



Evaluación Externa SICALIDAD 2012

Resumen Ejecutivo

9 de noviembre 2012



Evaluación Externa de SICALIDAD, 2012
D.R. © Secretaría de Salud

Lieja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

La Evaluación Externa 2012 de SICALIDAD estuvo a cargo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud a través de su Dirección General de Evaluación del Desempeño. La coordinación general de la evaluación corrió a cargo de Francisco Garrido Latorre, Maricruz Muradás Troitiño, Blanca M. Villa Contreras y Mónica Correa Mendoza. La coordinación ejecutiva fue responsabilidad de Sergio López Moreno (Depto. de Atención a la Salud, DCBS, UAM-X). En el diseño de la evaluación participaron Edgar Carlos Jarillo Soto y José Arturo Granados Cosme (Depto. de Atención a la Salud, DCBS, UAM-X), Jesús Vértiz Ramírez (Instituto Nacional de Salud Pública), Alejandra Moreno Altamirano (Depto. de Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM) y Ricardo A. Ortega Soriano (Facultad de Derecho, UNAM).

En la ejecución participaron Ma. Victoria Castro Borbonio, Martín Salvador Silberman, Verónica Cruz Licea, Oswaldo Medina Gómez, Mayra Montealegre Serrano, Aura Beatriz González Morgado, Victoria Ixshel Delgado Campos, Daniel Antonio García Huerta, Roberto Luis Bravo Figueroa, Amalia Cruz Rojo, Jorge Alberto Álvarez Díaz y Alma Victoria López Ortega. Administró el proyecto Ramiro Quintana Rivera. El apoyo secretarial estuvo a cargo de Indalia Cortés Martínez.

El texto completo del informe puede consultarse en: www.dged.salud.gob.mx
Impreso y hecho en México/Printed and made in Mexico (2012).

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AG	Acuerdos de Gestión
CDESC	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
CECAS	Comité Estatal de Calidad en Salud
CNCSS	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
CONACAS	Comité Nacional por la Calidad en Salud
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CSG	Consejo de Salubridad General
DGACS	Dirección General Adjunta de Calidad en Salud
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DOF	Diario Oficial de la Federación
DPS	Derecho a la Protección de la Salud
DS	Derecho a la Salud
EA	Eventos Adversos
EIC	Enlace Institucional de Calidad
FUNSALUD	Fundación Mexicana para la Salud
GC	Gestor de Calidad
GCH	Gestor de Calidad Hospitalaria
GCJ	Gestor de Calidad Jurisdiccional
GPC	Guías de Práctica Clínica
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INDICAS	Sistema Nacional de Indicadores de Salud
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LGS	Ley General de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas

OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAE	Programa de Acción Específico
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PNCS	Premio Nacional de Calidad en Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNICS	Premio Nacional a la Innovación en Calidad en Salud
PNSP	Programa Nacional de Seguridad del Paciente
PREREIN	Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial
PRONASA	Programa Nacional de Salud
PROSESA	Programa Sectorial de Salud
ROp	Reglas de Operación de SICALIDAD
REC	Responsable Estatal de Calidad
REACAL	Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad
RJC	Responsable Jurisdiccional de Calidad
SEMAR	Secretaría de Marina
SESA	Servicios Estatales de Salud
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SICALIDAD	Sistema Integral de Calidad en Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
SS	Secretaría de Salud
TR	Términos de Referencia
UAM-X	Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México

ANTECEDENTES

Aunque hace casi cien años que las instituciones de salud realizan acciones deliberadas para hacer más segura la práctica médica, fue hasta 1991 —año en el que la Universidad de Harvard publicó un trabajo sobre las consecuencias negativas de la práctica médica en pacientes hospitalizados—que inicio la publicación sistemática de trabajos científicos referidos a la seguridad de los pacientes. Este proceso culminó con la publicación de un texto patrocinado por el Instituto de Medicina de los EUA que estimó la magnitud de los eventos adversos ocurridos anualmente en ese país como consecuencia de la atención médica (Kohn et al, 1993). Los resultados fueron tan impactantes que a partir de ese momento surgió una extendida preocupación entre los gobiernos, profesionales, 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, esta dimensión ha quedado claramente incorporada como componente esencial de la calidad de la atención.

