de salud prestadoras de servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)
5. Incorporar compromisos de calidad en los acuerdos de gestión del SPSS
6. Fortalecer y consolidar la figura de Aval Ciudadano
7. Vincular los hospitales públicos al proyecto de seguridad del paciente
8. Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales
9. Garantizar la calidad en la documentación médica
10. Favorecer el uso racional de medicamentos
11. Medir regularmente la satisfacción de los usuarios
12. Distribuir y capacitar en el uso de GPC y protocolos de atención

#### *Programa de acción y estructura de SICALIDAD*

En este contexto SICALIDAD fue diseñado como el instrumento de rectoría sectorial a partir del cual podría ponerse en marcha una política pública dirigida encaminada a elevar la calidad de los servicios de salud en el país. Con este programa se trató de lograr una articulación interinstitucional con el ISSSTE, el IMSS, PEMEX, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina (INSP, 2007).

Para garantizar que los servicios prestados por el Estado resultaran satisfactorios para los usuarios y fueran efectivos y seguros, la estrategia elegida fue desplegar acciones en tres dimensiones: i) los ciudadanos, ii) los profesionales de la salud, y iii) las organizaciones de salud. Como elemento táctico fundamental se propuso atender las recomendaciones de la OPS, relativas a situar la calidad en la agenda permanente del SNS, lo cual quedó plasmado en el Programa de Acción Específico (PAE) 2007-2012 de SICALIDAD señalando la vocación rectora del programa.

La misión de SICALIDAD planteada en el PAE fue contribuir a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud, mediante proyectos, lineamientos e instrumentos enfocados a los usuarios y los profesionales de la salud. Como visión, el programa pretendía arribar a un escenario en que México contara con un SNS que diera satisfacción a las necesidades y expectativas de los usuarios y los profesionales, que fuera “reconocido por su calidad técnica y por la calidad de las organizaciones que la componen, con enfoque de calidad total y pensando en la seguridad del paciente” (SS, 2007c:24).

En el PAE se estableció también la necesidad de organizar directamente los esfuerzos de los actores representados en el Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS), los CECAS y los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP). De esta forma, el Gobierno Federal se propuso racionalizar las acciones nacionales en favor de la calidad, instituyendo una política sectorial cuyo principal instrumento fuera el Sistema Integral de Calidad en Salud.

Los principales retos relacionados con la calidad de los servicios de salud identificados en el PAE fueron: a) la generación de confianza ciudadana en las instituciones de salud, favoreciendo su legitimidad y respondiendo de manera eficiente a sus expectativas y problemas de salud; b) la institucionalización de la calidad, haciendo efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, garantizando una atención de calidad y protegiendo la seguridad de los pacientes, y c) la difusión de buenas prácticas y modelos de excelencia y gestión de la calidad, que permitieran la difusión del más avanzado conocimiento entre los prestadores de servicios. De acuerdo con el PAE, responder a estos retos permitiría mejorar los indicadores de calidad técnica, seguridad del paciente y calidad percibida en los establecimientos de atención médica. La identificación de los retos mencionados se tradujo, en los componentes que dibujaron la estructura del programa.

En las primeras Reglas de Operación de SICALIDAD, publicadas el 30 de diciembre de 2007, se planteó que la elevación de la calidad de los servicios de salud podía lograrse con un enfoque basado en tres com-

ponentes: a) la calidad percibida por los usuarios; b) la calidad técnica y seguridad del paciente, y c) la calidad en la gestión de los servicios de salud (también denominada institucionalización de la calidad). Más tarde, a partir de la publicación de las RO 2009 se incluiría como cuarto componente uno referido a los proyectos de apoyo y reconocimiento. Inicialmente el programa se componía de veinte líneas de acción agrupadas en los primeros tres componentes mencionados, sin embargo, a partir de las RO 2009 el número de líneas de acción agrupadas en cuatro componentes ascendió a 29, en 2011 llegó a 34 y en 2012 se definieron 33.

Desde las primeras RO se estableció a la DGCES como la instancia normativa de SICALIDAD. Esta entidad sería la responsable de desarrollar las líneas de acción, proporcionar asesoría para la implementación de los proyectos, así como recibir y revisar las solicitudes de apoyo en los términos y plazos marcados en las convocatorias. La DGCES también se encargaría de la recepción de los reportes de avance financiero que, con el objetivo de conocer la eficiencia de la operación del programa, deben ser formulados por los Servicios Estatales de Salud (SESA).

Actualmente la DGCES reconoce y apoya financieramente unidades de salud para el desarrollo de proyectos enfocados a la mejora de la calidad relacionados con los componentes y las líneas de acción de SICALIDAD. Los apoyos de hasta 400 mil pesos se otorgan a proyectos de capacitación, investigación u operación; mientras que mediante compromisos de calidad asentados en acuerdos de gestión las unidades beneficiarias pueden acceder a recursos hasta por 150 mil pesos (si son centros de salud) y hasta 300 mil (si se trata de hospitales). Por su parte, los reconocimientos implican el otorgamiento de recursos que van desde 200 mil a 500 mil pesos.

Aunque existe una gran cantidad de oportunidades de mejora, la mayoría de las unidades médicas cuentan hoy en día con comités de calidad y figuras como los avales ciudadanos y los gestores de calidad que se encargan de impulsar SICALIDAD mediante la facilitación de herramientas y el desarrollo de políticas como el seguimiento de indicadores y el análisis de quejas, todo con el fin de coadyuvar al desarrollo de una cultura de la calidad a nivel local, regional y nacional.

Al final, la calidad de la atención en los servicios de salud es un compromiso permanente debido a la alta complejidad del sector y las transformaciones constantes que hacen imposible llegar a un estándar de calidad ideal que se mantenga fijo en el tiempo. En este sentido, el compromiso de calidad en el sector salud se traduce en un esfuerzo sistemático para la mejora continua, en el que el SICALIDAD ha implicado, al igual que la CNCSS, la instrumentación de una amplia estrategia sectorial del Gobierno Federal.

## Referencias

- Aguirre-Gas H (1990). Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. *Salud Pública de México*, 32(2):170-180.
- Aguirre-Gas H (1997). Administración de la calidad de la atención médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 35(4):257-264.
- Aguirre-Gas H (2008). Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. *Cirugía y Cirujanos*. 76(2):187-196.
- Castro M (2004). La Cruzada Nacional por la Calidad en Salud: una mirada sociológica. *Región y Sociedad*. XVI(30): 43-83.
- Diario Oficial de la Federación (1996). Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud, México D.F., 3 junio 1996.
- INSP. Informe Final de Evaluación Programa SICALIDAD, (evaluación de diseño 2007).
- Laguna J, Salinas C (1990). Mejoría de la calidad de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal. *Salud Pública de México*. 32(2):221-224.
- Lara R (2002). Plan Integral de calidad 1998-2000: Experiencias del movimiento por la calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *El Cotidiano*. 18(112):24-36.
- OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf)
- Paganini, JM (1993). Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria: la relación entre estructura, proceso y resultado. Serie HSS/SILOS No. 30. OPS. Washington, DC: pp. 104.
- Reyes H, Meléndez V, Vidal L (1990). Programa de Garantía de Calidad en el primer nivel de atención. *Salud Pública de México*. 32(2):232-242.
- Ruelas E, Reyes H, Zurita B, Vidal L, Karchmer K (1990). 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*. 32(2):207-220.
- Sauceda A, Durán L, Hernández B (2000). Evaluación de un Programa de Monitoria de la Calidad de los Servicios otorgados por una Organización no Gubernamental. *Salud Pública de México*. 42(5):422-430.
- Secretaría de Salud (2000) Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica 1997-2000. Documento disponible en: HYPERLINK "<http://www.ashp.com.mx/socios/word/Calidad%201.doc>" [www.ashp.com.mx/socios/word/Calidad%201.doc](http://www.ashp.com.mx/socios/word/Calidad%201.doc)

- Secretaría de Salud (2001a). Programa Nacional de Salud 2001-2006. Documento Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>
- Secretaría de Salud (2001b). Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001-2006. Documento disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>
- Secretaría de Salud (2001c). Programa de Calidad, Equidad y Desarrollo en Salud (PROCEDES).
- Secretaría de Salud (2002). Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Principales Aspectos y Logros. Presentación disponible en: <http://www.reeme.arizona.edu/materials/Calidad.pdf>
- Secretaría de Salud (2005). Lineamientos Operativos para el desarrollo del Aval Ciudadano, CNCSS, 2005.
- Secretaría de Salud (2007a). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Secretaría de Salud, México, D.F., 2007.
- Secretaría de Salud (2007b). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud, México, D.F., 2007.
- Secretaría de Salud (2007c). Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud, SICALIDAD. México: SSA.

# La gestión estratégica de SICALIDAD: evaluación integral

Jesús Vértiz Ramírez, Edgar Jarillo Soto, Victoria Castro Borbonio,  
Ángel Fernando Galván García y Martín Silberman

---

La evaluación estratégica de una iniciativa pública debe tomar en cuenta su capacidad para crear valor público; es decir, para satisfacer alguna necesidad esencial de la sociedad y proporcionar bienestar. La creación de valor por una iniciativa pública considera tres dimensiones: sustantiva, política y operativa. La dimensión sustantiva se refiere a la congruencia entre el propósito de la iniciativa, la necesidad social que se pretende satisfacer y el beneficio a proporcionar. La dimensión política implica la identificación de la capacidad de los directivos responsables de la iniciativa para obtener apoyo y construir legitimidad en torno a ella. Por último, la dimensión operativa contempla la capacidad directiva para organizar los procesos y las personas, así como la obtención de recursos adicionales para avanzar en el propósito central de la iniciativa (Moore 1998, 2004).

En este capítulo se utiliza la propuesta de Moore para realizar el análisis estratégico del Programa de Acción Específico (PAE) de SICALIDAD. En primer término, para evaluar la dimensión sustantiva, es decir, para conocer la justificación del programa, se toman en cuenta los aspectos más relevantes del contexto de surgimiento, especialmente si fueron expresados en su propósito y naturaleza. En segundo lugar se revisa la forma en que se llevó a cabo la gestión política de la iniciativa. El análisis de la dimensión operativa se llevará a cabo en los siguientes capítulos.

Según Santacruz y cols. (SS, 2012), los resultados de la CNCSS sirvieron de fundamento para dar continuidad a la política de calidad en el Sistema Nacional de Salud para el período 2007–2012. Por ello, el capítulo incluye un apartado que contrasta los resultados del análisis de las dimensiones sustantiva y política con las limitaciones en la ejecución de la Cruzada que SICALIDAD se planteó superar (SS, 2007b).

Al final del capítulo se presenta una serie de conclusiones generales que podrían ser útiles para formular una iniciativa nacional destinada a mejorar la calidad de los servicios de salud.

### **Dimensión Sustantiva**

Es relevante estudiar la dimensión sustantiva de una política pública para identificar las necesidades de la sociedad que deben ser atendidas. Realizando este análisis es posible mantener el foco directivo de la política, identificar las tareas administrativas clave para su permanencia y movilizar el apoyo externo e interno (Moore 1998). Las preguntas que permiten revisar a SICALIDAD a la luz de la dimensión sustantiva son: ¿se justificaba la formulación de un sistema integral de calidad en México?, ¿cuál fue la misión que persiguió este sistema?, ¿cuál es el beneficio social que orienta el Programa?, ¿logró SICALIDAD situar a la calidad de la atención en la agenda del SNS?

**¿Se justificaba la formulación de un sistema integral de calidad en salud en México?**

Los documentos fundamentales de SICALIDAD (Córdova, 2007a; Poder Ejecutivo Federal, 2007; SS, 2001, 2007, 2007a, 2007b), evidencian la baja calidad técnica de la atención asociada a la baja efectividad de las acciones de salud y a fallas en el tratamiento y el encarecimiento de la atención (SS, 2007b). Además, el bajo nivel de calidad técnica se asociaba también con la ocurrencia de fallas en la seguridad de los pacientes (incidentes, eventos adversos y cuasi-fallas), muchas de las cuales

pueden provocar daños no relacionados con la enfermedad por la que acuden los usuarios a los servicios de salud (*Committee on Patient Safety and Health Information Technology Board on Health Care Services*, 2012; OPS, 2007). Finalmente, se han identificado evidencias históricas y actuales que justifican la necesidad de fortalecer las acciones de las instituciones de salud en materia de calidad de los servicios, tanto en las dimensiones de calidad técnica y seguridad de la atención como en materia de trato adecuado (Aguirre, 1991; Hamui 2013; Ramírez 1995; Ramírez 1998; Ruiz 1990).

Por otro lado, el análisis del contexto internacional en el que surge SICALIDAD deja claro que la planeación, organización y prestación de los servicios de salud está marcada desde hace varias décadas por el surgimiento y desarrollo de la bioética y los derechos humanos, especialmente el derecho a la salud y a su protección, así como los derechos al bienestar social y a la vida digna, a la autonomía y a la diferencia (Ruiz 1990; OMS, 2009). Aunado a esto, en una situación social caracterizada por la inequidad y la falta de oportunidades, las políticas públicas tienen el compromiso de contribuir a fortalecer valores democráticos como la justicia, la igualdad de oportunidades y la solidaridad (Dahlgren, 1992; Jusidman 2008; Starfield, 2001). De este modo, la OPS planteó que “la principal causa de deficiencia en la calidad de los servicios de salud es la falta de posicionamiento de los temas de calidad en las prioridades y agenda del sector salud”. (OPS, 2001; SS, 2007b)

La publicación del libro “Errar es humano” del IOM (IOM, 2000) cimbró los sistemas de salud en el mundo evidenciando que entre 44 mil y 98 mil pacientes morían anualmente en hospitales estadounidenses por causa de errores en el sistema de atención que pudieron haber sido prevenidos o evitados. El texto también muestra que es necesario definir los problemas prioritarios y las estrategias de seguridad que deberían seguirse. Desde entonces ha habido una intensa búsqueda de acciones para que el personal de salud que brinda atención directa –administradores de hospitales y reguladores de los sistemas de salud– disminuya el número de incidentes evitables.

Un año después el mismo Instituto publicó el informe *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century* (IOM, 2001), donde presenta una serie de propuestas para reducir el abismo entre la atención que el sistema es capaz de proporcionar y la atención que realmente proporciona. Una de esas propuestas consiste en el establecimiento de seis áreas de desarrollo estratégico de los sistemas de salud para prevenir los eventos adversos; estas son seguridad, efectividad, atención centrada en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad.

Como se ha señalado, entre los antecedentes de SICALIDAD en el ámbito nacional destacan el PIC del IMSS, el PMC de la SS, y la CNCSS (Lara, 2002; SS, 2001, 2007b, 2012). En el PAE de SICALIDAD se reconoce que la Cruzada:

“...permitió el rápido posicionamiento en el sector salud de dos elementos fundamentales: trato digno y atención médica efectiva, eficiente, ética y segura. Su implantación debió enfrentar obstáculos tales como la resistencia al cambio, deficiencia e insuficiencia de personal y limitaciones en la operación de sus líneas de acción.” (SS, 2007b: 18).

En el mismo documento se señala:

“La atomización de algunas de las iniciativas adoptadas por la Cruzada, el desigual grado de penetración de las acciones por la calidad en las instituciones de salud, las distintas posiciones y estatus de las áreas de calidad en las organizaciones de salud y la dispersión de indicadores y proyectos referidos a la calidad son evidencias que justifican plantear y ejecutar un programa integral de calidad.” (Ídem: 20).

Con estos antecedentes se justificaba la necesidad de una política pública que orientara los esfuerzos para fortalecer el derecho de los ciudadanos a recibir servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad. Una política de ese tipo podría concretarse en un sistema responsable de coordinar todas las acciones en torno a la calidad de la atención de los diferentes actores del SNS.

En lo que respecta al carácter integral que la iniciativa necesitaba, resulta esclarecedor que la calidad puede ser parte de una política y una estrategia integral que complementa otras intervenciones para mejorar la cobertura, la equidad, la viabilidad financiera del sistema y la justicia financiera para sus usuarios. (SS, 2001:3)

El PAE también apunta que una estrategia de calidad en un sistema de salud no es viable si no forma parte de una política y proyecto que se puedan aplicar a todo el sistema y sus componentes. De esta forma, las mejoras en la dimensión interpersonal de la calidad generarían mayor aceptabilidad de la ciudadanía; un alto nivel de calidad técnica produciría mayor impacto en la salud y, consecuentemente, mayor confianza entre los usuarios. Al mismo tiempo, una organización más eficiente mejoraría la viabilidad financiera del sistema disminuyendo los costos. Por lo tanto, la búsqueda de mayor satisfacción del usuario con el servicio recibido, así como el incremento de la efectividad de la atención y de la seguridad del paciente, pueden separarse por razones de diseño y organización de las acciones, pero el alcance de cada una de estas metas depende del alcance de las otras y no pueden conquistarse de manera independiente.

Adicionalmente, la heterogeneidad de la atención y la variación de los niveles de calidad de los servicios de salud pueden ser en sí mismos síntomas de la falta de integración entre las funciones del sistema de salud (atención médica, formación de recursos humanos, desarrollo de investigación, financiamiento, evaluación y regulación). Es común la suposición de que la seguridad de los pacientes es responsabilidad exclusiva de los hospitales, y por lo tanto que las áreas relacionadas con las demás funciones del sistema de salud se abstengan de la responsabilidad que les corresponde en esta materia.

Otra razón para formular una iniciativa integral cuyo fin sea mejorar la calidad de los servicios de salud, procede de los atributos con los que debe contar la atención misma, disponibilidad, accesibilidad y costo. Es necesario que las mejoras en la calidad de los servicios se acompañen del aumento en su accesibilidad financiera, administrativa, geográfica y cultural. Si se circunscribe la mejora a los servicios sólo a su fácil acceso, se corre el riesgo de mantener o profundizar las inequidades en la provisión de los mismos.

En conclusión y considerando el contexto nacional en que surgió SICALIDAD, es posible afirmar que su formulación estaba plenamente justificada. A continuación se analizará si el propósito que se planteó para el programa en sus documentos fundacionales fue claro y adecuado para las necesidades del país en esta materia.

### ¿Cuál fue la misión que efectivamente persiguió SICALIDAD?

De acuerdo con sus documentos oficiales, la misión de SICALIDAD indica que:

El Sistema Integral de Calidad en Salud a través de proyectos, lineamientos e instrumentos enfocados a los usuarios, los profesionales de la salud y las organizaciones, contribuye a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud. (SS, 2007b:23)

Desde nuestro punto de vista, pueden identificarse cuatro deficiencias que afectan la claridad de la misión de SICALIDAD (contribuir a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente), estas son: primero, una definición inadecuada de la calidad de los servicios de salud; en segundo lugar, la inversión del orden de ideas en el texto de la misión; en tercer lugar, plantear como principal estrategia *situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud* y, finalmente, la naturaleza ambigua del programa. Enseguida se puntualiza cada una de estas deficiencias.

#### *A. Definición inadecuada de la calidad de los servicios de salud*

Tanto en las Reglas de Operación 2008 (Córdova, 2007a) como en el PAE (SS, 2007b) se define a la calidad como: *...el resultado de las intervenciones en salud en materia de atención médica efectiva y percepción de la atención por los usuarios del sistema de salud*. Esta definición se refiere solamente al resultado y deja de lado la estructura y los procesos de los servicios de atención (Donabedian, 1974, 1988). Los expertos reconocen que estos tres elementos se complementan y proveen un marco integral de operación y evaluación. Además, si se utiliza la definición de calidad planteada, es posible deducir

que la misión de SICALIDAD es *eleva el resultado de las intervenciones en salud*, pero no se encuentran elementos suficientes para dotar a esta afirmación de la precisión que requiere. Imprecisiones semejantes se encuentran en las definiciones sobre la calidad técnica y la calidad percibida. En los documentos oficiales no se define a la calidad interpersonal.

Si se consideraran los planteamientos originales de Donabedian, estas imprecisiones conceptuales podrían subsanarse (Donabedian, 1974). Utilizar las definiciones de calidad técnica y calidad percibida para explorar las dimensiones o atributos que componen un fenómeno complejo, como la atención de salud, conlleva el riesgo de perder una visión integral. En la separación que se hace las partes adquieren tal grado de autonomía que se propicia la fragmentación de enfoques y en consecuencia también se fragmentan las acciones para mejorar la calidad de la atención.

En otro de los documentos oficiales de SICALIDAD (2007c) se propone la siguiente definición de calidad, a todas luces deficiente: “...*Elementos del proceso en la prestación de servicios de salud tendientes a la mejoría de sus procesos.*”

Contar con una definición precisa y correcta de la calidad de los servicios de salud es indispensable para su evaluación y consecuente mejora (Saturno, 2013), y la carencia de ésta en los documentos oficiales de SICALIDAD pudo haber sido un obstáculo para avanzar en el cumplimiento de su misión. Además de que la formulación de la misión debió haberse enfocado, precisamente, en mejorar la calidad de la atención.

