

Continuidad de una política pública: SICALIDAD

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

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

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

- Suficiencia de recursos humanos
- Organización de los servicios
- Proceso de atención
- Resultados de la atención
- Satisfacción de los usuarios
- Satisfacción de los trabajadores en el desempeño de sus labores
- Actividades de enseñanza e investigación.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EL PROGRAMA SICALIDAD. ORIGEN, FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA Y COMPONENTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo General:

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

Objetivos Específicos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS Y AVANCES DEL PROGRAMA SICALIDAD. ALGUNOS EJEMPLOS

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

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

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

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

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

RESULTADOS EN EL COMPONENTE DE CALIDAD TÉCNICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Seguridad del Paciente

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

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

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

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

Prevención y reducción de la infección nosocomial

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

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

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

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

Expediente clínico integrado y de calidad

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

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

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

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

Calidad en la atención materna

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

Cuidados paliativos (PALIAR)

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

Uso racional de medicamentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RESULTADOS EN EL COMPONENTE DE INSTITUCIONALIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD

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

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

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

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

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

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

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

La información para la gestión de la calidad

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

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

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

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

El recurso humano para la gestión de la calidad

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

COMENTARIO FINAL

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

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