Desde la década de los noventa los organismos internacionales han sugerido sistemáticamente a los países 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. El Informe Mundial de Salud 2000 de la OMS, adicionalmente, incorporó el trato adecuado a los pacientes como 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.

En México, el SNS ha hecho múltiples esfuerzos por mejorar la calidad de sus servicios de salud. Este proceso alcanzó un clímax el año 2002 cuando se

formalizó, a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS), el primer programa de escala nacional encaminado 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 general 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, 2004). Después de cuatro años de actividad, y como parte de los cambios de gobierno, este primer programa fue sustituido por el Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).

Creación de SICALIDAD

A fin de garantizar que los servicios de salud proporcionados por el Estado satisficieran a los usuarios y fueran efectivos y seguros, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA) se propuso desplegar acciones en tres dimensiones: i) los ciudadanos, ii) los profesionales de la salud, y iii) las organizaciones de salud. Como principal elemento estratégico el PRONASA propuso la creación de SICALIDAD. A partir de ese momento SICALIDAD se ha considerado el principal instrumento de rectoría sectorial destinado a elevar la calidad de los servicios de salud del país y situar la calidad de la atención en la agenda permanente del SNS.

SICALIDAD ha planteado que la elevación de la calidad de los servicios puede lograrse con un enfoque basado en tres ámbitos: a) la satisfacción de los usuarios; b) la calidad técnica y seguridad del paciente, y c) la calidad en la gestión de los servicios de salud.

Los principales retos identificados en el Programa de Acción Específico 2007-2012 (PAE) de SICALIDAD 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, que haga efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, garantice una atención de calidad y proteja la seguridad de los pacientes, y c) la difusión de buenas prácticas y modelos de excelencia y gestión de la calidad, que permitan la difusión del más avanzado conocimiento entre los prestadores de servicios. De acuerdo con el PAE, responder a estos retos podría permitir mejorar los indicadores de calidad técnica, seguridad del paciente y calidad percibida en los establecimientos de atención médica. Para lograrlo SICALIDAD se propuso organizar los esfuerzos de los actores representados en el Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS), los Comités Estales de Calidad en Salud (CECAS) y los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), racionalizando las acciones nacionales en favor de la calidad e instituyendo una política sectorial basada en las acciones de SICALIDAD.

Los objetivos propuestos en el PAE para SICALIDAD fueron los 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. Considerar las expectativas y la voz de los ciudadanos desarrollando acciones destinadas a mejorar la calidad que perciben de los servicios de salud, y
- c) Calidad en la gestión de los servicios de salud. Conducir bajo la rectoría de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud, institucionalizando el compromiso por la calidad.

En resumen, SICALIDAD fue diseñado en su origen como el instrumento de rectoría sectorial a partir del cual podría ponerse en marcha una política pública encaminada a elevar la calidad de los servicios de salud en el país, atendiendo las recomendaciones de la OPS relativas a situar la calidad de la atención en la agenda permanente del SNS.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Objetivo general

1. Analizar los resultados de las evaluaciones externas al programa coordinadas por la DGED durante la presente administración, determinando sus fortalezas y debilidades con el fin de sugerir las medidas de ajuste pertinentes que sirvan de herramienta para la elaboración del próximo programa de acción en materia de calidad en salud.

Objetivos específicos

1. Analizar los resultados de las evaluaciones externas de SICALIDAD 2008-2011 a fin de definir las fortalezas del programa.
2. Valorar los resultados de las evaluaciones externas de SICALIDAD 2008-2011 a fin de establecer las debilidades del programa.
3. Definir los ajustes que se deben realizar al programa para mejorar su operación y por ende la calidad de la atención en los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud.

IMPLEMENTACIÓN DE LA EVALUACIÓN

La evaluación externa de SICALIDAD 2012 se realizó entre agosto y noviembre de 2012. Básicamente, consistió en el análisis de las evaluaciones externas realizadas al programa durante el periodo 2008 a 2011 considerando a SICALIDAD como una política pública. Además de los informes de las evaluaciones externas realizadas entre 2008 y 2011, se consultaron el PND, PRONASA, PROSESA y los documentos sustantivos de SICALIDAD (especialmente su PAE y las cuatro ROp publicadas a la fecha). También se usaron otros documentos —diversos informes técnicos, manuales, encuestas y artículos científicos— relacionados con la satisfacción de los usuarios, la calidad técnica de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia de las unidades prestadoras de servicios de salud.