En razón de que los documentos oficiales no cuentan con una definición adecuada de la calidad de los servicios de salud se propone tomar como base la asumida por el IOM (Lohr, 1990), complementada con los enfoques de evaluación planteados por Donabedian. La definición de calidad de los servicios de salud que orientará la discusión en el resto de este capítulo es: *el grado en que la estructura y los procesos de los servicios de salud para individuos y poblaciones son congruentes con el conocimiento actual de los profesionales y aumentan la probabilidad de obtener los resultados deseados.*

En esta definición queda claro que la calidad de los servicios de salud es una cuestión de grado; es decir, existe un rango posible de calidad que oscila de *pésima a excelente*, que dependerá de las características de la estruc-

tura disponible, de la adecuación de sus procesos —donde cobra relevancia el apego al conocimiento científico actualizado— y de la relación estadística de esta combinación con el logro de resultados en salud. La mejora de la calidad consistirá entonces en la búsqueda sistemática de las configuraciones de estructura y procesos que con mayor probabilidad produzcan los resultados deseados en la salud de las personas. En síntesis, la mejora de la calidad de los servicios de salud deberá reflejarse necesariamente en la mejora en la salud de individuos y poblaciones.

Por otro lado, el orden de ideas en el texto de una misión determina la forma en que se valora el avance en su cumplimiento. Como se lee en la misión de SICALIDAD, se prioriza la realización de proyectos y la formulación de lineamientos e instrumentos. En segundo lugar figura elevar la calidad y la seguridad de los pacientes. Se puede asegurar que la misión soslayó “la enorme heterogeneidad que existe (...) entre los principales prestadores de servicios”, misma que el PNS 2007–2012 presentó como “el principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad” (SS, 2007).

Los indicadores descritos en las RO (Córdova, 2007a, 2009, 2010; Chertorivski, 2011; Juan, 2013) así como en el PAE muestran que el avance de SICALIDAD se midió a partir de la participación de entidades federativas y establecimientos de atención médica en los proyectos y líneas de acción propuestos, así como en la formulación de lineamientos e instrumentos. El cuadro 1 muestra los mecanismos propuestos para dar seguimiento al Sistema.

Como se puede observar, la mayoría de los indicadores y formas de seguimiento no se refieren a la mejora de la calidad o a la reducción de su heterogeneidad. La única consideración a un tópico de salud es la tasa anual de infecciones nosocomiales. La asociación a proyectos de SICALIDAD, la implementación de medidas para prevenir eventos adversos, el porcentaje de unidades acreditadas y el ejercicio total del presupuesto resultan insuficientes para dar cuenta de un verdadero avance en la mejora de la calidad de los servicios de salud o en la reducción de su heterogeneidad. La efectividad de la calidad debió contemplar su efecto en la salud de los pacientes.

### Cuadro 1. Seguimiento del avance del SICALIDAD

| Ámbito  | Forma de seguimiento   |
|---|--|
| <b>Calidad técnica y seguridad del paciente</b> | Asociación a proyectos SICALIDAD por parte de las unidades<br>Indicadores de avances por Proyecto<br>Unidades de salud que han implementado medidas para prevenir eventos adversos<br>Tasa anual de infecciones nosocomiales   |
| <b>Calidad percibida</b>                        | Respuesta a las peticiones de mejora del Aval Ciudadano<br>Encuestas de satisfacción a los usuarios  |
| <b>Institucionalización de la calidad</b>       | Acreditación de unidades de salud que prestan servicios al SPSS<br>Operación de Comités Estatales de Calidad<br>Seguimiento de avances del SICALIDAD en los órganos de gobiernos (sic) de los SESA<br>Indicadores de las RO para evaluar apoyos financieros al Premio Nacional por la Calidad, Acuerdos de Gestión y Capacitación en Calidad<br>Memoria anual de los COCASEP |

Fuente: PAE 2007–2012 Sistema Integral de Calidad en Salud.

Un problema adicional fue la variabilidad en la forma de plantear los indicadores y su clasificación. Véase, por ejemplo, uno de los indicadores más significativos del Sistema: porcentaje de unidades médicas asociadas a algún proyecto de SICALIDAD.

En 2008, este indicador, clasificado en la dimensión de cobertura, fue formulado de la siguiente manera:

$$(\text{Número de unidades incorporadas al SICALIDAD} / \text{Total de unidades públicas del Sistema Nacional de Salud}) * 100$$

En 2010 el mismo indicador fue clasificado en la dimensión de eficacia y su fórmula fue la siguiente:

$$(\text{Número de unidades asociadas a algún proyecto de SICALIDAD} / \text{Total de unidades públicas acreditadas del Sistema Nacional de Salud}) * 100$$

Esta definición se modificó en vista de que incluía en el denominador sólo a las unidades acreditadas. No obstante, por definición todas las unidades acreditadas estarían ya incorporadas a SICALIDAD. En 2011 se modificó la fórmula de la siguiente manera:

(Número de unidades asociadas a algún proyecto de SICALIDAD/Total de unidades públicas del Sistema Nacional de Salud)\*100

El último cambio se observa en las RO para 2013, donde nuevamente se modifica el denominador:

(Número de unidades asociadas a algún proyecto del Sistema Integral de Calidad en Salud/Total de unidades del Sector Salud)\*100

La tendencia a evaluar el avance del sistema exclusivamente mediante la medición de las acciones realizadas sin considerar los resultados en la salud de los individuos y las poblaciones queda expuesta también en el seguimiento de campañas como Cirugía Segura Salva Vidas y Está en tus manos (Heras, 2010, 2010b). En ambos casos, el seguimiento se centra en aspectos formales, como la firma de adhesiones por parte de coordinadores estatales de enfermería y directivos de hospitales, la difusión de carteles, la realización de actividades de capacitación o la disponibilidad de recursos. Este enfoque de evaluación, basado en el cumplimiento de aspectos formales aislados y no en los resultados obtenidos en la salud de los usuarios persistía aún en 2013, según se constata en las metas de desempeño a alcanzar en ese año para las líneas de acción de SICALIDAD (Santacruz, 2013).

En suma, en la misión de SICALIDAD los componentes no guardan un orden que obedezca lógicamente a su importancia. La misión debió enunciar en primer lugar el propósito de mejorar la calidad de los servicios de salud o, por lo menos, intentar reducir su heterogeneidad. Dar prioridad a la participación en los proyectos o a la generación de lineamientos e instrumentos desvió la atención hacia procesos que en sí mismos no

aseguran la mejoría de la calidad y a que no se atendiera debidamente la mejora de la salud de los individuos. En las RO del programa para 2012 esta situación se agudizó, pues la mejora de la calidad o la reducción de su heterogeneidad quedaron subordinadas al desarrollo de metodologías e instrumentos y a la búsqueda por ubicar a la calidad en la agenda permanente del SNS.

*B. Reemplazo de la misión por la estrategia política de situar a la calidad en la agenda permanente del SNS*

El PND indica que “Para mejorar los servicios de salud se implementará el Sistema Integral de Calidad en Salud que situará a la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.” (Poder Ejecutivo Federal, 2007:167). Si bien se entiende que el fin último es mejorar los servicios de salud, el objetivo del Sistema era situar a la calidad en la agenda permanente del SNS. Con ello, la mejora de la calidad se desvanece como propósito principal y se ve reemplazada por una estrategia política para situar este tema como prioritario en una agenda superior (Moore, 1998).

Esta confusión se observa en el PAE 2007–2012, que indica que “Para la implementación del Sistema Integral de Calidad en Salud se requerirá situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”. Es decir, el tema de la agenda antecede a la implementación de SICALIDAD. Pero también, de manera circular, se enuncia que “La estrategia de SICALIDAD, que responde a la idea de situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, tiene una vocación y un mandato inequívoco: posicionar la calidad de la atención y la seguridad del paciente como prioridad sectorial mediante la estrategia denominada SICALIDAD asociándose a sus proyectos.” (pp. 43).

Más adelante, como muestra clara de la pérdida de enfoque, se llega a asegurar que SICALIDAD promueve la implantación de modelos de mejora, no para mejorar la calidad de los servicios de salud, sino para “situar la calidad...” (pp. 66). Y se insiste:

“El diseño y desarrollo de la estrategia de SICALIDAD gira en torno a su objetivo principal: ‘Situación la calidad...’” (pp. 71, subrayado nuestro).

“La estrategia SICALIDAD está en constante revisión y no puede mantener una postura rígida y caminar independiente del resto de los programas de la Secretaría de Salud. Por ello, su diseño no se considera un producto terminado sino con la capacidad de adecuarse, de acuerdo a sus necesidades y a las evaluaciones pertinentes que se realicen al respecto, sin perder su objetivo central: situar la calidad...” (pp. 72, subrayado nuestro).

Una evidencia más de la transmutación del propósito es la figura que aparece en la página 74 del PAE, misma que se reproduce enseguida (fig. 1).

Es notable que entre los resultados planteados no se mencione explícitamente los de elevar la calidad de los servicios de salud, reducir su heterogeneidad o mejorar la salud de la población.

**Figura 1.** Modelo de excelencia para la calidad total adaptado a SICALIDAD



Fuente: Programa de Acción Específico 2007–2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD.

Por último, en la misión del programa expresada en las RO 2012 (Chertorivski, 2011), se puede observar nuevamente que la mejora de la calidad de los servicios de salud queda diluida entre un sinnúmero de acciones y se explicita que es “parte” de la estrategia para situar a la calidad en la agenda del SNS:

El Sistema Integral de Calidad en Salud brinda metodologías e instrumentos que permiten a las áreas de responsabilidad de calidad desarrollar las acciones encaminadas a alcanzar la garantía de la calidad, en la atención y seguridad del paciente, como parte de la estrategia de situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud.

En resumen, la estrategia política de situar la calidad en la agenda permanente del SNS reemplazó el propósito de mejorar la calidad de los servicios de salud. Esta situación –en conjunto con la carencia de una definición precisa y correcta de la calidad de los servicios de salud y la ambigüedad en la redacción de la misión– generó confusión y propició que la evaluación del programa se enfocara a acciones intermedias, tales como la participación de los establecimientos de salud en los proyectos de SICALIDAD, y soslayara los resultados expresados en la mejora de la salud de la población. Sobre este aspecto, la auditoría de desempeño realizada al programa por la Auditoría Superior de la Federación como parte del Programa Anual de Auditorías para la Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2011, expone lo siguiente:

En 2011, se asociaron a proyectos de SICALIDAD 14,077 unidades médicas, el 78.2% de las 18,000 unidades del Sistema Nacional de Salud que no estaban asociadas a ese sistema, resultado superior en 18.2 puntos porcentuales a la meta comprometida del 60.0%; sin embargo, el indicador y la meta diseñados por la SS no permiten medir el cumplimiento del objetivo general de SICALIDAD. Asimismo, la Secretaría no acreditó que para 2011 hubiera diseñado, operado y evaluado mecanismos para promover la calidad conforme a estándares de desempeño, mediante instrumentos y proyectos estratégicos.

### *C. Naturaleza ambigua de SICALIDAD*

A pesar de que se considera plenamente justificada la creación de un sistema integral de calidad en salud en el país, una de las dificultades del Sistema ha sido la identificación de su naturaleza. Ya en el inciso anterior se mostró que en el PAE, SICALIDAD, además de ser presentado como un programa, es referido como un sistema, una estrategia y una línea de acción.

Todas las RO, en su título, lo denominan “Programa Sistema Integral de Calidad en Salud”, pero en sus glosarios (excepto en la primera, que no contiene glosario), definen a SICALIDAD como “estrategia del Gobierno Federal instrumentada por la Secretaría de Salud para mejorar la calidad de los servicios de salud”. El CONEVAL invariablemente lo denomina “Programa”.

De los documentos de trabajo elaborados por las instancias técnico-administrativas responsables del diseño e implementación de SICALIDAD se deriva que este pretendió ser un conjunto integrado de programas, algunos de ellos existentes antes de su creación e incorporados tardíamente. Puede concluirse que no logró funcionar como un verdadero sistema, debido a que careció de instrumentos para articular las acciones de las distintas entidades federativas e instituciones del sistema nacional de salud en materia de calidad. Además, probablemente debido a la forma en la que fue creado, SICALIDAD cuenta con un número tan grande de líneas de acción que dificultan su monitorización, control y evaluación.

La ambigüedad de SICALIDAD, que se desprende de las cuatro modalidades en que es presentado (programa, sistema, estrategia y línea de acción), afecta la comprensión cabal de su dimensión sustantiva y propicia importantes deficiencias para cada una de ellas. Algunas de las deficiencias más relevantes son:

1. El carácter sectorial de SICALIDAD no se sustenta, al ser presentado como un programa de la SS, al que no están obligados a seguir otras instituciones. Probablemente esto explica la desaparición del término “sectorial” de las Reglas de Operación del programa a partir de 2010.

2. SICALIDAD, como sistema, falla al dejar de lado la descripción de las principales interacciones entre sus “dimensiones” o componentes (calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente, y calidad en la gestión de los servicios de salud), así como de los diversos proyectos asociados a líneas de acción que forman parte de cada componente. Además, el gran número de proyectos impulsados al parecer dificulta la posibilidad de aplicar una verdadera perspectiva integral del sistema.
3. Como estrategia, SICALIDAD presenta graves defectos de diseño. En primer lugar, el que se haya planteado como objetivo principal “situar la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud” desdibujó el verdadero propósito, ya que este objetivo corresponde más a un recurso político para construir apoyo y legitimidad para un propósito más amplio y relevante para la sociedad. Por otra parte, como se verá más adelante, en el caso de México representó un retroceso en la medida en que, aun antes de que iniciaran las acciones de SICALIDAD, ya había avances importantes al respecto. En segundo lugar, en el PAE se proponen dos instancias paralelas para la definición de las acciones que debían ser aplicadas en las entidades federativas. Por un lado, se identifica al Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS) como la instancia responsable de crear “...un programa de trabajo que dé directrices para la conformación de políticas, planes o programas de calidad” (PAE, pp. 66), los cuales deberían ser contemplados por los CECAS y operados por los responsables estatales y enlaces institucionales de calidad. Por otro lado, se atribuye a DGCES la formulación de estrategias que al final se tradujeron en más de 30 proyectos aislados a los cuales debían afiliarse los establecimientos de salud. Este defecto fue detectado en las entrevistas realizadas a integrantes del CONACAS durante la evaluación externa de 2011. De manera específica se identificó la dificultad de adaptar las resoluciones del CONACAS para su aplicación en las instituciones participantes (UAM-X, 2011, pp. 43).

**Cuadro 2.** Etapas de instrumentación de SICALIDAD

| <b>Año</b>  | <b>Etapas</b>   |
|-------------|---|
| <b>2007</b> | Posicionamiento de SICALIDAD  |
| <b>2008</b> | Expansión e institucionalización de SICALIDAD                                     |
| <b>2009</b> | Expansión e institucionalización de SICALIDAD                                     |
| <b>2010</b> | En búsqueda de la excelencia, revisión y ajuste de SICALIDAD                      |
| <b>2011</b> | Consolidación de SICALIDAD. Trabajando por la calidad y la seguridad del paciente |
| <b>2012</b> | Consolidación de SICALIDAD. Trabajando por la calidad y seguridad del paciente    |

Fuente: Programa de Acción Específico 2007–2012 Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD.

En tercer lugar, se omite la identificación de los temas, problemas y proyectos prioritarios, lo cual es un principio básico en el diseño estratégico (Mintzberg, 1993).

Por último, se presenta un modelo de avance por etapas (figura 2) que no señala las acciones críticas en cada una de ellas. En el texto del PAE dichas etapas tampoco son descritas.

Finalmente, considerar que SICALIDAD es una línea de acción resulta imposible, toda vez que el programa contiene un conjunto de líneas de acción que en la operación trabajan de manera prácticamente independiente. Una muestra de ello es que entre la fecha en que arrancó el PAE (febrero de 2008) y el final de 2013, no se publicó ningún documento que integrara las actividades de sus líneas de acción fundamentales, como Seguridad del Paciente, Prevención de la Muerte Materna, y Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial.

En resumen, la naturaleza ambigua de SICALIDAD, además de contribuir a la confusión en torno de su dimensión sustantiva, pudo ser causa de deficiencias en cada una de las modalidades en que fue presentado: como programa, como sistema, como estrategia y como línea de acción.

Ante la falta de claridad de la dimensión sustantiva y la naturaleza de SICALIDAD, cabe la pregunta que orienta la discusión en el siguiente apartado.

## ¿Cuál es el beneficio social perseguido por SICALIDAD?

Si el fin de toda política pública debe ser la procuración del mayor bienestar posible para la sociedad, la respuesta a esta pregunta debería ser: el logro de niveles más altos de salud en los individuos y poblaciones como resultado de las mejoras en la estructura y los procesos de los servicios otorgados por las instituciones de salud del país. Desde nuestro punto de vista esta debió ser la propuesta central de la dimensión sustantiva de SICALIDAD.

No obstante, esta dimensión se desdibujó por la carencia de una definición adecuada de la calidad de los servicios de salud, la supremacía de la afiliación a proyectos sobre la mejora de la calidad en el texto de la misión, la estrategia de situar la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud y la naturaleza ambigua del Programa.

Sin un propósito social claro, SICALIDAD enfocó sus acciones en proponer proyectos y líneas de acción a los que debían afiliarse los establecimientos de atención médica en las distintas entidades del país. Al respecto destaca el número de líneas de acción de SICALIDAD, que varió de 20 en 2008, a 29 en 2010, 34 en 2011 y 33 en 2012. En la lógica de los responsables del programa, el mayor número de líneas de acción, junto con una evaluación centrada en la afiliación a los proyectos, demostraban que el tema de la calidad había permeado y estaba presente en la agenda de las principales instituciones del sector. Sin embargo, esto no es suficiente para concluir que la calidad de los servicios ha mejorado ni que esta mejora se refleja en una mejor situación de salud de la población.

En conclusión, el beneficio perseguido por SICALIDAD se centró en la legitimación del programa y no en la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Aparentemente, el esfuerzo por posicionar a SICALIDAD en la agenda del sector parte del siguiente razonamiento: *el programa demuestra que es exitoso no porque mejore la calidad de los servicios de salud, sino porque cada vez más unidades participan en él.* Pero ante la ausencia de información que demuestre inobjetablemente que la participación en SICALIDAD es un requisito

de los servicios para mejorar su desempeño, y que este desempeño realmente influye en sus resultados sanitarios, es difícil sostener un razonamiento como el anterior. Incluso la información presentada en el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) –además de que no se refiere ni a la mejora de la calidad ni a la mejora de la salud de las personas– tiene el inconveniente de carecer de criterios de validación que la hagan menos cuestionable.

### ¿Logró SICALIDAD colocar a la calidad de la atención en la agenda del Sistema Nacional de Salud?

Para desarrollar este apartado se utilizaron, principalmente, los resultados de la evaluación externa realizada en 2011, así como el contenido de las RO de 2008, 2010, 2011 y 2012.

Dos de los objetivos específicos de la evaluación citada fueron:

- evaluar el posicionamiento de la calidad de la atención como prioridad de la agenda permanente del sistema nacional de salud, y
- valorar en qué medida las instituciones del sector salud han adoptado las estrategias y proyectos de SICALIDAD y han desplegado las acciones correspondientes.

Para darles cumplimiento, el equipo de investigación examinó las actas emitidas entre 2008 y 2010 por el CONACAS y cuatro CECAS. También analizó el contenido de las páginas electrónicas de la DGCES, IMSS, ISSSTE, y los servicios médicos de PEMEX, SEDENA, SEMAR y SNDIF. Como parte de dicha evaluación se entrevistó a enlaces institucionales de calidad (EIC) que participaban en el CONACAS y los CECAS de siete entidades federativas, así como a responsables estatales de calidad (REC), gestores de calidad en jurisdicciones sanitarias (GCJ), gestores de calidad de hospitales (GCH), e integrantes del COCASEP en las mismas siete entidades (Chiapas, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora).

En la evaluación, el posicionamiento de la calidad fue considerado a través de las opiniones de actores clave sobre el carácter prioritario del tema, el funcionamiento de los comités (CONACAS, CECAS y COCASEP), la identificación de modelos para la mejora de la calidad en las instituciones que lo integran, la existencia o necesidad de una política nacional en la materia y el papel de SICALIDAD. A continuación se presentan algunas de las conclusiones generales de dicha evaluación.

- La calidad ya está posicionada dentro de la agenda del SNS. Sin embargo, es necesario replantearla sobre la base del derecho a la protección de la salud, dado que los documentos sustantivos de SICALIDAD señalan que es derecho de los ciudadanos lograr un acceso efectivo y seguro a servicios de salud de alta calidad.
- Tanto los representantes del IMSS como del ISSSTE afirmaron que en sus respectivas instituciones ya se contaba con marcos normativos que han dado lugar a modelos específicos de mejora que complementan a SICALIDAD.
- El CONACAS, los CECAS y los COCASEP son instancias que necesitan cambios operativos para alcanzar mayor éxito en la instrumentación de sus acuerdos.
- El CONACAS mejoraría su labor si se ampliaran sus funciones:
  - i) podría conocer, estudiar y proponer acciones sectoriales respecto de las quejas ciudadanas sobre deficiencias en la calidad de la atención; y
  - ii) también podría conformar grupos técnicos responsables de la atención de problemas específicos, capaces de emitir recomendaciones de cumplimiento obligatorio.
- El CONACAS tendría mayor presencia y reconocimiento como órgano rector si las autoridades de la SS participaran con mayor frecuencia en las reuniones ordinarias, y el titular de la dependencia estuviera presente al menos en la primera sesión anual. La importancia del CONACAS también se ve afectada por el ausentismo y la rotación de los representantes institucionales, lo que obstaculiza su papel rector en la conformación de una política na-

cional de calidad y dificulta la toma de decisiones que involucran a todas las instituciones.

- En algunos SESA la ausencia o mala operación de los CECAS es un factor que incide en el bajo desempeño. En general, mantienen muy poca comunicación con los responsables operativos de la marcha del programa.
- A pesar de su poca articulación con los CECAS y el CONACAS, los COCASEP en cambio son instancias más funcionales a nivel operativo; junto con los GC, los miembros del COCASEP son los que muestran el mayor compromiso y conocimiento de los componentes y las líneas de acción de SICALIDAD.
- Las estrategias, instrumentos, dispositivos técnicos, jurídicos, administrativos y organizacionales disponibles en el país en torno a la calidad permiten afirmar que sí existe una política sobre la calidad de la atención en el sector salud, y que SICALIDAD es un actor central de esta política.
- No obstante lo anterior, la política en materia de calidad es dispersa, y podría robustecerse si existiera mayor rectoría por parte de la SS, recursos financieros etiquetados para este fin y una cultura de los trabajadores del sector que otorgue centralidad a los usuarios.
- No existe una percepción única sobre SICALIDAD entre los actores involucrados con el programa, y la manera en que es reconocido depende de la posición institucional del entrevistado. No obstante, en general es percibido positivamente por los funcionarios, responsables y trabajadores de salud de todas las instituciones evaluadas.

La importancia institucional dada al tema de la calidad y la existencia de modelos para la su mejora continua se evidencia desde los comienzos de los años noventa, cuando se crearon SOMECASA, la CONAMED, el PMC (SS), el PIC (IMSS) y el Programa de Certificación de Hospitales. En 2001 la SS lanzó la CNCSS (SS, 2001; Lara, 2002; Arrieta, 2011).

El alcance nacional de estas iniciativas no deja lugar a dudas acerca de que el tema de la calidad de los servicios de salud estaba muy presente en

la agenda de las principales instituciones de salud en el momento en que se creó SICALIDAD. La evaluación externa, además, da cuenta de un hallazgo interesante:

La percepción de una institucionalización ‘más exitosa’, o mejor lograda, del modelo de calidad está inversamente relacionada con el nivel de cercanía de los informantes con la operación cotidiana en las unidades de salud.” (UAM-X, 2011, pp. 49).

Es decir, los informantes de instancias centrales, como el CONACAS y los CECAS, tendían a brindar respuestas que reflejan más el “deber ser” que la verdadera importancia otorgada al tema de la calidad –observada en campo por los evaluadores– en sus respectivas instituciones. Los integrantes de los COCASEP y los gestores de calidad, en cambio, fueron más precisos al señalar las deficiencias del programa. No obstante, se apunta en el informe de la evaluación, “...todos los informantes (destacaron) diversos aspectos problemáticos de la institucionalización de la calidad.” (*Ídem*)

Es notable que sólo las primeras RO (2008) incluyeran como parte del objetivo general de SICALIDAD el mandato de establecer un sistema de carácter sectorial, lo que se abandona a partir de 2010. Las RO para 2011 todavía plantean, como tercer objetivo, “conducir bajo la rectoría de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud”, pero en las reglas de 2012 esta frase es sustituida por la de “conducir bajo la coordinación de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios” renunciando a dicha prerrogativa y responsabilidad. Es obvio que estas modificaciones fueron mermando la capacidad legal de SICALIDAD para posicionar el tema de la calidad en la agenda permanente del sistema de salud. Como muestran las evaluaciones externas al programa realizadas entre 2008 y 2011, la mayoría de las acciones descritas son de cumplimiento opcional por los SESA y las instituciones, y la falta de apego a las normas y sugerencias de SICALIDAD no conlleva ninguna sanción a los infractores y remisos.

En el informe de la evaluación 2011, sobresalen las deficiencias identificadas por los informantes en el funcionamiento del CONACAS y los CECAS y la mínima o nula coordinación entre estos y los COCASEP. Destaca también que hayan sido los integrantes de estos últimos quienes mostraron mayor conocimiento de las líneas de acción de SICALIDAD. Sin embargo, habrá que matizar esta última conclusión, dado que los COCASEP considerados en la evaluación correspondían a hospitales de los SESA, lo que limita la posibilidad de generalizarla a otras instituciones.

Con respecto al tema de la política de calidad, es significativo que se haya identificado una contradicción en el discurso de los informantes, pues por un lado se reconoce "...la existencia de una política de calidad de la atención en el sector salud, pero por otro se alude a la necesidad de conformar una política en ese sentido" (UAM-X, 2011, pp. 43), lo cual se puede interpretar como la incapacidad del CONACAS y del propio SICALIDAD para cubrir ese vacío.

En suma, el posicionamiento sectorial del tema de la calidad fue más bien formal y no alcanzó a expresarse en la operación de las principales instituciones del sector. Quizá haya sido un despropósito insistir en reflejar en la agenda de las instituciones un tema que ya estaba presente como resultado de iniciativas innovadoras impulsadas incluso antes de la formulación de SICALIDAD. Más aún, dada la falta de claridad conceptual y estratégica en el planteamiento del programa, esto pudo significar un retroceso en la consolidación de un sistema nacional de salud centrado en la mejora de la calidad: más que situar el tema de la calidad en la agenda del sistema de salud, se intentó posicionar de manera sectorial un programa de alcance institucional (solo para la SS federal y los SESA) y con importantes deficiencias en su diseño.

## Conclusiones de la dimensión sustantiva

La mejora de la calidad de los servicios de salud, o en su caso, la reducción de su heterogeneidad, como propósito fundamental y justificación de la existencia de SICALIDAD, se diluyó a raíz de cuatro factores: la ausencia

de un concepto claro sobre la calidad de los servicios de salud; el papel protagónico concedido a la creación de proyectos, lineamientos y herramientas en la misión del programa; la transmutación del propósito de mejorar los servicios por el de “situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”, y la naturaleza ambigua de SICALIDAD como sistema, programa, estrategia o línea de acción.

Actualmente, SICALIDAD funciona como un agregado de líneas de acción con un impacto irregular sobre los distintos componentes del sistema público de atención médica. Si se asume que su propósito es situar a la calidad dentro de la agenda del SNS, las acciones dirigidas a incorporar al IMSS en el cumplimiento de las metas del PAE, por ejemplo, son todavía muy limitadas. En el sector privado el impacto de SICALIDAD es aún más pobre.

Los indicadores con los que se evalúa el Sistema se centran en la participación de instituciones y establecimientos de salud en sus líneas de acción, pero no permiten dar cuenta del nivel de calidad con que se prestan los servicios de salud en el país. Esto se debe a que no existe un sistema de información único en materia de calidad que permita identificar con oportunidad, exactitud y suficiencia las condiciones en las que se encuentra el problema de la calidad de la atención en todas o la mayoría de las instituciones. Lo anterior es grave considerando que el PRONASA señala que “el principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe entre los principales prestadores de servicios”, exhibiendo las marcadas diferencias que se presentan en complicaciones clínicas, eficiencia en el uso de recursos e indicadores de calidad interpersonal entre las diferentes instituciones del sector. ¿Cómo puede un sistema integral hacer un seguimiento efectivo y oportuno de estas diferencias sin tener un sistema integrado de información, que utilice las mismas definiciones operativas, las mismas plataformas informáticas y los mismos instrumentos de reporte?

Sin un sistema integrado de información sobre la calidad de la atención, no parece que SICALIDAD pueda obtener la información confiable necesaria para conocer y evaluar los cambios experimentados en cada

institución. Esta es probablemente la razón por la que todavía no puedan atribuirse, sin lugar a dudas, los resultados de la atención a las acciones realizadas por SICALIDAD.

A la fecha, por ejemplo, no existe en el país un sistema de reporte de incidentes, eventos adversos y cuasi-fallas que sea de uso generalizado en todas las instituciones del sector salud, a pesar de los esfuerzos que en este campo ha realizado la CONAMED, en colaboración con la OPS y la OMS.

Una misión imprecisa propició graves defectos en el diseño estratégico de SICALIDAD que afectaron su gestión tanto en la dimensión política como en la dimensión operativa.

## **Dimensión Política**

La pregunta que se utilizó para elucidar la dimensión política fue ¿cuál fue la capacidad de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud para construir apoyo institucional e interinstitucional para el cumplimiento de la misión del Programa?

Moore explica que la esencia de la dimensión política consiste en la construcción de apoyo y legitimidad para las iniciativas públicas.

“La tarea de construir apoyo y legitimidad para una política, o de fortalecer de manera efectiva el argumento de un directivo público, constituye el núcleo de la gestión política (...) La gestión política conlleva cuatro elementos: 1) construir un clima de tolerancia, apoyo activo o asistencia operativa para 2) un directivo, una política o una estrategia global entre 3) aquellos agentes fuera del ámbito de la autoridad directa del directivo cuya 4) autorización o cooperación es necesaria para conseguir los objetivos públicos, de los cuales el directivo deberá rendir cuentas.” (Moore, 1998 p. 173)

Moore propone cuatro niveles de gestión política que, adaptados al análisis de SICALIDAD, corresponden al contenido que se muestra en el Cuadro 3.

**Cuadro 3. Niveles e indicadores de la gestión política siguiendo el modelo de Moore**

| <b>Niveles de gestión política</b>            | <b>Indicadores</b>  |
|---|---|
| <b>Rendición rutinaria de cuentas</b>         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Entrega de informes</li> <li>2. Autorización de presupuestos</li> <li>3. Autonomía para la toma de decisiones</li> </ol>  |
| <b>Autorización de cambio y la innovación</b> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modificaciones a la estructura administrativa de la DGACS y de los SESA para impulsar las líneas de acción de SICALIDAD</li> <li>2. Cambios (incrementos y reducciones) en la plantilla del personal de la DGACS y de los SESA enfocado en las líneas de acción de SICALIDAD</li> <li>3. La propia autorización de SICALIDAD como la política nacional de calidad.</li> <li>4. La publicación de las Reglas de Operación</li> </ol> |
| <b>Coordinación institucional</b>             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acuerdos con otras direcciones generales y centros como el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)</li> <li>2. Acuerdos con otras instancias federales como la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), (CONAMED), la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)</li> <li>3. Acuerdos con el Consejo de Salubridad General (CSG)</li> </ol>                      |
| <b>Coordinación interinstitucional</b>        | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Convenios con los Servicios Estatales de Salud</li> <li>2. Participación de establecimientos en líneas de acción</li> <li>3. Convenios con otras instituciones del sector (IMSS, ISSSTE)</li> <li>4. Convenios con instancias de otros sectores (SEP, ST)</li> <li>5. Avales ciudadanos</li> </ol>  |

Fuente: Elaboración propia a partir de Moore (1998)

A partir de la revisión y análisis de los informes de las evaluaciones de SICALIDAD 2008 a 2011 –así como de otras fuentes de información oficiales– se pudo observar, para cada uno de los niveles de gestión política, lo siguiente:

*A. Sobre la capacidad para la rendición rutinaria de cuentas*

Dado que SICALIDAD es un programa sujeto a RO, está obligado a presentar informes trimestrales de avance físico de las metas e indicadores de

resultado, así como a ser evaluado por agencias externas y difundir en su página de Internet los resultados de dichas evaluaciones. La DGACS ha cumplido oportunamente con estas obligaciones. En la página de internet de SICALIDAD se pueden consultar los informes trimestrales (a partir del 1 de enero de 2008), los resúmenes ejecutivos y los informes completos de las cinco evaluaciones externas realizadas entre 2007 y 2010.

El cumplimiento formal del requisito de publicar informes trimestrales y de evaluaciones externas en la página de Internet de la DGACS, con todo y ser una obligación legal, contribuyó a la continuidad del programa, y quizá a la autorización de aumentos anuales en su presupuesto entre 2008 y 2011, observándose el aumento más significativo en el correspondiente a 2010 (ver Cuadro 4). Sin embargo, las dificultades para hacer el seguimiento de los recursos transferidos a los SESA impiden valorar su aplicación y sus posibles efectos en la mejora de la calidad.

En el Cuadro 4 también puede notarse que ha habido un subejercicio del presupuesto, el cual varió entre 7 y 48 por ciento entre 2008 y 2012. La explicación de ello puede estar relacionada con las limitaciones operativas que se analizan en el capítulo siguiente.

**Cuadro 4.** Presupuesto para SICALIDAD autorizado y ejercido entre 2008 y 2012 (en millones de pesos)

| Año  | Presupuesto autorizado | Presupuesto ejercido | Diferencia | Porcentaje de subejercicio |
|------|------------------------|----------------------|------------|----------------------------|
| 2008 | 115.62                 | 101.07               | 14.55      | 13                         |
| 2009 | 115.72                 | 81.86                | 33.86      | 29                         |
| 2010 | 164.30                 | 153.13               | 11.17      | 7                          |
| 2011 | 166.59                 | 147.79               | 18.80      | 11                         |
| 2012 | 163.03                 | 85.54                | 77.46      | 48                         |

Fuente: Elaboración propia a partir del portal de transparencia presupuestaria del Gobierno Federal (<http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/Portal/transform.nodo?id=4.0&transformacion=s&excel=n&zip=n&params=0=L508869>). Consultado el 12 de agosto de 2013). <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/Portal/transform.nodo?id=4.0&transformacion=s&excel=n&zip=n&params=0=L508869>

Del presupuesto disponible en 2008 para acuerdos de gestión, premios a la calidad y proyectos de capacitación, se adjudicó el 92.8 por ciento. Al momento de la evaluación 2009 se disponía de evidencia de ministración del 97 por ciento del total adjudicado (SS/UAM-X, 2009).

Entre el 30 de septiembre y el 14 de octubre de 2008 la SS, a través de la DGCES, transfirió a las Secretarías de Finanzas o Tesorerías Estatales los montos correspondientes a los Compromisos de Calidad en Acuerdos de Gestión, a los proyectos de Capacitación de Calidad y al Premio Nacional de Calidad en Salud (SS/UAM-X, 2009).

Para la convocatoria de 2008 se presentaron 2,071 proyectos con solitud de apoyo económico en alguno de los tres componentes en los que SICALIDAD proporciona financiamiento. Del total de proyectos presentados por los SESA se aprobaron 171 (8.3%) (SS/UAM-X, 2009). De los proyectos de acuerdos de gestión presentados, 9 por ciento fueron seleccionados, 70 por ciento se rechazó y 21 por ciento fueron recomendados para financiamiento de los SESA (SS/UAM-X, 2009).

La información sobre los proyectos de capacitación financiados por SICALIDAD es insuficiente, inoportuna y poco útil para valorar el impacto. Los proyectos no contemplan mecanismos de corresponsabilidad, los informes del grado de avance se entregan fuera de tiempo y su contenido no permite valorar su impacto. Adicionalmente, se carece de información sobre la ejecución de los recursos otorgados (SS/ UAM-X, 2009).

El gran número de propuestas que los SESA envían para su financiamiento, el subejercicio del presupuesto autorizado a SICALIDAD y el hecho de que se sugiera a los SESA financiar un número importante de proyectos puede indicar una deficiencia importante en la gestión de recursos financieros por parte de la DGCES. Esta deficiencia, a su vez, pudo haber sido un factor que impidiera un incremento mayor en los presupuestos para el programa.

Finalmente la Ley confiere a la DGCES un alto grado de autonomía para la formulación y ejecución de sus acciones, lo cual se confirma además en las Reglas de Operación, sobre todo en las que corresponden a 2012, en donde ya se menciona de manera específica a la DGACS como instancia normativa.

*B. Sobre la capacidad para autorizar cambios e innovaciones*

Desde la perspectiva programática-normativa se observó que SICALIDAD se alinea con la estrategia nacional de salud planteada en el PND y en el PNS 2007-2012, por lo que su estructura interna es adecuada.

El incremento y modificación de las líneas de acción del Programa entre 2008 y 2012 muestra capacidad para formular innovaciones. Sin embargo, esto no se ha visto reflejado en cambios en la estructura federal y de los SESA que permitan impulsarlas con mayor efectividad. Entre 2008 y 2012 se incrementó sustantivamente el número de líneas de acción del Sistema aprobadas en las Reglas de Operación (Cuadro 5).

Entre diciembre de 2006 y agosto de 2012 cinco personas se desempeñaron como titulares de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en tanto que de 2007 a 2011 sólo una persona ocupó la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud. La poca permanencia de los titulares de la DGCES sin duda limitó en gran medida el margen de acción para el Director General Adjunto de Calidad en Salud, y se tradujo en un apoyo apenas suficiente para las iniciativas provenientes de esta área.

El posicionamiento de los REC en la estructura de los SESA puede ser resultado de la persuasión de la DGACS y los propios REC, así como del convencimiento de las autoridades estatales. Una vez que fueron designados, 9 de 13 REC recibieron capacitación específica para desempeñar sus

**Cuadro 5.** Número de líneas de acción aprobadas y publicadas en las Reglas de Operación, por año

| <b>Año de publicación de las RO</b> | <b>Número de líneas de acción aprobadas</b> |
|-------------------------------------|---|
| <b>2008</b>                         | 20  |
| <b>2010</b>                         | 29  |
| <b>2011</b>                         | 34  |
| <b>2012</b>                         | 33  |

Fuente: Elaboración propia a partir de las Reglas de Operación del Programa SICALIDAD para los ejercicios 2008, 2010, 2011 y 2012.

funciones a través de comunicación directa con los responsables a nivel federal de SICALIDAD y afirmaron recibir apoyo para ser capacitados en cualquier línea de acción del programa en el momento en que lo requirieron (SS/UNAM, 2010).

Lo anterior contrasta con la situación de los gestores de calidad en las jurisdicciones sanitarias (GCJ) y las unidades de atención (GCH), quienes deben desempeñar diversas funciones no necesariamente vinculadas con las líneas de acción de SICALIDAD, y carecen del apoyo directivo y operativo necesario. Sólo 23 por ciento de los gestores entrevistados en la evaluación 2009 se dedicaban exclusivamente a la función de gestores de calidad, mientras que 77 por ciento realizaban otras funciones; de estos, 25 por ciento están en hospitales y 75 por ciento en centros de salud, principalmente urbanos (SS/UAM-X, 2009).

Los REC señalan como una desventaja el hecho de que los gestores de calidad no cuenten con un nombramiento específico que respalde las actividades que realizan (SS/UNAM, 2010: 97). Los responsables de calidad en las jurisdicciones sanitarias y las unidades tampoco cuentan con un cargo definido en la estructura y plantilla de personal de los SESA (SS/UAM-X, 2009).

La insuficiencia de recursos de todo tipo y en todos los niveles ha sido puesta en evidencia en todas las evaluaciones externas. Para el nivel federal, en el que se ubica la DGACS como unidad responsable del programa, hay dos importantes indicios al respecto: por un lado, la incapacidad de dicha unidad para dar seguimiento y retroalimentación a sus proyectos en las entidades federativas. Por otro, destaca la forma en que la DGCES ha pretendido resolver sus limitaciones estructurales para reacreditar a las unidades a partir de la autoevaluación. En las instrucciones 207/2010 y 279/2011 (Heras, 2010a, 2011) se describe el procedimiento mediante el cual se llevará a cabo la re-acreditación de unidades cuya acreditación venció en 2009, 2010 y 2011. Llama la atención que no se establezca una visita previa de auditoría por parte de la propia DGACS ni de ninguna otra instancia. Si bien se plantean visitas de seguimiento y supervisión por parte de la Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad (REACAL),

no se afirma que se llevarán a cabo de manera sistemática a todas las unidades en proceso de re-acreditación.

En el mismo sentido, con el propósito de cumplir las metas en cuanto al número de establecimientos acreditados, en agosto de 2012 el Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud dirigió un oficio a los secretarios estatales de salud notificando que la vigencia de los dictámenes de las acreditaciones sería indefinida (Fajardo, 2012). En otras palabras, una unidad acreditada podrá considerarse como tal, independientemente de que en el futuro se deteriore su capacidad para garantizar la calidad y la seguridad de la atención especificada en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

Otro hecho significativo sobre la capacidad para la gestión política de los responsables de SICALIDAD es el cambio de nombre, después de nueve años, de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, de la cual depende la DGACS, a Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Independientemente de los argumentos que pudieron haberse esgrimido para justificarla, esta modificación conlleva el mensaje de que se identificó un tema de mayor importancia que el de la mejora de la calidad de los servicios de salud, aun en la propia dependencia que impulsa su posicionamiento en la agenda permanente del sistema nacional de salud y que, por Ley, es la instancia rectora del Sector Salud.