La evaluación constó de dos fases:

a) La primera fase consistió, básicamente, en el análisis de las evaluaciones externas hechas previamente a SICALIDAD, usando las dimensiones que el politólogo Mark Moore propone para la evaluación de políticas públicas. Este modelo supone que las políticas públicas buscan producir valores públicos y promover la capacidad de los servicios públicos, leyes y regulaciones para satisfacer efectivamente necesidades de la sociedad y proporcionar algún tipo de bienestar a la población. Moore propone tres dimensiones de evaluación de las políticas públicas: la dimensión sustantiva, la dimensión política y la dimensión operativa. Estas dimensiones se combinan dinámicamente, semejando un triángulo estratégico en donde el vigor o la debilidad de una dimensión impacta a las otras dos, y así sucesivamente. En consecuencia, el impacto de una política pública depende de su capacidad para desarrollar las tres dimensiones simultáneamente (Moore y Khagram, 2004). Desde esta perspectiva, la evaluación tendría que responder la siguiente pregunta: ¿en qué medida los resultados de las evaluaciones previas hechas a SICALIDAD muestran que el programa ha

satisfecho necesidades reales de la sociedad en el campo de la calidad de los servicios de salud?

Adicionalmente, en este primer apartado se agregó un análisis de las exigencias que implicaría el diseño de un sistema integral de calidad bajo la perspectiva del Derecho a la Protección de la Salud. La propuesta fue considerar que el derecho a la salud es un derecho complejo, estrechamente vinculado al cumplimiento de otros derechos humanos, que se refieren a aspectos que deben ser considerados como verdaderos determinantes sociales de la salud. Entre ellos se encuentran —tal como enuncia la Carta Internacional de Derechos— el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, 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 constituyen componentes integrales del derecho a la salud.

b) La segunda fase de la evaluación consistió en la identificación de las fortalezas y debilidades del programa y la elaboración de las recomendaciones en materia de naturaleza, diseño y operación de SICALIDAD cuya puesta en marcha permitiría mejorar el desempeño del SNS en materia de calidad de la atención.

Finalmente, se realizó un análisis de SICALIDAD desde el enfoque del derecho a la salud, considerando que actualmente el país se enfrenta a la necesidad de impulsar políticas públicas que superen la intervención asistencial del Estado y se basen en la lógica de los derechos humanos. Esto implica reconocer a las personas como sujetos de derecho —capaces de participar y decidir sobre la forma en que los recursos públicos son destinados para resolver problemas comunes— y crear mecanismos de rendición de cuentas, participación y transparencia.

El análisis de SICALIDAD desde la perspectiva del Derecho a la Salud tiene como finalidad principal identificar si algunos elementos del programa podrían formar parte de una estrategia de política pública orientada a cumplir las obligaciones del Estado en materia de calidad, considerada como un elemento sustantivo del

Derecho a la Protección de la Salud (DPS). La necesidad de incluir una perspectiva de derechos humanos en las políticas públicas responde principalmente a dos razones:

1. Que los alcances y metas del ejercicio público estén enfocadas en garantizar la dignidad humana (de esta forma se podrían evitar violaciones a los derechos humanos y obtener resultados más eficaces respecto de la atención a los problemas de la agenda pública); y
2. Que las entidades federativas cumplan con sus compromisos adquiridos a través de los estándares internacionales en materia de derechos humanos.

RESULTADOS

Resumen de las evaluaciones previas a SICALIDAD

La primera parte de la evaluación consistió en la realización de una síntesis de las evaluaciones realizadas al programa entre 2008 y 2011.

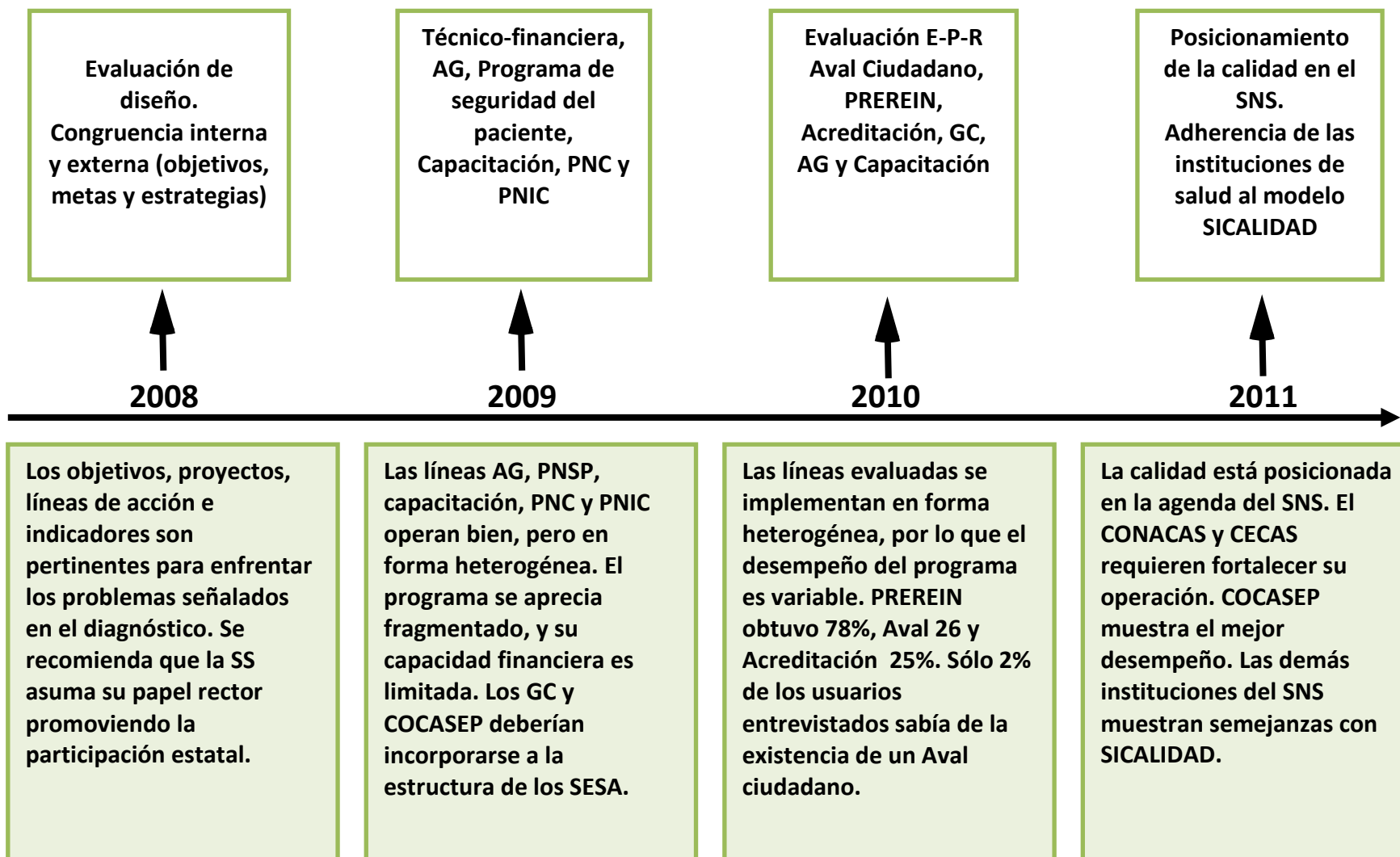
En general, las evaluaciones pueden resumirse señalando, como principales logros: a) que el programa es ampliamente conocido en el país (tanto dentro de la SS como en otras instituciones del SNS), y que la calidad sí es un componente de la agenda del SNS; b) Que algunas de sus líneas de acción operan muy aceptablemente (especialmente las relacionadas con campañas previamente existentes); y c) Que el programa cuenta con vías administrativas de operación relativamente institucionalizadas (especialmente en materia de premios nacionales de calidad e innovación de la calidad).

En el terreno de las insuficiencias y deficiencias, las evaluaciones señalan, que:

a) la implementación de las líneas de acción es heterogénea en las entidades federativas y las unidades de atención; b) el número de líneas de acción es excesivo; los responsables de la operación del programa no son figuras totalmente institucionalizadas; c) algunos procesos fundamentales (como la supervisión del desempeño en las unidades hospitalarias; la capacitación; la acreditación de unidades; la firma de acuerdos de gestión, y la obtención y ejercicio de los premios nacionales de calidad e innovación) no funcionan de manera óptima; d) la operación del CONACAS, CECAS, COCASEP y Gestores de Calidad, especialmente en materia de seguimiento de acuerdos y recomendaciones, es insuficiente; y e) problemas no imputables a la operación del programa (como la llegada tardía del financiamiento, por ejemplo) dificultan la realización de las actividades programadas.