### *C. Sobre la capacidad para lograr coordinación institucional*

Aun antes de la aprobación de SICALIDAD, la Ley General de Salud, y de manera específica, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, otorgaban a la DGCES la atribución de acreditar unidades que participarían en la prestación de servicios a los afiliados al Seguro Popular. Sin embargo, la capacidad de negociación que esto daba a la propia DGCES al parecer no fue aprovechada para fortalecer las áreas encargadas de operar el Sistema de Acreditación. Desde la reforma a la Ley General de Salud aprobada en 2003, en la cual se adiciona el Título Tercero Bis De la Protección Social en Salud, se establece que corresponde a la SS “definir

los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud” (artículo 77 bis, inciso A, fracción XV). Posteriormente, en 2004, con la publicación del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se especifican el sentido y el contenido de la acreditación, a la vez que, en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud se le identifica como una de las atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La REACAL se creó con el propósito de integrar un grupo interinstitucional e interdisciplinario destinado a apoyar como evaluadores externos –atendiendo a su disponibilidad de dedicación temporal– los procesos de acreditación y auditoría que en materia de calidad y seguridad del paciente establece anualmente SICALIDAD (Heras, 2009). Al parecer es una iniciativa acertada de la DGACS, orientada a enfatizar el carácter sectorial del Sistema al convocar para su creación a profesionales de todas las instituciones, así como a fortalecer la estructura para la realización de auditorías y visitas de evaluación en proyectos como los acuerdos de gestión y los premios. En el informe de la evaluación 2011 se reporta un adecuado nivel de participación. Sin embargo, la REACAL no ha sido suficiente para superar la crisis que ahora enfrenta la DGCES para llevar a cabo la re-acreditación (SS/UAM, 2011).

Una muestra adicional de las limitaciones para la coordinación institucional por parte de los responsables de SICALIDAD es la falta de seguimiento al memorándum de entendimiento que la DGCAS y la Dirección General Adjunta de Articulación del Consejo de Salubridad General (CSG) firmaron con el propósito de alinear los procesos de acreditación y certificación de establecimientos de atención médica y promover la participación en ellos (Heras, 2011b).

Han transcurrido ocho años desde que el Sistema de Acreditación fue implementado, y aún se le percibe, en general, como un trámite para obtener recursos y no como un medio para impulsar la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes. La decisión de que la acreditación se otorgue mediante una autoevaluación, aunada a la cancelación de las visitas

de verificación pueden ser interpretadas en los SESA como señales de la poca importancia que desde el nivel central se le confiere al tema.

*D. Sobre la capacidad para lograr coordinación interinstitucional*

La propuesta de “situar la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud” como el principal objetivo de la política de calidad en el país, y la decisión de medir el avance mediante la participación de instituciones y establecimientos en los proyectos de SICALIDAD, fueron probablemente dos de las causas de la heterogeneidad que se observa en su implantación. Esto es así debido a que, como se comentó en la sección sobre la dimensión sustantiva, hubo un momento en que se dio mayor relevancia a este objetivo que al de elevar la calidad de los servicios de salud, al cual evidentemente aquel debía supeditarse. La forma de comprender el propósito de SICALIDAD y los medios para alcanzarlo determinaron, probablemente, que las acciones emprendidas no estuvieran dirigidas a mejorar la calidad, sino a impulsar la afiliación a las más de 30 líneas de acción de SICALIDAD.

Hasta el momento de la evaluación 2012, el CONACAS había mostrado más debilidades que fortalezas, dado el reducido número de sesiones ordinarias realizado (6 de 9 en el período analizado), la frecuente inasistencia de su presidente y la falta de seguimiento de sus acuerdos y recomendaciones.

Otros síntomas de la frágil coordinación interinstitucional fueron la falta de respuesta de los enlaces institucionales de calidad (destacadamente el del IMSS) en las sesiones, acuerdos y seguimiento de las recomendaciones del CONACAS; la débil articulación entre los propios órganos de SICALIDAD, lo cual es más notable entre el CONACAS y los CECAS, y entre estos y los COCASEP, mientras se aprecia una limitada participación formal del IMSS, ISSSTE y PEMEX en las líneas de acción del Programa. Esto resulta muy importante, dado el volumen de población atendida por las dos primeras instituciones de seguridad social.

## Conclusiones de la dimensión política

El mejor desempeño en la gestión política por parte de los responsables de SICALIDAD se observa en su nivel más elemental: la rendición rutinaria de cuentas. Sin embargo, conforme la necesidad de coordinación y acuerdos fuera de la propia DGACS va siendo más evidente, se perciben resultados menos claros: no se fortalece la estructura para la ejecución del programa y las máximas instancias de coordinación como el CONACAS y los CECAS muestran un desempeño deficiente.

De acuerdo con el análisis realizado, el cumplimiento de atribuciones que vinculan a la DGACS con otras instancias está en riesgo. Tal es el caso de la forma superficial y de dudosa validez en que se ha replanteado la re-acreditación de los establecimientos médicos.

Es significativo además que la instancia de la que depende la DGCES (unidad responsable de impulsar la calidad de los servicios de salud en el país) haya cambiado su denominación de Subsecretaría de Innovación y Calidad a la de Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Este hecho puede revelar una tendencia opuesta a situar a la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud. Lo más grave sería que eso significara dispersar los esfuerzos que hasta ahora se han realizado en el país para mejorar la calidad en las unidades de atención médica.

## Dimensión operativa

Existe un capítulo en el que se analiza de manera específica la gestión operativa de SICALIDAD; no obstante, los problemas generados de la dimensión sustantiva tuvieron importantes repercusiones en la operación del programa y creemos que deben ser señalados en este apartado. Por ejemplo, en lugar de plantear procesos orientados a lograr la mejora de la calidad, el trabajo se orientó a generar proyectos y lineamientos; promover la afiliación a las líneas de acción; obtener datos para alimentar los sistemas de evaluación rutinaria, y administrar los recursos financieros.

Otros procesos críticos como la gestión del CONACAS y los CECAS, la re-acreditación de establecimientos, el seguimiento de proyectos en las entidades federativas y el acompañamiento a los REC y gestores de calidad mostraron importantes deficiencias.

Los gestores de calidad distribuyen su tiempo entre diversas funciones no todas necesariamente relacionadas con la operación de SICALIDAD. Una parte importante del tiempo que dedican a este respecto lo invierten en alimentar los sistemas de información rutinaria y no en promover la mejora de la calidad en las unidades de atención médica.

El manejo de los recursos para incentivos a través de la participación en los premios, acuerdos de gestión y proyectos de capacitación está arrojando resultados contrarios a los esperados. Una de las causas principales es la dilación en la entrega de recursos. En el peor de los casos están profundizando asimetrías entre las unidades de atención.

Por último, aunque de manera indebida se destina una parte importante de los recursos entregados a los estados para subsanar deficiencias de equipamiento y estructura que debían ser cubiertas con recursos locales, lo cierto es que ni con esa aportación se alcanzan a solventar las importantes carencias identificadas por los informantes en todas las evaluaciones externas.

**¿Logró SICALIDAD superar las limitaciones que identificó en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud?**

Se comentó que si bien en el PAE se reconocen los logros y avances de la CNCSS en tanto antecedente directo e inmediato de SICALIDAD, también se identifican diversas limitaciones operativas entre las que destacan la atomización de las iniciativas, el grado de penetración desigual en las instituciones del sector, la heterogeneidad en las posiciones de los responsables de promover la mejora de la calidad en las estructuras organizacionales y la dispersión de indicadores y proyectos. (SS, 2007b). En este apartado se analizará qué tanto SICALIDAD logró superar estas limitaciones.

Las más de 30 líneas de acción de SICALIDAD y, sobre todo, la falta de vinculación entre ellas, permite suponer que la atomización de las

iniciativas se mantuvo. No se identificó un eje lo suficientemente potente como para favorecer un enfoque unificador para las acciones emprendidas. Por el contrario, la práctica de reportar actividades aisladas por cada línea de acción impidió la posibilidad de lograr sinergias. Incluso, líneas como la acreditación de unidades y los premios nacionales de calidad en salud y de innovación a la calidad resultaron poco efectivas en lograr una integración de acciones congruente y consistente en el tiempo.

Sin menoscabo de los esfuerzos de cada institución, el gran ausente en las iniciativas sectoriales por mejorar la calidad de los servicios de salud ha sido el IMSS, institución que atiende aproximadamente al 50% de la población mexicana. Podría hablarse incluso de un retroceso, pues durante los años en que se impulsó la Cruzada, se formó un equipo de conducción integrado por autoridades del más alto nivel del IMSS, ISSSTE, IMSS Oportunidades y la SS. Este equipo se reunía semanalmente para abordar asuntos relacionados con el avance de la Cruzada en el sector (Ruelas, en SS, 2012). De estas reuniones se desprendían actividades conjuntas en las entidades federativas en las que además participaban funcionarios del sector del nivel local. No se tiene conocimiento de un equipo equivalente promovido por SICALIDAD e instancias sectoriales como el CONACAS y los CECAS tuvieron un funcionamiento irregular y por ello poco efectivo.

Desde los años de la Cruzada se identificó el problema de la heterogeneidad en las posiciones ocupadas por los entonces identificados como líderes de calidad en los SESA, lo cual era un factor relacionado con el nivel de avance de las acciones en cada entidad. Con SICALIDAD se observó un mejor posicionamiento de los ahora llamados REC. Este logro, no obstante, está en riesgo dada la pérdida de visibilidad del tema de la calidad en las estructuras del más alto nivel en la SS.

Acercas del mismo tema, otro posible avance de SICALIDAD fue la creación de la figura de gestor de calidad, tanto en las jurisdicciones sanitarias como en los hospitales, lo cual contrasta con la propuesta de la Cruzada en cuanto a capacitar al personal operativo para que se hiciera cargo de la gestión de la calidad en sus propias áreas de trabajo. Sin embargo, lo que

se observó fue una mayor orientación hacia el ejercicio de funciones burocráticas, sobre todo relacionadas con el envío de información a las áreas centrales, quizá por el hecho de que en una parte importante de los gestores de calidad recae una serie de funciones y responsabilidades adicionales que compiten con su papel de facilitadores de la mejora de la calidad.

La atomización de las acciones, primero de la Cruzada y luego de SICALIDAD, ha favorecido la dispersión de los proyectos impulsados tanto a nivel federal como a nivel local. De no haber sido así, ahora se contaría con evidencias contundentes del efecto de las acciones para mejorar la calidad de los servicios en la salud de los mexicanos, o por lo menos de los habitantes de una entidad federativa o una jurisdicción sanitaria.

En lo que respecta a los indicadores, se identifican problemas en dos niveles: la evaluación del desempeño de SICALIDAD y la evaluación del nivel de calidad en las unidades de atención médica a través del INDICAS.\*

Ya se han comentado las limitaciones de basar la evaluación de SICALIDAD en el número de unidades afiliadas a sus líneas de acción o en el número de proyectos, ya que esto no dice nada acerca de la mejora de la calidad de los servicios y mucho menos de la salud de la población.

A lo anterior resta agregar que, debido a la falta de participación de unidades de salud de otras instituciones (en especial el IMSS) y a algunos problemas de diseño que afectan la validez de los datos, el INDICAS no ha logrado constituirse en el sistema integral de información sobre calidad del Sistema Nacional de Salud. Su estructura no da cuenta de mejoras efectivas en la calidad, y los pocos indicadores referidos a la salud de las personas se pierden entre la gran cantidad de indicadores incluidos tanto en la misma categoría como en las de trato digno y organización de los servicios (Cáliz, 2013).

---

\* El objetivo del INDICAS es proporcionar evidencias de mejora de la calidad técnica, la calidad percibida y la calidad de la gestión de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud. Idealmente, se adecúa a las necesidades de información y evaluación del Sistema Integral de Calidad en Salud. <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index.php>

En conclusión, los mismos factores que afectaron la gestión estratégica de SICALIDAD en sus dimensiones sustantiva, política y operativa, impidieron superar las limitaciones de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, estrategia sectorial impulsada por la SS entre 2001 y 2006 para elevar el nivel de calidad en la prestación de servicios de salud en México.

### Conclusiones generales sobre la gestión estratégica de SICALIDAD

Los errores conceptuales y estratégicos en la definición de la misión del programa tuvieron repercusiones importantes en sus dimensiones política y operativa. Los más graves fueron carecer de un concepto claro de calidad de los servicios de salud y, en los hechos, elevar a la categoría de misión la estrategia política de situar la calidad en la agenda del sistema de salud. Ello diluyó la verdadera misión que en el Plan Nacional de Desarrollo se encomendó a la DGCEs: mejorar los servicios de salud.

En la gestión política se cuidaron aspectos formales, necesarios pero no suficientes, como la formulación de nuevos proyectos e incrementos al presupuesto. Sin embargo, los indicadores utilizados para evaluar el desempeño del programa no permiten identificar mejoras en el nivel de la calidad de los servicios de salud, mucho menos la repercusión en la mejoría de la salud de la población, y solo dan mediana cuenta de la participación de los establecimientos en las líneas de acción. Al respecto, es evidente la falta de capacidad para lograr mayor participación del IMSS, la institución de seguridad social más importante del país responsable de brindar atención médica a cerca de la mitad de la población.

La altísima rotación de los titulares de la DGCEs (en promedio uno por año) se ha traducido, en el mejor de los casos, en un apoyo débil y discontinuo lo que en última instancia propició la pérdida de capacidad para impulsar las líneas de acción de SICALIDAD.

También es significativo el cambio de nombre de la Subsecretaría de Innovación y Calidad por el de Subsecretaría de integración y Desarrollo del Sector Salud, ya que de ella dependen la DGCEs y la DGACS. La

interpretación menos severa es que el tema de la calidad de la atención perdió visibilidad en la dependencia responsable de impulsar la política nacional en la materia, lo cual puede anticipar cambios en cascada tanto en la estructura orgánica como en el posicionamiento del tema y sus consecuentes acciones dirigidas a su mejoría.

Los procesos clave de SICALIDAD se caracterizaron por promover la participación de los establecimientos de atención médica en las líneas de acción y la obtención de datos para integrar los reportes rutinarios. Esto apuntó a la legitimación política del programa, pero afectó en forma importante su objetivo sustantivo.

Se identificaron además importantes deficiencias en la gestión operativa de los procesos, relacionados sobre todo con el apoyo brindado a los REC y los GC, el funcionamiento del CONACAS, los CECAS y la administración de los recursos financieros. En este último aspecto se detectó un efecto contrario al esperado, tanto por el retraso en la entrega de recursos como por la profundización de las inequidades entre las unidades y SESA participantes.

Es relevante que la acreditación y la re-acreditación no hayan contribuido de manera notoria a mejorar la capacidad instalada de los establecimientos. Vuelve a ser imposible evaluar si tuvieron algún efecto en la calidad de los servicios y en la salud de la población, lo que pone en entredicho una de las ideas eje del Sistema Protección Social en Salud: que el dinero seguirá a la gente y que esta acudirá a establecimientos que les brinden atención de elevada calidad (Frenk, 2005).

En suma, las grandes y graves deficiencias en el diseño y la gestión estratégica de SICALIDAD llevan a plantear la urgente necesidad de replantear el programa sobre bases conceptuales más firmes, con un despliegue de acciones más realista y, sobre todo, sin perder de vista la meta estratégica de elevar el nivel de la calidad de la atención para mejorar la salud de la población.

## Referencias

- Aguirre-Gas H (1991). Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. *Salud Pública Méx*; 33(6):623–9.
- Auditoría Superior de la Federación, Grupo Funcional Desarrollo Social. (2011) Secretaría de Salud, Sistema Integral de Calidad en Salud. Auditoría de Desempeño: 11-0-12100-07-0421. DS-046.
- Arrieta J (2010). Iniciativa latinoamericana de excelencia en salud. Conclusiones de la reunión formativa. México, 1-3 de diciembre de 2010.
- Cáliz A (2013). Indicas. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud. Disponible en: [http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/estructura\\_indicadores.pdf](http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/estructura_indicadores.pdf) Consultado el 17 de junio de 2013.
- Córdova J (2007). Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud. México.
- Córdova J (2009). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2010 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Diario Oficial de la Federación. Decimocuarta Sección. Martes 29 de diciembre de 2009.
- Córdova J (2010). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD). Diario Oficial de la Federación. Novena Sección. Viernes 31 de diciembre de 2010.
- Chertorivski S (2011). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2012 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud, para el ejercicio fiscal 2012. Diario Oficial de la Federación. Quinta Sección. Martes 27 de diciembre de 2011.
- Dahlgren G & Whitehead M (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: WHO.
- Diario Oficial de la Federación (2007). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).
- Donabedian A (1974). *Calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian A (1988). *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: FCE.
- Fajardo G (2012). Oficio enviado a los secretarios de salud estatales el 1 de agosto.
- Frenk J (2005). El Seguro Popular de salud es un instrumento de justicia social. En: *Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas*. *Salud Pública Méx* 46(6):588-94.
- Hamui L, Fuentes R, Rebeca A, Ramírez O (2013). Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud de México. Un estudio de satisfacción con la atención médica. México, D.F.: UNAM.
- Heras A (2009). Instrucción 205/2010. Asunto: Convocatoria para constituir la Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad. Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>, consultado el 12 de mayo de 2013.
- Heras A (2010). Instrucción 205/2010. Asunto: Adhesión de directores de hospitales y coordinadores estatales de enfermería a la campaña sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas.” Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>, consultado el 12 de mayo de 2013.
- Heras A (2010a). Instrucción 207/2010. Asunto: Re-acreditación de los establecimientos de salud que prestan servicios al Seguro Popular. Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>, consultado el 12 de mayo de 2013.

- Heras A (2010b). Instrucción 233/2010. Asunto: Cuestionario para la medición del apego a la campaña sectorial “Está en tus manos”. Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>, consultado el 12 de mayo de 2013.
- Heras A (2011). Instrucción 279/2011. Asunto: Re-acreditación de los establecimientos de salud que prestan servicios al Seguro Popular y cuya vigencia vence en el año 2011. Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>, consultado el 12 de mayo de 2013.
- Heras A (2011b). Instrucción 280/2011. Asunto: Memorandum de entendimiento 2011 para la convergencia entre la certificación y acreditación de unidades médicas en el marco de la política nacional de calidad y seguridad del paciente. Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>, consultado el 12 de mayo de 2013.
- IOM. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington DC: IOM & National Academy Press.
- IOM. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- IOM. (2012). *Health IT and Patient Safety: Building Safer Systems for Better Care*. Washington, DC: National Academies Press.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2007). *Evaluación Externa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2006-2007*. México: INSP.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Informe final de Evaluación del Programa SICALIDAD*. México: SSA.
- Juan M. Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud para el ejercicio fiscal 2013. *Diario Oficial de la Federación*. Novena Sección. Miércoles 27 de febrero de 2013.
- Jusidman C & Marín O (2008), *Universalismo y estándares mínimos de garantía para los derechos económicos, sociales y culturales*. Incide-Social A. C. Ponencia presentada en el IX Seminario de política social. *Las perspectivas del universalismo en México*, Guadalajara, 18 y 19 de noviembre.
- Lara R (2002). *Plan integral de calidad 1998-2000: experiencias del movimiento por la calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social*. *El Cotidiano*. 112, marzo-abril 2002, pp. 24-36.
- Lohr K (edit.) (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*. Washington, DC: National Academy Press.
- Mintzberg H & Quinn J (1993). *El proceso estratégico. Conceptos, contextos y casos*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, S. A.
- Moore M (1998). *Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*. México: Paidós.
- Moore M & Khagram S (2004). *On creating public value*. CSRI, Working Paper No. 3, Harvard University Press.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Hospitales seguros: iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres*. 27° Conferencia Sanitaria Panamericana. Informe final CSP27/FR. Disponible en <http://www1.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-fr-s.pdf> (consultado el 8 de julio de 2013).

- Poder Ejecutivo Federal (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012. México: Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República.
- Ramírez A, García J, Fraustro S (1995). Definición del Problema de la Calidad de la Atención Médica y su Abordaje Científico: Un Modelo para la Realidad Mexicana. *Cadernos Saúde Pública*; 11(3):456–62.
- Ramírez T, Nájera P, Nigenda G (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*. 1998; 40(1):1–10.
- Ruelas E (2012). La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud: una estrategia de gran escala. En Secretaría de Salud (2012). La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud.
- Ruiz M & Martínez G (1990). Bases para la evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas del sector salud. *Salud Pública Méx* 32(2):156–69.
- Santacruz J (2012). Instrucción 335/2012. Asunto: Acciones recomendadas para mejorar el impacto de la campaña sectorial “Está en tus manos”. Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>, consultado el 12 de mayo de 2013.
- Santacruz J (2013). Instrucción 339/2013. Asunto: Información de los estándares de desempeño a alcanzar en el 2013 para las líneas de acción del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud. Disponible en <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>, consultado el 12 de mayo de 2013.
- Santacruz J y cols. Continuidad de una política pública: SICALIDAD. En: Secretaría de Salud (2012). La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: SSA.
- Saturno P (2013). Calidad en salud. En Hernández, M. y Lazcano E. *Salud Pública. Teoría y Práctica* (2013). México: El Manual Moderno.
- Secretaría de Salud (2001). Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México: SSA.
- Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. México: SSA.
- Secretaría de Salud (2007a). Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: SSA.
- Secretaría de Salud (2007b). Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD. México: SSA.
- Secretaría de Salud (2007c). Manual para la acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. Actualización 2007. México: SSA.
- Secretaría de Salud (2012). La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia. México: Secretaría de Salud.
- Starfield B (2001). Equidad en salud y atención primaria: Una meta para todos. Gerencia y políticas de salud. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (2009). Evaluación Técnico-Financiera de SICALIDAD 2008. Informe Final. México. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/evaluacion\\_inst\\_2008.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/evaluacion_inst_2008.html)
- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (2011). Evaluación de SICALIDAD 2011. Informe Final, México: UAM-X.
- Universidad Nacional Autónoma de México (2010). Evaluación del Programa SICALIDAD 2010. Informe final. México: UNAM.



# Análisis de la gestión operativa de SICALIDAD

Alejandra Moreno Altamirano, Verónica Cruz Licea,  
Edgar Jarillo Soto, Oswaldo Medina Gómez y Martín Silberman

---

Desde su creación, SICALIDAD ha sido objeto de evaluaciones que trataron de identificar la coherencia, eficacia, eficiencia e idoneidad del programa para resolver los problemas en materia de calidad y seguridad del paciente que le dieron origen. Como resultado, se posee un cuerpo documental que de manera exhaustiva da cuenta del funcionamiento del programa en términos de su gestión, implementación administrativa y financiera, y capacidad para coordinar y movilizar voluntades.

En la primera parte de este capítulo se hace un recuento de los principales resultados de la operación de SICALIDAD tal como se reportan en las evaluaciones externas a las que por ley debió someterse entre 2008 y 2011. Se presenta en primer término la evaluación realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) al diseño de SICALIDAD. En segundo lugar, se presentan las evaluaciones realizadas en 2009 y 2010 por la Universidad Autónoma Metropolitana–Xochimilco (UAM-X) y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), respectivamente. En la primera se revisa la eficiencia financiera del programa, así como el desempeño de procesos fundamentales para apreciar su avance. La segunda se enfoca en el análisis de la implementación de algunas líneas de acción en unidades hospitalarias. Por último, se muestran las conclusiones de la evaluación realizada por la UAM-X en 2011 en cuanto a la influencia de SICALIDAD en el Sistema Nacional de Salud.

La segunda parte del capítulo retoma el modelo de Moore (1998), al analizar la dimensión operativa de la gestión estratégica de SICALIDAD, donde se tratará de dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿cuál fue la capacidad de los directivos responsables del programa para innovar y alinear los procesos de trabajo, integrar equipos, aprovechar al máximo los recursos disponibles y obtener recursos adicionales para avanzar en el cumplimiento de la misión establecida?

### Evaluación del diseño del programa

Al iniciar la administración 2006–2012, correspondió a la DGCES integrar el programa SICALIDAD. Al ser de nueva creación, y en apego a los lineamientos del CONEVAL, la DGCES, con base en el Plan Nacional de Desarrollo, elaboró diversos documentos que sirvieron de base a la formulación de SICALIDAD, entre ellos, un diagnóstico situacional, la matriz de marco lógico, el árbol de fines, objetivos y problemas, y una serie de fichas técnicas con la identificación de los componentes del programa y la forma de conseguir sus objetivos.

El INSP llevó a cabo la evaluación del diseño de SICALIDAD a fin de validar la coherencia entre los objetivos, lineamientos y las acciones que serían emprendidas en todo el país como resultado de su implementación (Nigenda et al, 2007). Esta evaluación encontró como puntos fuertes del programa: a) la claridad de los fines, objetivos y propósitos; b) la definición de la forma en que se integrarían los componentes a fin de permitir una mejor gestión de los servicios; c) la planeación estratégica, en tanto se identificó que el programa estaba alineado con el PRONASA 2007-2012; d) los indicadores de cobertura y focalización estaban bien especificados y permitirían un control adecuado del programa, y d) SICALIDAD tendría sinergia importante con el Sistema de Protección Social en Salud, con el programa Oportunidades y Caravanas de la Salud, lo que fortalecería su coherencia.

Entre las principales debilidades identificadas destacan las siguientes: a) se encontró que el programa no preveía un mecanismo de validación

preciso de la veracidad de la información con la que se alimentaría, y b) no estaban explícitos los supuestos que guiarían la capacitación del personal de salud, más allá de los aspectos técnicos, para lograr una cultura de calidad en dicho personal.

Uno de los aspectos a resaltar, producto de la evaluación del diseño del programa, es el papel estratégico en el que se posiciona a la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud (DGACS) para asegurar, junto con los REC, un monitoreo y vigilancia continua en la implementación de cada una de las estrategias que plantea SICALIDAD.

#### *Principales resultados sobre el diseño*

Las conclusiones de la evaluación externa al diseño del programa SICALIDAD fueron las siguientes:

- Se plantearon con precisión tanto los objetivos, proyectos y líneas de acción para enfrentar los problemas de calidad señalados en el diagnóstico realizado por la DGCEs, como la población que resultaría beneficiada: unidades prestadoras de servicios del SNS, y otros actores clave como las instituciones de salud, los usuarios y el personal de salud.
- Las estrategias de arranque seleccionadas para cumplir con los objetivos del programa fueron pertinentes. Se hace mención específica de los Convenios de Gestión con el Sistema de Protección Social en Salud, la Medición de Impacto de la Acreditación, la Red SICALIDAD, el Comité Nacional por la Calidad en Salud, la Prevención y Reducción de Infección Nosocomial, el Uso Racional de Medicamentos; Alternativas de Hospitalización, la Calidad en la Documentación Médica y la Medición de Satisfacción de Usuarios.
- El esquema de revisión periódica de avances de indicadores, monitoreo y registro permanente de indicadores positivos y negativos de la prestación de los servicios de salud se consideró adecuado.
- Uno de los proyectos, como Aval Ciudadano, resultó fundamental, pues responde a la convicción de que la participación en la vigi-

lancia de la calidad de los servicios de salud es un derecho de la ciudadanía.

- Los indicadores globales se formularon siguiendo las especificaciones del CONEVAL, desagregándose en indicadores de eficacia, calidad y economía. Para cada uno de ellos existe una fórmula que señala sus atributos y especifica la temporalidad de su medición. Todos los indicadores cuentan con medios de verificación coherentes y de fácil acceso porque se tratan de encuestas nacionales disponibles electrónicamente, o del INDICAS, que es parte del sistema de vigilancia y monitoreo de la DGCES. Las RO también especifican correctamente los mecanismos de evaluación del programa, auditoría, control y seguimiento, así como las medidas a tomar para efectos de transparencia, quejas o denuncias.

Si bien el tono general del informe de la evaluación del diseño de SICALIDAD es optimista, se llama la atención sobre lo siguiente:

- La consecución de los objetivos estaba supeditada al comportamiento de los indicadores, por lo que se recomendó hacer un seguimiento sistemático, cercano y oportuno de los mismos. Por otra parte, algunos supuestos de operación se consideró que no serían alcanzables si no se generaba un trabajo previo de convencimiento en la totalidad de las unidades médicas.
- Para que las metas se pudieran alcanzar se requería de una completa coordinación entre los estados y el nivel central, de lo contrario los supuestos considerados para cumplir con el objetivo no tendrían los resultados esperados. Algunas acciones, por ejemplo, requerían de capacitación previa en las unidades y de verificación periódica para tener la certeza de que estaban teniendo el impacto previsto sobre la atención proporcionada a los usuarios.

En resumen, el diseño del programa SICALIDAD fue bien evaluado, aunque no se dejaron de identificar algunos aspectos que requerían de

especial atención para avanzar de manera más firme hacia el logro de los objetivos planteados.

### **Evaluación técnico-financiera y de procesos**

Este apartado sintetiza las evaluaciones externas hechas a SICALIDAD en 2009 y 2010. La primera abordó, por una parte, el análisis de su dimensión técnico-financiera y, por otra, la revisión de algunos procesos del programa. Para el análisis técnico-financiero se revisó la información correspondiente a los SESA de las 32 entidades federativas, la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. Se estudió el funcionamiento de los siguientes proyectos: Compromisos de Calidad mediante Acuerdos de Gestión (AG), Capacitación en calidad, el Premio Nacional de Calidad en Salud (PNCS) y Premio Nacional a la Innovación en Calidad en Salud (PNICS).

Los procesos evaluados en 2009 fueron: el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP), el Proceso de Acreditación de Centros de Salud y Unidades Hospitalarias, el papel del Gestor de Calidad (GC) en las jurisdicciones sanitarias y hospitales, y el programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal médico, de enfermería y de odontología. Estos procesos se analizaron en los SESA de Sinaloa, Nuevo León, Morelos, Aguascalientes, Guanajuato, Hidalgo, Puebla, Veracruz, Chiapas y Distrito Federal, así como en los hospitales Manuel Gea González e Infantil de México. En cada uno de los diez SESA se seleccionó un hospital, una jurisdicción sanitaria, un centro de salud urbano y uno rural para recolectar información. En las unidades seleccionadas se aplicaron guías de entrevista para responsables estatales de calidad, gestores de calidad, responsables del programa de seguridad del paciente y beneficiarios de los estímulos a la calidad. También se aplicó una guía de observación sobre seguridad del paciente en los hospitales.

La evaluación 2010 se centró en las acciones implementadas en los hospitales, en particular en los resultados de los proyectos de Aval Ciuda-

dano, Infecciones Nosocomiales, Acreditación, GC, Capacitación y AG. Se realizó un estudio transversal de investigación por encuesta, entrevistas a personajes clave y verificación de la estructura y los procesos de garantía de calidad en 80 hospitales generales y 15 de especialidad.

Los resultados indican que las líneas de acción de la iniciativa se alinean claramente con la estrategia planteada en el PROSESA y forman parte de un sistema institucionalizado a escala federal y estatal. Esto ratifica los resultados de la evaluación sobre la coherencia en el diseño. Por otra parte, se encontró que en general la capacitación en calidad estaba implantada y generalizada en los SESA, que existía acceso a recursos financieros por esta vía, buenas prácticas de diseño presupuestal y alineación con las líneas de SICALIDAD. No obstante, se observó que el presupuesto destinado para los AG es insuficiente para la demanda; que la asignación de recursos es tardía y que la variación de los techos presupuestales acentúa las inequidades entre las unidades de atención. Esta llegada tardía de los recursos produce la reprogramación de actividades planeadas y, en muchos casos, no se concluyen los programas financiados.

Por otro lado, los proyectos de capacitación a veces operan como una forma para subsanar carencias presupuestales de los SESA y se desvinculan de las necesidades de las unidades de atención y, en algunos casos, de los objetivos de SICALIDAD. De la misma forma, el financiamiento del PNICS se utiliza frecuentemente para cubrir carencias operacionales. La selección para PNCS y PNICS muestra inconsistencias en la aplicación rigurosa de las bases de la convocatoria y en los requisitos para la premiación.

Las acciones que realizan los responsables de calidad: REC, GCJ y GCH, influyen positivamente para la acreditación de las unidades de atención. Sin embargo, las carencias en infraestructura, equipamiento, personal y medicamentos son un obstáculo para el cumplimiento total del plan anual de acreditación de los SESA. En este punto, vale aclarar que aún es necesario evaluar los efectos de la acreditación, pues no existen reportes que documenten fehacientemente el efecto de estos procesos sobre la calidad técnica de la atención, la seguridad del paciente y la satisfac-

ción del usuario. En cambio, sí es posible afirmar que en las unidades de atención que aplican el PNSP se observan mejor relación con el paciente, mayor reporte de eventos adversos y disminución de caídas e infecciones nosocomiales. Los factores que más influyen para que un hospital no ejecute el PNSP son la falta de capacitación del personal y que se le considere un programa punitivo en vez de correctivo. Este programa y la campaña Está en Tus Manos operan de forma desigual en las unidades de atención de la SS.

Otros hallazgos indican que la proximidad de los responsables de calidad (REC, GCJ y GCH) con los órganos máximos de decisión de los SESA coloca mejor el tema de la calidad y mejora su operación. Actualmente no existe institucionalidad de la figura del GCJ, lo que seguramente influye en la operación de SICALIDAD pues se ha observado que su desempeño incide positivamente en la ejecución del programa.

En los niveles más operativos (GCH) el conocimiento de los objetivos, estrategias y líneas de acción del programa SICALIDAD es mayor, mientras que en los niveles más altos (REC y GCJ) este conocimiento disminuye. Aunado a lo anterior se observa que el flujo de información entre los responsables de calidad es irregular, fragmentado e incompleto, lo que provoca que la operación del programa sea diferente en cada SESA.

La llegada tardía de los recursos financieros de SICALIDAD impacta sobre todo en la credibilidad del programa en los niveles operativos, lo que obstaculiza el cumplimiento de sus objetivos. Existe asesoría de la DGACS para la acreditación de los establecimientos, pero falta seguimiento de los procesos tanto en las unidades acreditadas como en las no acreditadas. Los niveles operativos demandan mayor presencia de la Dirección General.

Como recomendaciones, se sugiere incorporar en la estructura de los SESA a los operadores del programa, lo que mejoraría las condiciones que requieren para el ejercicio de su cargo y permitiría una adecuada recuperación de su capacidad y experiencia. También es necesario un seguimiento del proceso de acreditación que permita sostener los niveles de calidad en las unidades acreditadas y elevarlos en las no acreditadas.

Igualmente, es recomendable que el programa de estímulos al personal médico, de enfermería y odontología tenga mayor alcance.

SICALIDAD debe consolidarse buscando una mayor institucionalización. Además de incrementar su capacidad financiadora, debe contar con una infraestructura que incluya la integración de sus agentes en la estructura de los servicios; el equipamiento de sus operadores, y la permanencia de sus mecanismos de evaluación. Finalmente debe combatirse la fragmentación de los componentes de SICALIDAD y fortalecer su carácter de estrategia integral encaminada a la universalización del acceso a servicios de calidad.

### Evaluación de la adherencia a la política nacional de calidad

La metodología para valorar la adherencia de las instituciones públicas de salud a SICALIDAD incluyó el análisis jurídico del CONACAS, la revisión documental de sus acuerdos con los CECAS, entrevistas a informantes clave y la aplicación de cuestionarios a los responsables estatales de calidad.

En general puede afirmarse que las estrategias, instrumentos, dispositivos técnicos, jurídicos, administrativos y organizacionales disponibles en torno a la calidad muestran que sí existe una política sobre la calidad de la atención en el sector salud y que SICALIDAD ha sido un actor importante de esta política. La adherencia de las instituciones públicas al programa indica que la calidad ya está posicionada dentro de la agenda del SNS, pero que requiere ser replanteada sobre la base del derecho a la protección de la salud.

No obstante lo anterior, la política en materia de calidad es dispersa, y podría robustecerse si existiera mayor rectoría por parte de la SS, recursos financieros destinados para este fin y una cultura de los prestadores de servicios que se centre en los usuarios.

Esta dispersión provoca, entre otras cosas, que no exista una percepción única sobre SICALIDAD sino que dependa del actor institucional del que se trate. Aun así, en general, el programa es percibido positiva-

mente por los funcionarios, responsables y trabajadores de salud de todas las instituciones evaluadas.

El componente de Calidad Técnica y Seguridad del Paciente es el que tiene mayor presencia, lo cual es relevante porque las iniciativas derivadas de dicho componente inciden en la efectividad y seguridad de la atención. Haciendo esta salvedad, la implantación del resto de los componentes de SICALIDAD es heterogénea.

En cuanto a los responsables de su operación, se observa que es necesario mayor involucramiento de los REC en el programa. El CONACAS, los CECAS y los COCASEP son instancias que necesitan cambios operativos para alcanzar mayor éxito en la instrumentación de sus acuerdos; mejorarían su labor si se ampliaran sus funciones. La importancia del CONACAS se ve afectada por el ausentismo y la rotación de los representantes institucionales, lo que obstaculiza su papel rector en la conformación de una política nacional de calidad y dificulta la toma de decisiones que involucran a todas las instituciones.

La calidad técnica y seguridad del paciente es el componente con mayor presencia en los acuerdos del CONACAS, mayor conocimiento entre los actores institucionales y mayor implantación en las instituciones del SNS. El componente de calidad percibida por los usuarios es el que menor presencia tiene en estos acuerdos. En algunos SESA la mala operación de los CECAS es un factor que incide en el bajo desempeño. En general mantienen poca comunicación con los responsables operativos del programa.

Los COCASEP en cambio son instancias más funcionales a nivel operativo; junto con los GC, los miembros del COCASEP son los que muestran el mayor compromiso y conocimiento de los componentes y las líneas de acción de SICALIDAD.

## Evaluación de la operación general de SICALIDAD

En este apartado se analizará la dimensión operativa en función de la misión asumida “Situación la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud”. El análisis se basa en la información obtenida en las eva-

luaciones externas 2009, 2010 y 2011, a la luz de los postulados de Moore. A partir de ello, se busca evaluar la capacidad de los directivos responsables del programa para innovar y alinear los procesos de trabajo, integrar equipos, aprovechar al máximo los recursos disponibles y obtener recursos adicionales para avanzar en el cumplimiento de la misión establecida.

El esfuerzo por cumplir con la misión determinó que la gestión política se centrara en la obtención de apoyo para fomentar la participación en las líneas de acción del programa, y no necesariamente para mejorar la calidad de los servicios de salud. Del mismo modo, para la dimensión operativa representó que el trabajo de la unidad responsable (la DGCES a través de la DGACS) se volcara, primero, en generar proyectos, lineamientos e instrumentos; después en promover su implementación por parte de las instituciones y establecimientos de salud, y por último, en asegurar que se contara con datos para reportar el nivel de participación en el país. Nunca se planteó la necesidad de demostrar los efectos derivados de dicha participación en la prestación de los servicios de salud, y mucho menos en los resultados de la atención.

Sobre la generación de proyectos, lineamientos e instrumentos, se observó una gran capacidad de SICALIDAD para obtener la autorización de un número creciente de líneas de acción. No obstante, esta autorización no se tradujo en documentos programáticos integrados que orientaran el trabajo en los servicios para ninguna de las líneas de acción. Esta deficiencia pretendió ser cubierta mediante la publicación de instrucciones, las cuales al parecer no dieron el resultado esperado, ya que, como se apuntó en los apartados previos, la implementación de las líneas fue heterogénea y carente de integración.

La gran cantidad de líneas de acción generó la necesidad de legitimarlas mediante la participación de establecimientos de las principales instituciones del sector (SS, IMSS e ISSSTE). Sin embargo, debido a que la fundamentación legal de SICALIDAD acota su autoridad al ámbito de los SESA y a que cada institución se rige por su propia normatividad, resultaba en extremo difícil lograr la participación generalizada en los proyectos y líneas de acción del programa. Conseguir la participación de otras instituciones,

principalmente el IMSS, debió ser uno de los procesos clave. Esto no se logró. Para dar una idea general de lo anterior, considérense los resultados del primer ejercicio de evaluación de la campaña Está en tus manos, donde se reporta la participación de 61 hospitales de los SESA y de 39 hospitales del ISSSTE ubicados en todo el país. Ninguno fue del IMSS (Santacruz, 2012). Los resultados disponibles en el INDICAS muestran que para integrar la información del primer cuatrimestre de 2014 reportaron 9,179 unidades de la SS, 190 del ISSSTE y sólo 67 del IMSS.\*

Si bien es cierto que SICALIDAD impulsó más de 30 líneas de acción, también lo es que presentó importantes limitaciones para darles seguimiento. Asimismo, se identificaron serias dificultades estructurales para dar cumplimiento a dos líneas de gran relevancia: la acreditación y re-acreditación de establecimientos médicos, y seguridad del paciente. También se detectaron complicaciones administrativas que provocan un flujo lento de los recursos financieros hacia los establecimientos y proyectos que logran obtenerlos. En otras palabras, en procesos clave como el seguimiento, el acompañamiento y la administración de recursos financieros, SICALIDAD mostró deficiencias sustanciales.

La gestión operativa de SICALIDAD se puede valorar también con el funcionamiento de las áreas de calidad en las entidades federativas y, de manera especial, de los gestores de calidad. En este aspecto los informantes entrevistados reportaron sobrecarga de trabajo debido a la realización simultánea de otras funciones institucionales. De hecho, la mayoría de los operadores de SICALIDAD en los estados se ven obligados a distribuir su tiempo en actividades no necesariamente relacionadas con el tema de la calidad (UAM-X, 2011).

Una perspectiva adicional para analizar la dimensión operativa, es a partir del otorgamiento de incentivos monetarios a través del PNCS, el PNICS, los AG, los incentivos al personal y la acreditación. Los hallazgos muestran que su impacto es pobre en materia de mejora de la calidad, y que existe insatisfacción en el personal respecto a su obtención. Destaca

---

\* Consultado en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/recibidas.php> (7 de mayo de 2013)

la poca incidencia de estos incentivos en el sistema de salud, lo que se refleja en el limitado fortalecimiento de la estructura para operar las líneas de acción de SICALIDAD y pone de relieve el rezago en la inversión y operación del mismo. La disponibilidad de recursos financieros, esenciales para el funcionamiento del sistema, fue revisado en la evaluación de 2009, específicamente en cuanto a los procesos de asignación extraordinaria derivados del PNCS, PNICS, AG y la capacitación en calidad.

El análisis de estos rubros muestra disfuncionalidades (tardanza en la ministración de recursos, ejercicios apresurados del gasto) y asimetrías (postulaciones en los SESA con mayores recursos y reiteración de postulaciones de unidades beneficiadas). En los hechos, la forma que actualmente tiene el programa parece profundizar las deficiencias, contribuyendo poco a generar una estructura más robusta y uniforme en las entidades federativas.

Por último, se consultó al personal de medicina, enfermería y los avales ciudadanos sobre la influencia de la capacidad instalada y la infraestructura clínica en la calidad de la atención. El informe reportó que la capacidad instalada fue considerada entre mala o regular en 67.3 por ciento de los casos, en tanto que la infraestructura clínica lo fue para 40 por ciento de los entrevistados.

Llama la atención que en la muestra de hospitales contemplada en la evaluación 2010 (95) solo 7.3 por ciento estaban acreditados lo que, además de reflejar la debilidad estructural del sistema, implica que la capacidad instalada para la atención médica de calidad es muy deficiente a nivel nacional, independientemente de las desigualdades locales, regionales y nacionales. Esto ocurre a pesar de que los AG aportan recursos financieros adicionales de los que una parte considerable se invierte en la mejora de la capacidad instalada, cuando esta debería estar resuelta por el nivel estatal.

## **Conclusiones sobre la gestión operativa de SICALIDAD**

Al repasar los resultados de las evaluaciones presentadas, se puede concluir que los objetivos, proyectos y líneas de acción muestran cierta pertinencia para enfrentar los problemas de calidad de la atención, y que el

diseño del programa resultó adecuado, ya que las líneas evaluadas son consistentes con los objetivos de SICALIDAD, los objetivos del PROSESA y los propósitos del PND. El programa tiene el potencial para mejorar efectivamente la calidad de la atención médica y las estrategias propuestas estimulan la conformación de una cultura de mejoramiento de la calidad entre los prestadores de los servicios médicos.

No obstante, la operación del programa se ve limitada por diversas situaciones, entre ellas: la falta de institucionalización de los responsables del programa en los diferentes niveles, lo que provoca una comunicación irregular, fragmentada e incompleta entre ellos; las líneas de acción operan irregularmente en las distintas entidades federativas y unidades de atención; no hay seguimiento del impacto de la acreditación; los recursos fluyen irregularmente y algunos programas se consideran excesivamente burocratizados.

Se entiende que el propósito de SICALIDAD no es financiar proyectos; sin embargo, el presupuesto destinado para los AG es insuficiente para la demanda, además de su entrega tardía, lo que genera reprogramación de actividades planeadas y, en muchos casos, programas inconclusos.

SICALIDAD debe tener mayor institucionalización, incrementar su capacidad financiadora y contar con una infraestructura que incluya: la integración de sus agentes, el equipamiento de sus operadores y la permanencia de sus mecanismos de evaluación.

Asumir la idea de situar la calidad de la atención en la agenda permanente del SNS como misión de SICALIDAD, junto con la decisión de evaluar sus avances en función de la afiliación a sus líneas de acción, tuvo importantes repercusiones en su dimensión operativa, además de que resulta insuficiente para valorar la marcha efectiva del programa y para medir sus acciones en resultados finales como la disminución de las enfermedades.

En vez de que se plantearan procesos orientados a lograr la mejora de la calidad de la atención, el trabajo se orientó a generar proyectos, lineamientos y herramientas; promover la afiliación a las líneas de acción; obtener datos para alimentar los sistemas de evaluación rutinaria, y administrar los recursos financieros. Desde esta lógica, otros procesos críticos

se soslayaron como el funcionamiento del CONACAS y los CECAS, la re-acreditación de establecimientos, el seguimiento a los proyectos implementados en las entidades federativas y el apoyo y acompañamiento a los REC y gestores de calidad. En todos ellos SICALIDAD mostró importantes deficiencias.

Los gestores de calidad distribuyen su tiempo entre diversas funciones no todas necesariamente relacionadas con la operación de SICALIDAD. Una parte importante del tiempo que dedican a este respecto es empleado en alimentar los sistemas de información rutinaria y no en promover la mejora de la calidad en las unidades de atención médica.

El manejo de los recursos para incentivos a través de la participación en los premios, acuerdos de gestión y proyectos de capacitación está arrojando resultados contrarios a los esperados. Una de las causas principales es la dilación en la entrega de recursos. En muchos casos están profundizando asimetrías entre las unidades de atención.

Por último, aunque de manera indebida, se destina una parte importante de los recursos entregados a los estados para subsanar deficiencias de equipamiento y estructura que debían ser cubiertas con recursos locales, lo cierto es que ni con esa aportación se alcanzan a solventar las importantes carencias identificadas por los informantes en todas las evaluaciones externas.

Para finalizar, se puede decir que sí existe una política sobre la calidad de la atención en el sector salud y que SICALIDAD es un actor central de esta política, posicionando a la calidad dentro de la agenda del SNS, pero que requiere ser replanteada sobre la base del derecho a la protección de la salud. La política en materia de calidad es dispersa y podría robustecerse si existiera mayor rectoría por parte de la SS, recursos financieros etiquetados para este fin y una cultura de los trabajadores del sector que otorgue centralidad a los usuarios.

## Referencias

- Nigenda LG, Juárez RC, Ruíz JA (2007). Evaluación de diseño TR2 del Programa Sistema Integral de Calidad (SICALIDAD). México: CISS, INSP.
- Moore M (1998). Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. México: Paidós.
- Santacruz J (2012). Instrucción 335/2012. Asunto: Acciones recomendadas para mejorar el impacto de la campaña sectorial “Está en tus manos”.
- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (2009). Evaluación Técnico-Financiera de SICALIDAD 2008. Informe Final. México. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/evaluacion\\_inst\\_2008.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/evaluacion_inst_2008.html)
- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (2011). Evaluación de SICALIDAD 2011. Informe Final, México. Disponible en: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion\\_programas/descargas/sicalidad/EXT11\\_SICALIDAD\\_IF.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/sicalidad/EXT11_SICALIDAD_IF.pdf)
- Universidad Nacional Autónoma de México (2010). Evaluación del Programa SICALIDAD 2010. Informe final. México: UNAM.



# El Sistema Integral de Calidad y el derecho a la salud en México

Sergio López Moreno, Ricardo Ortega Soriano,  
Jorge Alberto Álvarez Díaz y Mayra Montealegre Serrano

---

**D**urante mucho tiempo se consideró que la calidad de la atención era una cuestión que, en el peor de los casos, sólo podía ser abordada desde la administración de los servicios y, en el mejor, desde la salud pública. Esta concepción obedecía a la idea de que la calidad era factible de alcanzar si se combinaban de manera óptima los recursos disponibles, el saber profesional y la voluntad de los prestadores de servicios. Quizás esta es la razón por la que las ciencias sociales como la psicología, la sociología o la economía ingresaran tan tardíamente en el análisis de este aspecto tan importante para la salud.

Actualmente es claro que la calidad de la atención es un proceso complejo que no puede depender ni única ni primordialmente del ordenamiento interno de los elementos que participan directamente en la prestación de servicios, y que su comprensión y su mejoramiento rebasan las lógicas exclusivamente sanitarias.

Lo anterior se debe a que, en la medida en que la disponibilidad, el acceso, la calidad y el costo de la atención formen parte de determinados sistemas de relaciones de poder, el estudio y modificación de estos fenómenos no pueden obviar el análisis que de ellos hacen las ciencias sociales. Una visión integral de la atención de la salud debe considerar todas sus dimensiones, por lo que debe analizarse desde disciplinas como la sociología, la antropología, la economía, la historia, la ética y el derecho. Una visión que no tome en cuenta los aportes de estos saberes

no puede alcanzar una comprensión justa del proceso de atención y seguramente tampoco es capaz de hacer recomendaciones objetivas. Lo contrario también es cierto: una evaluación que sólo considere la dimensión social de la atención está destinada a ser parcial y subjetiva.

El compromiso por combatir la mala calidad de la atención se refleja en los numerosos esfuerzos que, desde hace más de ochenta años, se han llevado a cabo en todo el mundo en este campo, y que fueron sintetizados en el tercer capítulo. Paralelamente a estos esfuerzos se desarrolló un saber técnico tan vasto que los expertos deben prepararse durante años para responder a los desafíos que deben enfrentar. Un aspecto fundamental de la calidad de la atención, sin embargo, comenzó a ser objeto de reflexión y de debate hasta hace muy poco. Esta nueva perspectiva de la calidad surge con el reconocimiento de que es posible considerar a la calidad de la atención como parte del derecho a la salud. El presente capítulo parte de esa premisa, así como del convencimiento de que la mayoría de los problemas derivados de la mala calidad de la atención son actualmente evitables y la convicción de que su combate debe ser un objetivo prioritario de todos los sistemas de salud.

## **La salud como derecho social**

La lucha por el reconocimiento de los derechos humanos es muy antigua, y tiene su origen en los esfuerzos de los miembros civiles de la sociedad por limitar *jurídicamente* el ejercicio del poder político. Fue en la cultura occidental donde muy tempranamente surgió el movimiento por los derechos. En el año 1215 la firma de la Carta Magna obligó al rey Juan I de Inglaterra a garantizar los privilegios de los barones feudales y a reconocer como derechos fundamentales de los habitantes del reino inglés el derecho a la vida y a un juicio justo. En 1689 la corona inglesa aceptó la llamada Carta de Derechos (*Bill of Rights*) que marcó el fin del absolutismo monárquico y dio origen al sistema de gobierno democrático británico. En el siglo XVIII se promulgaron, sucesivamente, la Declaración de Derechos de Virginia (1776), la Declaración de Independencia de los Estados Unidos

(1776) y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, en Francia (1789). En estos documentos se reconocía que todos los hombres son por naturaleza libres e independientes y tienen derechos inherentes de los que no pueden ser privados (Álvarez-Icaza, 2009).

En conjunto, los derechos a los que se refieren las cartas y declaraciones aparecidas entre los siglos XII y XVIII han sido denominados derechos civiles, de defensa o de libertad. En general se refieren al derecho a la vida y a la integridad física y personal frente al Estado, así como a las libertades de expresión, reunión, asociación y religión. Estos derechos se denominan también derechos civiles.

A lo largo del siglo XIX apareció un nuevo tipo de derechos, llamados derechos políticos o de igualdad referidos, básicamente, al derecho de todas las personas a ser consideradas jurídicamente iguales ante la ley, y a elegir representantes y ser elegidos como tales ante el poder político.

En la segunda mitad del siglo XX –al establecerse el orden político que siguió a la Segunda Guerra Mundial– surgió una corriente que buscaba reconocer los derechos que garantizan a las todas las personas el acceso a condiciones mínimas de educación, salud, seguridad y bienestar económico. Esta corriente parte de la idea de que ciertos bienes y servicios son básicos para la vida digna de un ser civilizado, y que el Estado es responsable de proveerlas cuando las personas no puedan hacerlo por sus propios medios. Estos derechos son denominados derechos económicos, sociales y culturales o DESC. Finalmente, entre el final del siglo XX y el inicio del XXI surgieron los llamados derechos de solidaridad, destinados a garantizar la coexistencia mundial pacífica, la cooperación para el desarrollo, la identidad cultural de los pueblos y un ambiente sano y sostenible.

En la actualidad los derechos humanos se clasifican –según su naturaleza y desarrollo histórico– en derechos de primera, segunda y tercera generación. El creador de la noción generacional de los derechos humanos fue el académico checo Karel Vasak quien –inspirado en el lema de la Revolución Francesa de *libertad, igualdad y fraternidad*– propuso en 1979 la existencia de estas tres distintas generaciones de dere-

chos humanos. La propuesta de Vasak refleja el orden cronológico de aparición de los derechos y, al sustituir el concepto de fraternidad por el de solidaridad, indica el progreso de los derechos desde lo individual hasta lo solidario.

Es importante señalar que, a pesar de lo que se ha planteado, la clasificación de los derechos humanos tiene sólo fines analíticos, pues de acuerdo con la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993:

“Todos los derechos son “universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso (...) los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.” (ONU, 1993)

El derecho a la salud ha sido reconocido en todas las declaraciones universales de derechos humanos del siglo XX como parte de los DESC, por lo que tiene más de medio siglo que se considera legítimamente como un pleno derecho social . Como se ha comentado, este tipo de derechos surgió a entre el final del siglo XIX y la segunda mitad del veinte, y se caracterizan, grosso modo, porque “...en lugar de satisfacerse mediante la abstención del sujeto obligado, requieren de una acción positiva que se traduce normalmente en la prestación de algún bien o servicio.” (Sánchez-Cordero, 2000).

Los DESC están directamente vinculados con el logro de aquellas condiciones fundamentales necesarias para la satisfacción de nuestras necesidades básicas. Como ejemplos de DESC se encuentran el derecho a la alimentación, el derecho al agua, el derecho a la vivienda adecuada, el derecho a la educación, el derecho a la salud, el derecho a la protección y asistencia a la familia, el derecho a la seguridad social, los derechos culturales y el derecho al trabajo en condiciones equitativas y satisfactorias.

Los siguientes son ejemplos de declaraciones y pactos internacionales en los que el derecho a la salud se menciona explícitamente como un derecho humano:

El artículo 25 de la DUDH de 1948 señala que “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (ONU, 1948)

El Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 reconoce, en el apartado 1 de su artículo 12, “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (ONU, 1966)

El apartado 5 del mismo artículo señala que los Estados Partes deberán tomar medidas para “asegurar la plena efectividad de este derecho”, asegurando “... la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (ONU, 1966)

El derecho a la salud, además, es reconocido como componente de otros derechos en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación racial (1965); en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979); en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); y varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea (1961) la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981), el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988).

En México, el derecho a la salud fue consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) a partir del 3 de febrero de 1983, cuando el DOF publicó la reforma al art. 4º constitucional.

El texto del artículo quedó como sigue:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

De lo anterior pueden desprenderse varias conclusiones. Entre las más relevantes destaca el que, en lugar del derecho a la salud, la CPEUM señale el derecho a la protección de la salud (DPS), lo que puede interpretarse como un esfuerzo por *positivizar* el primero. Lo anterior tiene relevancia en la medida en que, al positivizar el derecho a la salud, los múltiples componentes que conforman este derecho quedan circunscritos a la obligación del Estado a prestar servicios de salud y, específicamente, a garantizar su acceso. Por esta razón, cuando en México se habla de derecho a la salud en realidad se hace referencia al acceso a los servicios de salud, y en particular al acceso a los servicios médicos.

Esta situación se ha modificado paulatinamente. Un primer cambio ocurrió con el surgimiento en México de los Organismos *No Jurisdiccionales de Protección de Derechos Humanos*,\* que durante un tiempo jugaron un relevante papel en la defensa del derecho a la protección de la salud (DPS) en México, al no existir ningún órgano jurisdiccional dedicado específicamente a su defensa directa.

El cambio de visión más importante, sin embargo, ocurrió cuando el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU emitió en 2001, durante su 22º período de sesiones, la Observación General 14 (OG14), referida al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. En esta observación general el CDESC afirma que:

“la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto se hace al ‘más alto nivel posible de salud física y mental’ no se limita al derecho a la atención de la salud. Por el contrario (...) el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden lle-

---

\* Entre ellos destacan la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).

var una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano” (ONU, 2001).

De acuerdo con el CDESC, el derecho a la salud es un derecho inclusivo que depende de la concurrencia de otros factores que, en conjunto, determinan las condiciones de salud.

El derecho a la salud, en otras palabras, es un derecho complejo, estrechamente vinculado al cumplimiento de otros derechos humanos, que deben ser considerados como los verdaderos determinantes sociales de la salud. Entre ellos se encuentran –como enuncia la Carta Internacional de Derechos– el derecho a la vida, a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la no discriminación, a la igualdad, a la vida privada, a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos fundamentales son componentes integrales del derecho a la salud.

Además, el CDESC considera que entre los componentes del derecho a la salud figura un sistema de protección que brinde a las personas iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud mediante una atención de salud oportuna y apropiada. Este sistema de protección, de acuerdo con el CDESC, debe cumplir con un mínimo de condiciones, y pone como ejemplos la disponibilidad, accesibilidad (física, económica y a información), aceptabilidad y calidad de los servicios. Con la presentación de estos ejemplos, no exhaustivos, el DESC hizo un esfuerzo por dotar de contenido concreto al derecho a la salud, por lo menos en lo que respecta a su componente de protección. Es notable que estas dimensiones sean prácticamente las mismas que la salud pública ha utilizado desde hace décadas para analizar el desempeño de los sistemas de salud, y que su estudio y profundización constituya una oportunidad para impulsar de manera simultánea ambos campos: la investigación en sistemas de salud y la protección de la salud como un derecho humano.

Antes de entrar de lleno a la evaluación de SICALIDAD bajo la perspectiva del derecho a la salud, es necesario señalar un hecho histórico que en los próximos años resultará fundamental en la definición de los contenidos del derecho a la salud en México. Nos referimos a la reforma de la Constitución Federal realizada el 10 de junio de 2011, mediante la cual se fortaleció el estatus jurídico de los tratados internacionales de derechos humanos dotándolos de rango constitucional y estableciendo, entre otras cosas, que las normas internacionales relativas a los derechos humanos se interpretarán en México de conformidad con la Constitución y los propios tratados (Saltalamacchia, 2014).

De esta manera, los contenidos del derecho a la salud y los procedimientos a través de los cuales se puede garantizar su cumplimiento en el país pasan a ser los mismos que los establecidos en los tratados internacionales firmados por México, y por los establecidos, por ejemplo, en la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Con esta reforma, el Estado mexicano se coloca como garante moral y político del derecho a la salud, y todas las políticas en la materia deberán adecuar su diseño a este nuevo paradigma.

En resumen, la necesidad de incluir una perspectiva de derechos humanos en las políticas públicas responde principalmente a dos razones:

1. Intentar que los alcances y metas del ejercicio público estén dirigidas a garantizar la dignidad humana, de forma que se eviten violaciones a los derechos humanos y se obtengan resultados más eficaces respecto de la atención a los problemas de la agenda pública; e
2. Intentar que los estados cumplan con sus compromisos internacionalmente adquiridos, a través de los estándares internacionales en materia de derechos humanos.

Este es el contexto en el que se ha realizado el análisis de SICALIDAD como parte del sistema de organismos públicos responsables de dar cumplimiento al derecho de protección de la salud de los mexicanos. El Programa Nacional de Salud 2007-2012 establece entre sus propósitos el

de fortalecer la “protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud”, y encomienda una parte sustantiva de esta responsabilidad a la SICALIDAD (SS, 2007).

El propósito de una evaluación de tal naturaleza es identificar la manera en que –desde el particular universo de la calidad de los servicios– el programa SICALIDAD puede contribuir a crear un sistema de atención capaz de brindar a todas las personas iguales oportunidades de disfrutar del más alto nivel posible de salud (figura 2).

### **Resultados de la evaluación**

El análisis realizado a SICALIDAD demuestra que intenta genuinamente elevar las condiciones de calidad de la atención en el marco de la prestación de los servicios públicos de salud a cargo del Estado. No obstante, es claro que no incorpora totalmente las obligaciones específicas derivadas del marco internacional de los derechos humanos que son: respetar, garantizar, proteger y promover los derechos humanos en general, y el derecho a la salud en particular.

Como señalan sus documentos sustantivos, la creación de SICALIDAD atendió a la necesidad de institucionalizar la calidad de la atención médica en el país. Sin embargo, esos mismos documentos conciben a la calidad como una estrategia de mejoramiento de los servicios de salud y no como un elemento intrínseco del derecho a la salud (PAE, 2008). Esto es evidente en el objetivo general de SICALIDAD, cuando afirma que busca constituirse como “un sistema que coordine, integre, apoye, promueva y difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud”.

De este modo, es innegable que SICALIDAD tiene por finalidad fortalecer y mejorar los servicios de salud pero que, directa y explícitamente, nunca pretendió garantizar, proteger, promover o respetar de manera diferenciada el derecho de las personas a acceder a servicios de salud de calidad.

El enfoque de calidad como estrategia de desarrollo atraviesa todo el diseño y funcionamiento de SICALIDAD. Esto significa que busca incidir en la calidad de los servicios de salud pero centrando su atención en el propio sistema y no en la persona como sujeto de derechos. Muestra de ello es que su misión es brindar al sistema de salud metodologías e instrumentos para desarrollar acciones encaminadas a alcanzar la garantía de la calidad (PAE, 2008), y su visión es desarrollar líneas de acción que den soporte a la implantación progresiva de los procesos de calidad del sector salud (PAE, 2008).

Ahora bien, es común que los intentos por fortalecer los sistemas de salud a través de la regulación de buenas prácticas tiendan a convertir al propio sistema en impersonal, es decir, que los esfuerzos emprendidos se centran únicamente en el desarrollo profesional y científico y no en la persona. Sin embargo, es innegable que cualquiera de las acciones que el Estado realiza para fortalecer el sistema de salud también tendrá un impacto en las personas, las cuales tienen derecho a ser tratadas con respeto y dignidad. Es por ello que se propone que el fortalecimiento de los sistemas de salud se base en un enfoque que tenga como centro a la persona y no únicamente al sistema (OMS, 2007).

El empoderamiento de las personas es un supuesto básico del enfoque de derechos humanos, y éste no sólo se alcanza al reconocer a las personas como titulares del derecho, sino a través del establecimiento de mecanismos que les permitan participar en el proceso de diseño e implementación de la política pública.

En los instrumentos jurídicos que constituyen SICALIDAD no consta que se haya diseñado siguiendo algún mecanismo de participación ciudadana. Sin embargo, resalta que SICALIDAD de manera indirecta busque construir ciudadanía en salud mediante la figura del Aval Ciudadano, la cual consiste en incorporar la experiencia y participación de grupos organizados de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, centros académicos y otras instituciones en la evaluación de los componentes de calidad percibida en la prestación de servicios de salud (PAE, 2008).

Los avales ciudadanos mantienen contacto con los usuarios y los profesionales de la salud, realizando entrevistas y encuestas en las unidades médicas con el fin de establecer compromisos de mejora entre la ciudadanía y las autoridades de las unidades, buscando el mutuo beneficio. Esta figura permite la medición social de la calidad de los servicios pero no es un mecanismo efectivo de participación ciudadana. Empero, podría llegar a constituirse como un mecanismo de rendición de cuentas que posibilite a los ciudadanos exigir a las autoridades el cumplimiento de sus obligaciones relacionadas con la garantía de la calidad.

A fin de lograr el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos capaces de incidir en el proceso de toma de decisiones, deberán establecerse nuevas premisas para fundamentar la razón de ser del programa. Actualmente, la mayoría de éstas giran en torno al propio sistema de salud (PAE, 2008).

Por último, cabe señalar que no incorporar las obligaciones del Estado en materia del derecho a la protección de la salud puede alterar la garantía de los principios trasversales que sustentan una política pública con enfoque de derechos humanos, ya que la mayoría de estos principios están interrelacionados con la naturaleza, componentes y obligaciones específicas del derecho. Por ejemplo, los principios de *máximo uso de recursos disponibles* y de *garantía del nivel mínimo del derecho* guardan una estrecha relación con las obligaciones inmediatas y progresivas que sustentan la garantía de la calidad como parte del DPS. Por lo tanto, en la medida en que SICALIDAD incorpore las obligaciones podrá cumplir también con estos principios.

### **SICALIDAD y el cumplimiento de las obligaciones del DPS**

El programa SICALIDAD se encuentra conformado por 33 diferentes líneas de acción agrupadas en cuatro componentes. Algunas de esas líneas permiten al Estado cumplir de manera incidental con la obligación de garantizar la calidad en los servicios de salud. Este cumplimiento es circunstancial porque SICALIDAD busca generar un impacto sobre el sistema de salud y no sobre los derechos de la persona.

A continuación se presentan las líneas de acción de SICALIDAD que podrían garantizar la mejora de la calidad de los servicios de salud como parte del cumplimiento del DPS. Para mostrar la relación entre ambos aspectos se utilizará la relación entre algunos indicadores medidos por SICALIDAD (según su pertenencia a la estructura, los procesos o el resultado de la atención) y las obligaciones que derivan del DPS.

### Calidad percibida por los usuarios

SICALIDAD la concibe como la valoración que realizan los usuarios y sus familias respecto al trato, tiempo de espera, información, confiabilidad y confort de los servicios. Se encuentra integrada por dos proyectos: *Construir ciudadanía en salud: Aval Ciudadano y Percepción de los Profesionales de la Salud.*

Estos proyectos pueden relacionarse con el indicador de resultado, ya que a partir de la experiencia ciudadana y del propio personal se busca

**Cuadro 6.** Cumplimiento de los proyectos de SICALIDAD en materia de calidad percibida por los usuarios con relación a las obligaciones del Estado

| Indicador        | Proyecto   | Objetivo  |
|------------------|--|---|
| <b>Resultado</b> | Construir ciudadanía en salud: Aval Ciudadano.   | Contar con organizaciones de salud que proporcionen espacios de voz: generar compromisos que propicien una participación más amplia de la ciudadanía para mejorar la calidad de los servicios de salud. |
| <b>Resultado</b> | Percepción de los profesionales de la salud. Caminando con los trabajadores de la salud. | Medir la calidad de vida profesional y el compromiso por la calidad de los trabajadores de la salud que permitan detectar áreas de oportunidad y formular recomendaciones.                              |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Observación General 14 del CDESC, ONU (2000).

mejorar la calidad de los servicios. No obstante, ya que depende de factores subjetivos y ajenos a la actuación del Estado, el indicador no permite dar cumplimiento a ninguna de las obligaciones del DPS, en relación con el componente de calidad. En consecuencia, no es posible considerar que estos proyectos de SICALIDAD sean, por sí mismos, efectivos para garantizar la calidad como elemento del DPS (Cuadro 6).

### Calidad técnica y seguridad del paciente

Esta dimensión se centra en aspectos relacionados con los servicios otorgados por los profesionales de la salud, incluyen la mejora continua de los servicios de salud y la reducción de eventos adversos.

Esta dimensión se encuentra integrada por once líneas de acción, las cuales, se pueden considerar como elementos que inciden en el proceso de atención médica y servicios prestados por el personal de salud. En otras palabras, estas líneas de acción permiten cumplir con los indicadores de estructura y proceso, debido a que forman en conjunto una maquinaria institucional para mejorar la calidad en los procesos de atención y servicios médicos. Por tal motivo, también encontrarán relación con algunas de las obligaciones del DPS, sin embargo, no podrán considerarse completamente eficaces en el cumplimiento de las obligaciones del DPS hasta que no conciban al sujeto como titular del derecho y no como objeto de la atención médica, ya que, para la incorporación del DPS en las políticas públicas importan las acciones del sistema de salud y la manera como las efectúa. Por ejemplo: proporcionar medicamentos esenciales forma parte del DPS si se realiza de forma transparente y sin discriminación (Cuadro 7).

### Calidad en la gestión de los servicios de salud

Esta dimensión se encuentra integrada por once líneas de acción, las cuales, se pueden considerar como elementos que inciden en el proceso de atención médica y servicios prestados por el personal de salud. En otras palabras, estas líneas de acción permiten cumplir con los indicadores de estructura

y proceso, debido a que forman en conjunto una maquinaria institucional para mejorar la calidad en los procesos de atención y servicios médicos. Por tal motivo, también encontrarán relación con algunas de las obligaciones del DPS, sin embargo, no podrán considerarse completamente eficaces en el cumplimiento de las obligaciones del DPS hasta que no conciban al sujeto como titular del derecho y no como objeto de la atención médica, ya que, para la incorporación del DPS en las políticas públicas importan las acciones del sistema de salud y la manera como las efectúa. Por ejemplo: proporcionar medicamentos esenciales forma parte del DPS si se realiza de forma transparente y sin discriminación (Cuadro 7).

En este punto es necesario reiterar la necesidad de que estos proyectos o estrategias tengan como base el reconocimiento de las personas como sujeto de derechos.

Como se ha señalado, el principal objetivo de toda política pública es dar racionalidad a la acción estatal. Esta racionalidad se refiere al uso de aquellos principios a los que debe atender cualquier toma de decisiones realizada por los actores estatales y que en general se refieren a los aspectos de eficiencia, eficacia, economía, productividad y oportunidad. Algunas de estas acciones pueden tener un impacto –aunque sea indirecto– sobre las obligaciones del estado en materia de protección del derecho a la salud (Cuadro 8).

A pesar de que existe una racionalidad implícita en SICALIDAD, debe señalarse que sus principios de racionalidad estatal sólo atienden en la forma y no en el fondo el diseño de una política pública basada en la perspectiva del derecho a la salud. En consecuencia, aún es necesario precisar cuáles son los límites y alcances de las obligaciones del estado en materia de salud para desarrollar sus funciones desde un enfoque de derechos humanos.

**Cuadro 7. Proyectos de SICALIDAD en materia de calidad técnica y seguridad del paciente en relación con las obligaciones del Estado**

| <b>Obligación</b>              | <b>Proyecto</b>   | <b>Indicador</b>      | <b>Objetivo</b>  |
|--------------------------------|---|-----------------------|--|
| <b>Protección</b>              | Seguridad del Paciente  | Estructura<br>Proceso | Implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la Seguridad del Paciente en las unidades del Sector Salud  |
| <b>Protección</b>              | Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial                       | Estructura<br>Proceso | Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales, contando con un modelo de gestión de riesgos de infecciones nosocomiales en hospitales públicos  |
| <b>Garantía</b>                | Expediente Clínico Integrado y de Calidad                               | Estructura<br>Proceso | Garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería en los establecimientos de salud involucrando la revisión periódica por las unidades médicas  |
| <b>Protección<br/>Garantía</b> | Calidad en la Atención Materna  | Estructura<br>Proceso | Incorporar, programas de calidad para la mejora y estandarización de los procesos de atención obstétrica dirigidos a la prevención de muerte materna   |
| <b>Protección</b>              | Cuidados paliativos   | Estructura<br>Proceso | Mejorar la calidad de vida de pacientes en situación terminal  |
| <b>Protección<br/>Garantía</b> | Uso Racional de los Medicamentos  | Estructura<br>Proceso | 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   |
| <b>Protección</b>              | Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución             | Estructura<br>Proceso | Implementar en los servicios de urgencias un modelo de atención con calidad y seguridad para el paciente que contribuya a mejorar la atención, el nivel de resolución de las unidades y la satisfacción de los usuarios y sus familias |
| <b>Garantía</b>                | Medicina Basada en la Evidencia: difusión de Guías de Práctica Clínicas | Estructura<br>Proceso | Incorporar la mejor evidencia clínica disponible para contribuir a mejorar la calidad y seguridad en la atención a los usuarios  |
| <b>Protección</b>              | Plan de Cuidados de Enfermería  | Estructura<br>Proceso | 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 |
| <b>Garantía</b>                | Programa de Atención Domiciliaria                                       | Estructura<br>Proceso | Mejorar la calidad de vida de los pacientes, reduciendo la hospitalización, en aquellos problemas de salud susceptibles de incorporarse a la modalidad de atención domiciliaria  |

Fuente: Elaboración propia a partir de l Observación General 14 del CDESC, ONU (2000).

**Cuadro 8.** Proyectos de SICALIDAD en materia de calidad en la gestión de los servicios de salud en relación con las obligaciones del Estado

| <b>Obligación</b>          | <b>Proyecto</b>  | <b>Indicador</b>      | <b>Objetivo</b>  |
|----------------------------|--|-----------------------|--|
| <b>Protección Garantía</b> | Acreditación y Garantía de Calidad.  | Estructura<br>Proceso | Establecer los procedimientos para acreditar y supervisar los establecimientos de salud que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud   |
| <b>Garantía</b>            | INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.                | Resultado             | Disponer de una herramienta de carácter gerencial que permita el registro y vigilancia de indicadores de calidad en las unidades médicas, así como, su seguimiento y comparabilidad  |
| <b>Garantía</b>            | Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS).                           | Estructura            | Unificar los criterios para la aplicación de las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes y coordinar acciones en el Sistema Nacional de Salud enfocadas a mejorar la calidad en la atención a la salud.   |
| <b>Garantía</b>            | Comités Estatales de Calidad en Salud.                                       | Estructura            | Ser la instancia promotora y coordinadora del establecimiento y desarrollo del Sistema Integral de Calidad en el ámbito estatal.   |
| <b>Promoción</b>           | Gestores de Calidad en Atención Primaria y Hospitales.                       | Estructura            | Contar con una Red de Calidad que incorpore el esfuerzo que deben realizar los gestores de calidad en atención primaria y hospitales.  |
| <b>Promoción</b>           | Creación y fortalecimiento de los COCASEP en Hospitales y Atención Primaria. | Estructura            | Constituir y dinamizar el funcionamiento de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente tanto en hospitales como en las estructuras coordinadoras del primer nivel de atención (jurisdicciones y regiones) situando de esta manera la calidad en la agenda permanente de los prestadores de salud. |
| <b>Protección Garantía</b> | Componente de calidad en Convenios de Gestión del SPSS.                      | Estructura<br>Proceso | Implementar en los servicios de urgencias un modelo de atención con calidad y seguridad para el paciente que contribuya a mejorar la atención, el nivel de resolución de las unidades y la satisfacción de los usuarios y sus familias.  |
| <b>Protección Garantía</b> | Modelo de Gestión para la Calidad Total.                                     | Estructura<br>Proceso | Aplicar un Modelo de Excelencia o Calidad Total, utilizando la ruta de la calidad y el desarrollo de habilidades y capacidades, como herramienta para elevar la calidad de la atención de los servicios de salud.  |

Continúa/

/continuación

|                  |   |            |  |
|------------------|---|------------|--|
| <b>Promoción</b> | Currícula de Calidad en la formación de los profesionales.  | Estructura | 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.  |
| <b>Promoción</b> | Vinculación a SICALIDAD del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud. | Estructura | Estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud, considere en su evaluación el compromiso de calidad de éstos en los proyectos de SICALIDAD que logren la mejora en la percepción de los usuarios, una atención efectiva y la participación en la mejora de los procesos de las unidades. |

Fuente: Elaboración propia a partir del Observación General 14 del CDESC, ONU (2000).

Para ello existe un conjunto de instrumentos internacionales –de los cuales México es signatario– así como de definiciones nacionales que ofrecen un marco que puede permitirnos asumir una perspectiva capaz de garantizar el acceso a servicios de salud con calidad. Así, la calidad de la atención podrá constituirse verdaderamente como un atributo del derecho a la protección de la salud.

## Referencias

- Abramovich, V (2006). Los estándares interamericanos de derechos humanos como marco para la formulación y el control de las políticas sociales. Anuario de Derechos Humanos.
- Abramovich, V (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL, (88).
- Briceno R (coord.) (2000). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Río de Janeiro, FIOCRUZ.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2011). Elementos básicos para comprender los derechos humanos y el trabajo que desarrolla la CDHDF. Serie de Capacitación Interna número 6. México: CDHDF pp. 16.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- Conferencia Internacional Americana. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Artículo XI, Asamblea General, Resolución 1591 (XXVIII-O/98).
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título Primero. Cap. I De los derechos humanos y sus garantías (Reformada la denominación por decreto publicado en el Diario

- Oficial de la Federación el 10 de Junio de 2011).
- Convención sobre los Derechos del Niño (1959). ONU, Asamblea General. Resolución 1386 (XIV) del 20 de noviembre de 1959.
- Cunill N (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista Reforma y Democracia*; 46:43-72.
- Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (1969). ONU, Asamblea General, Resolución 2542 (XXIV), del 11 de diciembre de 1969.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). ONU, Asamblea General, Artículo 25, Resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- Franco G (2010). *Salud global: política pública, derechos sociales y globalidad*. Medellín, Universidad de Antioquía.
- Hirschman A (2000). Doscientos años de retórica reaccionaria: la tesis de la inutilidad. En: Barker P (comp.) *Vivir como iguales. Apología de la justicia social*. Barcelona: Paidós. pp. 81-110.
- Hunt P (2004). Informe del Relator Especial. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Adoptado en el 60º período de sesiones. E/CN.4/2004/49, ONU, 16 de febrero de 2004.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2009). Preguntas frecuentes sobre los derechos económicos, sociales y culturales. Folleto informativo No. 33. Suiza: OACNUDH, pp. 18.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2010). *Políticas Públicas y Presupuestos con Perspectiva de Derechos Humanos. Manual Operativo para Servidores y Servidoras Públicas*. México: OACNUDH, pp. 20.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2010a). *Manual operativo para servidores y servidoras públicos: políticas públicas y presupuestos con perspectiva de derechos humanos*. México: OACNUDH, pp. 16.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2010b) *Políticas públicas y presupuestos con perspectiva de derechos humanos. Manual operativo para servidoras y servidores públicos*. México: OACNUDH.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2011). *Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*. México: OACNUDH, 204 págs.
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2012). Principios y directrices para la integración de los derechos humanos en las estrategias de reducción de la pobreza, Directriz 4 “Establecimiento de metas, referencias y prioridades”. HR/PUB/06/12. Suiza: OACNUDH, pp. 47-61.
- OMS (2007). *People at the Centre of Health Care. Harmonizing Mind and Body, Peoples and Systems*. Ginebra, Suiza.
- ONU (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General, Resolución 217A(III), Artículo 25*. Ginebra, Suiza. 10 de diciembre de 1948.
- ONU (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 durante su XXI periodo de sesiones, New York, 16 de diciembre de 1966.
- ONU (1988) *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988)*. Protocolo de San Salvador, Artículo 10, Resolución de la Asamblea General, San Salvador El Salvador, 17 de Noviembre de 1988.
- ONU (1993). *Declaración y Programa de Acción de Viena*. Conferencia Mundial de Derechos

- Humanos. Resolución A/CONF.157/23. Viena, Austria, 14 a 25 de junio de 1993.
- ONU (2001). Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos. Resolución HRI/GEN/1/Rev.5, Ginebra, Suiza, 26 de abril de 2001.
- ONU (2003). Cuestiones relativas a los derechos humanos: situaciones relativas a los derechos humanos e informes de relatores y representantes especiales. Resolución A/58/427. Ginebra, Suiza. 10 de octubre de 2003.
- ONU, Comité de derechos humanos (2006). Informe sobre Indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de Derechos Humanos. Resolución HRI/MC/2006/7. Ginebra, Suiza.
- ONU, Consejo de Derechos Humanos (2007). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Resolución A/HRC/7/11. Ginebra, Suiza.
- Parra O (2003). El derecho a la Salud. Colombia, Defensoría del Pueblo.
- Pérez M (coord.) (2010). Cinco Miradas sobre el Derecho a la Salud. Centro de Análisis e Investigación, AC. México: FUNDAR.
- Saltalamacchia N y Covarrubias A (2014). La dimensión internacional de la reforma de derechos humanos: antecedentes históricos. En: Carbonell M y Salazar P (coord.) La reforma Constitucional de Derechos Humanos. México: Porrúa y UNAM.
- Sánchez-Cordero, O (2000). El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México. Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”, México, D.F. 9 de octubre de 2000.
- Secretaría de Salud (2008). Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD. México: SSA.
- Vázquez D, Delaplace D (2011). Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos: un campo en construcción. SUR Revista Internacional de Derechos Humanos; 8(14):35-65.



# Análisis global del Sistema Integral de Calidad en México

Edgar Jarillo Soto, Sergio López Moreno, Jesús Vértiz Ramírez,  
Alejandra Moreno Altamirano y Blanca Villa Contreras

---

La evaluación integral de SICALIDAD confirma que es necesario para el país contar con una política nacional sobre la calidad de los servicios de salud y que es pertinente que el vehículo para operar esta política sea un sistema integral de calidad, de amplitud nacional y naturaleza sectorial. Un sistema de este tipo puede garantizar el respeto, la protección y la promoción del derecho de los ciudadanos a la protección de su salud, en lo que compete a la calidad de los servicios que otorga el Sistema Nacional de Salud. A pesar de lo anterior, es necesario apuntar que llevar a buen término este planteamiento resulta una tarea formidable, y que los esfuerzos realizados en este sentido aún requieren ser fortalecidos.

Hace siete años, el documento que estableció los criterios rectores en materia de calidad de los servicios de salud para el periodo 2007-2012 señalaba que “la calidad puede ser parte de una política y una estrategia integral que complementa otras intervenciones para mejorar las coberturas, la equidad, la viabilidad financiera del sistema y la justicia financiera para sus usuarios” (SSA, 2007). En el documento se afirmaba que una estrategia de calidad no es viable si no forma parte de una política aplicable a todo el sistema de salud y sus componentes. De esta forma, las mejoras en la dimensión interpersonal de la calidad generan mayor aceptabilidad de la ciudadanía, lo que amplía el uso de los servicios; un alto nivel de calidad técnica genera mayor impacto en la salud y consecuentemente mayor confianza entre los usuarios, y una organización más eficiente mejora la viabilidad financiera del sistema al disminuir los costos de la mala calidad.

Pero si las mejoras en la calidad de los servicios no se acompañan de un aumento de su accesibilidad financiera y cultural, resultan finalmente insuficientes. Esto es así porque no sólo no disminuyen las inequidades sino que en algunos casos contribuyen a profundizarlas, al circunscribir las mejoras a quienes ya tenían acceso a la atención. Al interior de los servicios, la heterogeneidad de la atención recibida y la variación de los niveles de calidad pueden ser en sí mismos síntomas de inequidad y, en el caso de grandes variaciones, pueden constituir un riesgo para la seguridad del paciente. Estas afirmaciones señalan claramente que la calidad de los servicios de salud se encuentra indisolublemente ligada a otros aspectos de la atención, como su disponibilidad, accesibilidad y costo.

Por esta razón los objetivos de mejora de la calidad interpersonal y técnica de la atención, la búsqueda de mayor satisfacción del usuario con el servicio recibido, y el incremento de la efectividad de las acciones y la seguridad del paciente sólo pueden separarse por razones de diseño y organización de las acciones, pues el alcance de cada uno depende del alcance de los otros y, a la larga, no pueden conquistarse de manera independiente. Esto significa que las acciones en materia de calidad deben ser parte de una política integral, de la que un sistema integral resulta el instrumento idóneo.

Todo lo anterior justifica plenamente la creación de un sistema integral y sectorial de calidad en México. No obstante, como se señaló líneas arriba, el análisis integral de SICALIDAD indica que es necesario redoblar los esfuerzos para cumplir el propósito de elevar efectivamente la calidad de los servicios de salud.

Enseguida se presenta un resumen de los principales logros y debilidades manifestados en los informes de evaluación realizados a SICALIDAD, analizados a la luz de los modelos de Moore y Almond para el estudio de las políticas públicas, así como de la teoría internacional de los derechos humanos. La presentación es necesariamente sintética, pues recoge las afirmaciones que se hacen a lo largo de los capítulos previos y que en ellos se han detallado minuciosamente. Su propósito, por lo tanto, únicamente es sustentar las recomendaciones que se presentan al finalizar el capítulo.

## **Principales Fortalezas de SICALIDAD**

En lo que se refiere a las fortalezas del programa, destaca que a lo largo de las evaluaciones realizadas en el periodo 2007-2012 se encontrara que la mayoría de las estructuras, instrumentos y acciones realizadas por SICALIDAD eran conocidas y aplicadas en los distintos ámbitos de la Secretaría de Salud: federal, estatal y local. También es evidente que existe un aceptable conocimiento sobre los componentes de SICALIDAD en otras instituciones de salud, como el IMSS, el ISSSTE y la SEMAR, tanto entre sus funcionarios como entre su personal operativo, por lo que en general, SICALIDAD logró tener presencia más allá del ámbito de la SS. Las instituciones del sector salud conocen la existencia del sistema y reconocen como órganos de consenso y toma de decisiones al CONACAS, los CECAS y los COCASEP.

Los componentes de SICALIDAD también lograron presencia entre el personal médico, aunque en forma mucho menor en el resto del personal. Las convocatorias para los premios a la calidad y a la innovación tuvieron buena difusión y los postulantes y beneficiarios conocían la normatividad y la reglamentación correspondientes. Los recursos obtenidos por medio de estos premios, tal como prevé el programa, sirvieron para adquirir insumos, mobiliario y equipo de la unidad, lo que repercutió en la disminución de los tiempos de espera, la integración del expediente clínico y la prevención de enfermedades nosocomiales, aunque no puede establecerse la magnitud de esta reducción. Adicionalmente, los estímulos otorgados con estos premios tuvieron recompensas paralelas, como son el beneficio curricular y la capacitación continua.

En otro ámbito, se detectó un amplio reconocimiento de los apoyos obtenidos a través de los Acuerdos de Gestión. Se documentó además que los proyectos de capacitación incorporaron en su diseño financiero una distribución adecuada entre gastos de operación y el gasto para el pago de cursos de capacitación.

A decir de los informantes clave, el proceso de acreditación de los establecimientos de salud mejora la calidad de la atención. En este rubro se

identificó que el papel de la DGACS y la DGCES es fundamental para la consecución de la acreditación de las unidades pero es necesario un seguimiento que permita sostener los niveles de calidad en las unidades acreditadas y elevarlos en las no acreditadas.

Esos encuentros indican que existen múltiples esferas en las que SICALIDAD tuvo un desempeño notable, y que este desempeño es reconocido por los diferentes participantes en el programa.

En materia de debilidades, lo más destacable fue la fragmentación del programa y la falta de definición de su naturaleza y propósitos. Con fines analíticos, las debilidades encontradas se presentarán de acuerdo a su tipo.

### **Debilidades relacionadas con la naturaleza de SICALIDAD**

Como se detalló en la evaluación estratégica, México no cuenta con un verdadero sistema nacional de evaluación de la calidad de los servicios de salud, que permita comparar su desempeño en las diferentes instituciones del SNS y conocer su evolución temporal.

Adicionalmente, desde su creación SICALIDAD desatendió el papel rector que le confirió el Ejecutivo Federal en sus primeras RO. Esta ausencia de rectoría le ha impedido funcionar como un verdadero sistema sectorial de alcance nacional.

### **Debilidades relacionadas con el diseño de SICALIDAD**

Como se demostró también en el apartado correspondiente, la naturaleza de SICALIDAD es ambigua, lo que impide identificar claramente sus funciones y alcances.

La heterogeneidad de la práctica médica en el sector salud –la principal justificación para la creación de SICALIDAD– ha persistido hasta la fecha; por lo menos no puede documentarse su disminución. Por el contrario, los objetivos de SICALIDAD se enfocaron al cumplimiento de indicadores relacionados formalmente con las líneas de acción de SICA-

LIDAD y no a con el impacto de sus acciones sobre la satisfacción de los usuarios, la efectividad de la atención y la reducción de eventos adversos. Esto indica que las acciones del programa estuvieron centradas en el propio programa y no en el usuario de los servicios.

### **Debilidades relacionadas con la operación de SICALIDAD**

Las líneas de acción de SICALIDAD fueron definidas desde el nivel central, tomando en poca consideración las necesidades específicas de cada unidad de atención. Esto propició una gran diversidad de líneas de acción por lo que los establecimientos de salud tendían a seleccionar los componentes en forma coyuntural y no sistemática. En consecuencia, la implementación del programa fue parcial y heterogénea.

La evaluación del programa en las entidades federativas indica que la implantación de SICALIDAD en los SESA fue irregular, tanto regionalmente como al interior de cada unidad de atención. Esto incrementó la heterogeneidad del programa.

La capacitación y formación profesional de los encargados de calidad en las unidades de atención se documentó como insuficiente, especialmente debido a que los responsables no son figuras institucionalizadas y realizan las tareas de SICALIDAD además de las propias. Este personal cumple sus funciones prácticamente de manera honoraria y no tienen suficientes incentivos ni reconocimientos institucionales.

La infraestructura general no es óptima. Se consideró entre regular y buena en los hospitales evaluados, incluso en los que estaban acreditados. En la mayoría de las unidades no acreditadas se desconoce el proceso que deben seguir para lograr la acreditación.

En materia de gestión se encontró que el CONACAS se reúne con mucha menor frecuencia que lo señalado en su Acuerdo de Creación, y sus acuerdos y recomendaciones no se difunden apropiadamente, por lo que son desconocidos por los actores involucrados (instituciones y personal). El papel de los COCASEP es heterogéneo en el país y falta supervisión efectiva sobre su desempeño en cada unidad hospitalaria. El conocimien-

to de esto comités sobre los acuerdos y recomendaciones de los REC y CONACAS es insuficiente.

Además, las entrevistas hicieron evidente que falta mayor presencia, supervisión y seguimiento de la DGCES y los REC para mantener la eficiencia de las unidades acreditadas y mejorarla en las no acreditadas; y que los Gestores de Calidad mantienen poca comunicación con las instancias federales y baja interacción con el personal médico.

Otro encuentro fue que la mayoría de los hospitales evaluados no ha participado en los Acuerdos de Gestión ni recibido financiamiento por SICALIDAD. En aquellos que hicieron Acuerdos hubo deficiencias en el seguimiento del cumplimiento, especialmente en materia de impacto en la estructura y procesos.

Un problema que no obedece a deficiencias atribuibles a SICALIDAD, sino a todo el sistema administrativo del país, es que el financiamiento de SICALIDAD llega tardíamente a los gobiernos estatales y se desconoce cuándo se entregará a los SESA o a los responsables de los proyectos de capacitación; como consecuencia, las actividades programadas se ven muy afectadas en su operación.

En materia de capacitación resalta que no exista información sobre la ejecución de los recursos por parte de los beneficiarios, lo que impide evaluar el impacto de este tipo de proyectos.

Un problema que puede ser grave se encuentra en la adjudicación de montos a los SESA para proyectos de SICALIDAD. Como estos montos varían entre las distintas entidades, y dependen del desempeño de cada una, las entidades con menor desempeño están permanentemente en desventaja, y con frecuencia son también las que tienen mayores carencias.

## **A manera de recomendaciones**

Una vez analizados los alcances y limitaciones de SICALIDAD, es posible hacer las siguientes recomendaciones generales:

1. Es necesario diseñar una política nacional en materia de calidad de los servicios de salud, de carácter sectorial y basada en la perspectiva del derecho a la protección de la salud, que incorpore a todos los actores del SNS involucrados con la calidad de los servicios.
2. Es recomendable identificar los elementos que conforman el derecho a la protección de la salud a fin de incorporarlos en los objetivos y finalidades de la política nacional de calidad de los servicios de salud.
3. Es necesario diseñar un instrumento programático, claramente diferenciado de la política nacional en materia de calidad de los servicios de salud, semejante a un sistema nacional de calidad, de carácter sectorial, responsable de operar programáticamente esta dicha política.
4. Debe promoverse el diseño de otras políticas públicas de salud –como la ampliación efectiva de la cobertura, el mejoramiento del acceso, la elevación de la aceptabilidad de los servicios y el incremento de la seguridad de los usuarios– articuladas sinérgicamente en torno al cumplimiento del derecho a la protección de la salud, buscando una convergencia que proporcione contenido positivo a este derecho.

En el ámbito del funcionamiento general de **SICALIDAD**, se recomienda:

1. Fortalecer la rectoría de **SICALIDAD** –clarificando su papel como instrumento programático de esta política– e identificar los elementos que componen el Derecho a la Protección de la Salud, a fin de incorporarlos en la política nacional sobre la calidad de los servicios.
2. Diseñar la política nacional de calidad en completa armonía con el resto de políticas de salud, de manera que el alcance de sus objetivos contribuya a mejorar la disponibilidad, pertinencia, accesibilidad, oportunidad, aceptabilidad y no discriminación en los servicios de salud.
3. Lograr que todas las instituciones prestadoras de servicios de salud se apeguen a la política nacional de calidad, bajo la rectoría del sis-

tema nacional de calidad y bajo la regulación de la ley. Para lograrlo es necesario que el sistema nacional de calidad adquiriera una naturaleza jurídica distinta a la que posee SICALIDAD, cuente con un marco legal que ampare su operación y cuente con un presupuesto suficiente para desarrollar sus acciones.

4. Generalizar las evaluaciones del desempeño en materia de calidad a todo el SNS, promoviendo la creación y utilización de escalas e indicadores universales, estandarizados, capaces de mostrar el desarrollo e impacto de los programas con criterios de validez, sensibilidad y especificidad científicamente probados. En este proceso es fundamental incorporar a las universidades y las instituciones de investigación científica.
5. Fortalecer el papel de la participación de la población en el diseño y evaluación de las políticas en materia de calidad. En particular es necesario modificar la naturaleza, responsabilidades y funciones del Aval Ciudadano y generar opciones de participación ciudadana más efectiva.

En el ámbito de la operación del programa, se recomienda:

1. Identificar las líneas de acción que deben seguir siendo parte del sistema, las que deben integrarse a otros programas y las que deben desaparecer. Esta definición debe realizarse bajo consideraciones normativas y resultados empíricos.
2. Integrar sectorialmente el sistema de información de calidad, a fin de generar indicadores que permitan evaluar el impacto de SICALIDAD en el desempeño de todas las instituciones, así como sobre la salud de cada población objetivo.
3. Crear un sistema de comparación de avances de las diferentes dimensiones de la calidad, con posibilidades de comparación jurisdiccional, delegacional, estatal, nacional e internacional.
4. Promover investigaciones que generen sistemas de indicadores para evaluar uniformemente el impacto de las acciones del sistema. Se

trata de un problema tan complejo que es indispensable el concurso de académicos del más alto nivel, y

5. Crear un sistema de asignación de recursos que permita dirigirlos a quienes más lo requieran, considerando el nivel de avances en la implementación del programa.

Mientras se logra lo anterior, el CONACAS debe realizar esfuerzos más vigorosos para incorporar plenamente a los diferentes actores del SNS (tanto privados como de la seguridad social) en los esfuerzos por homogeneizar las prácticas en calidad y organizar los sistemas en torno a los mismos criterios. En este mismo sentido, debe evaluarse la pertinencia de incorporar el CONACAS –como responsable sectorial del Sistema Nacional de Calidad en Salud– al Consejo de Salubridad General, a fin de que pueda ejercer efectivamente una rectoría de alcance sectorial y nacional.

### **Perspectivas a corto plazo**

La iniciativa SICALIDAD ha realizado en los años recientes un formidable esfuerzo por impulsar una propuesta política de alto calibre. No deja de ser relevante reconocer los logros de SICALIDAD, especialmente por la magnitud del reto y por la diversidad de actores y grupos a los que debe concertarse.

No obstante, es imposible no reconocer que la propuesta aún no logra concretarse. Este hecho pone de relieve las dificultades que enfrenta cualquier propuesta que, para tener éxito, requiere rebasar los aspectos estrictamente técnicos para inscribirse en el ámbito de las grandes políticas públicas.

Las condiciones actuales del país dejan ver que es posible y quizá indispensable establecer una política de calidad de la atención de amplitud verdaderamente nacional, que involucre a todo el sector salud, y que a partir de la mejora de la calidad de los servicios contribuya también a garantizar el derecho a la protección de la salud.

Una propuesta de este tipo debe partir del reconocimiento de que las personas a las que van dirigidas las políticas y programas son sujetos de

derecho, capaces de decidir sobre la forma en que se usan los recursos públicos para resolver problemas que les son comunes. Es evidente que las políticas de salud deben fortalecer este tipo de esfuerzos, facilitando el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de protección de la población, que es finalmente el propósito del Estado.

Esta perspectiva es mucho más que un medio para mejorar la calidad de la atención, convirtiéndose en un verdadero marco de principios morales para pensar el papel del Estado en el campo de la salud.

## Referencias

- Almond G, Verba S. (2009) *The Civic Culture: Political Attitudes and Democracy in Five Nations*, Princeton, Princeton University Press. Nueva Jersey, USA.
- Almond G. Verba S. (1970). *La cultura cívica*, Madrid, Fundación FOESSA.
- Heras A (2011). Instrucción 280/2011. Asunto: Memorandum de entendimiento 2011 para la convergencia entre la certificación y acreditación de unidades médicas en el marco de la política nacional de calidad y seguridad del paciente. URL: <http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/instrucciones.html>, consultado el 14 de agosto de 2013.
- Ibarra I, Martínez G, Aguilera N, Orozco E, Fajardo-Dolci G, González-Block MA (2013). Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional. *Salud Pública de Méx* 55(3):310-7.
- INSP (2007). Informe Final de Evaluación Programa SICALIDAD. México: SSA.
- Moore M. (1998). *Gestión estratégica y creación de valor en el sector público*. México: Paidós.
- Secretaría de Salud (2007). Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD. México: SSA.
- Secretaría de Salud (2011), Boletín de Información Estadística 2011. México: SSA.
- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (2009). Evaluación Técnico-Financiera de SICALIDAD 2008. Informe Final. México: UAM-X. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/evaluacion\\_inst\\_2008.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/evaluacion_inst_2008.html).
- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (2011). Evaluación de SICALIDAD 2011. Informe Final, México: UAM-X.
- UNAM (2010). Evaluación del Programa SICALIDAD 2010. Informe final. México: UNAM.

## Sobre los autores

### **Jorge Alberto Álvarez Díaz**

Médico cirujano, especialista en Bioética por OPS/OMS/Universidad de Chile, maestro en Bioética por OPS/OMS/Universidad Nacional Mayor de San Marcos y doctor en Bioética por la Universidad Complutense de Madrid. Actualmente es profesor visitante del Departamento de Atención a la Salud de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X.

### **Victoria Ixshel Delgado Campos**

Licenciada en Nutrición y maestra en Medicina Social por la UAM-X. Actualmente es profesora del Departamento de Atención a la Salud de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X.

### **Francisco Javier Garrido Latorre**

Médico cirujano por el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Maestro en Ciencias de la Salud y doctor en Salud Pública por el INSP. Actualmente es investigador del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP.

### **Aura Beatriz González Morgado**

Licenciada en Filosofía por la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Ha trabajado temas de ética contemporánea, ética aplicada y filosofía política.

**José Arturo Granados Cosme**

Médico cirujano y maestro en Medicina Social por la UAM-X. Doctor en Antropología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Actualmente es profesor-investigador del Departamento de Atención a la Salud de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X.

**Sergio López Moreno**

Médico cirujano y Partero por el IPN. Especialista en Medicina Comunitaria por la SSA. Doctor en Epidemiología por la UNAM. Actualmente es profesor-investigador del Departamento de Atención a la Salud de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X.

**Alma Victoria López Ortega**

Licenciada en Psicología por la UNAM. Posee estudios en Pedagogía por la UNAM y en Terapia conductual por el Instituto Mexicano de Terapia Cognitivo Conductual.

**Mayra Montealegre Serrano**

Licenciada en Bibliotecología y maestra en Estudios de la Información por la UNAM. Candidata a doctora en Salud Colectiva por la UAM-X. Actualmente es profesora de la Maestría en Odontología de la Universidad Latinoamericana.

**Maricruz Muradás Troitiño**

Actuaría por la Universidad Anáhuac del Sur, maestra en Demografía y doctora en Estudios de Población por El Colegio de México. Actualmente es directora de Análisis Estadístico e Informática en el Consejo Nacional de Población.

**Martín Silberman**

Médico generalista, especialista en Docencia Universitaria y maestro en Salud Pública por la Universidad Nacional de la Plata, doctor en Gestión y Políticas de Salud por la UNAM. Actualmente es profesor asociado del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche, Argentina.

**Mónica Correa Mendoza**

Licenciada en Economía por la UNAM, maestra en el área de Historia Económica. Actualmente es jefa del Departamento de Evaluación de Programas en la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud.

**Blanca Villa Contreras**

Licenciada en Psicología por la UNAM, maestra en Ciencias con área de Concentración en Sistemas de Salud. Actualmente es subdirectora de Análisis de Información y Operación del Secretariado Técnico de Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes de la Secretaría de Salud.

**Jesús Vértiz Ramírez**

Licenciado en Psicología y maestro en Investigación de Servicios de Salud por la UNAM. Actualmente es coordinador adjunto de la Maestría en Gestión de la Calidad en los Servicios de Salud del INSP, donde está adscrito al Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas (CIEE).

**Edgar Carlos Jarillo Soto**

Médico cirujano y maestro en Medicina Social por la UAM-X. Doctor en Sociología por la Universidad de Barcelona. Actualmente es profesor-investigador del Departamento de Atención a la Salud de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la UAM-X.

**María Victoria Castro Borbonio**

Licenciada en Sociología por la UNAM. Investigadora en el área de Sistemas de Salud e Información Sanitaria. Actualmente es coordinadora de proyectos de la Unidad de Proyectos Especiales de Investigación Sociomédica de la Facultad de Medicina de la UNAM.

**Ángel Galván García**

Licenciado en Ciencias Políticas y Administración Pública por la UNAM. Actualmente es consultor independiente en el tema de mejora de la calidad de los servicios de salud y profesor invitado en la Maestría en Salud Pública del INSP.

**Alejandra Moreno Altamirano**

Cirujana dentista y maestra en Ciencias con énfasis en Epidemiología por la UNAM. Actualmente es profesora-investigadora del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina y de la Maestría en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la UNAM.

**Verónica Cruz Licea**

Licenciada en Biología y maestra en Ciencias con énfasis en Epidemiología por la UNAM. Actualmente es profesora-investigadora del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM.

**Oswaldo Sinoe Medina Gómez**

Médico cirujano por la UNAM. Maestro en Medicina Social y Doctor en Salud Colectiva por la UAM-X. Actualmente es epidemiólogo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, profesor invitado en la UAM-X y profesor de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM.

**Ricardo Ortega Soriano**

Licenciado y maestro en Derecho por UNAM. Posee estudios avanzados en Unión Europea y Derechos Humanos por la Universidad de Alcalá de Henares. Actualmente es director del Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos de la CDHDF.





**El sistema integral de calidad en salud.**  
Una mirada crítica

Se terminó de imprimir en noviembre de 2014.  
La edición consta de 1 000 ejemplares  
y estuvo al cuidado de la Subdirección  
de Comunicación Científica y Publicaciones  
del Instituto Nacional de Salud Pública