En la figura 1 se presenta un resumen de los principales hallazgos en este rubro.

Figura 1
Resumen de las evaluaciones externas hechas a SICALIDAD 2008 - 2011



Análisis de SICALIDAD como política pública

La segunda fase de la evaluación se llevó a cabo considerando que, en última instancia, una política pública debe intentar que los miembros de la sociedad consideren que sus acciones son bienes altamente valiosos, que les satisfacen alguna necesidad esencial, y que les proporcionan alguna forma de bienestar. Según Moore (1998), el gobierno crea valor público para la sociedad mediante la puesta en marcha de sus políticas y servicios públicos, y éstas deben responder a las expectativas de los ciudadanos. Como hemos señalado, para que una política tenga valor público necesita considerar tres dimensiones: la sustantiva, la política y la administrativa.

La evaluación de SICALIDAD como política pública arrojó los siguientes resultados:

Análisis de la Dimensión Sustantiva

Para analizar la dimensión sustantiva es necesario identificar si el propósito de la política coincide con las necesidades de la población y si ésta la valora favorablemente.

Tanto el PRONASA como el PROSEA y el PAE señalan que la creación de un sistema integral de calidad obedece a la estrategia de situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, lo que es congruente con los planteamientos del PND. No obstante, a lo largo de sus diferentes documentos sustantivos SICALIDAD es denominado indistintamente “sistema”, “programa” y “estrategia”. De los documentos de trabajo elaborados por SICALIDAD se deriva que éste es un conjunto integrado de programas que hasta ahora no ha logrado funcionar como un verdadero sistema, debido a que carece de instrumentos para articular las acciones de las distintas entidades federativas e instituciones de salud del SNS en materia de calidad. Además, SICALIDAD cuenta con un número tan grande de líneas de acción que es muy difícil su monitoreo, control y evaluación. Esta ambigüedad, que se desprende de ser presentado simultáneamente como

programa, sistema, estrategia y política, afecta la comprensión cabal de su dimensión sustantiva. Algunas consecuencias relevantes de esta ambigüedad son las siguientes:

1. El carácter sectorial de SICALIDAD se pierde al ser presentado como un programa de la Secretaría de Salud al que no están obligados a seguir otras instituciones. El término “sectorial” desaparece de las Reglas de Operación a partir de 2010.
2. SICALIDAD no señala las interacciones que existen entre sus principales componentes (calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente, y calidad en la gestión de los servicios de salud), por lo que difícilmente puede apreciarse su condición de sistema.
3. Las acciones de SICALIDAD se enfocan a las unidades de los servicios estatales de salud y la federación, sin dirigirse centralmente a las instituciones del sector como grandes beneficiarios del sistema. Esto hace que se pierda su carácter de estrategia sectorial.
4. La implementación de SICALIDAD como política resulta débil, pues carece, en primer lugar, de un fundamento legal que la sustente; en segundo término, carece de suficiente claridad en sus lineamientos y, en tercer lugar, de un nivel de generalidad que facilite su aplicación en todas las instituciones del sector.
5. Finalmente, 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 en todas o la mayoría de las instituciones de salud del país.

En resumen, SICALIDAD no funciona como un verdadero sistema de carácter sectorial y escala nacional, sino como un agregado de líneas de acción con un impacto heterogéneo sobre las instituciones del SNS. Adicionalmente, la ausencia de un sistema único e integrado de información limita su capacidad para

documentar el impacto de sus acciones sobre la atención proporcionada por las instituciones del sector.

Análisis de la Dimensión Política

La propuesta de “*situar la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud*” como el principal objetivo de SICALIDAD fue probablemente una de las causas de la heterogeneidad en la implantación de las líneas que conforman el programa. Hay incluso momentos en los que este objetivo parece más relevante que elevar la calidad de los servicios de salud (propósito al que evidentemente debía supeditarse el primero). La forma de comprender el propósito de la política y los medios para alcanzarla determinaron, probablemente, que las acciones emprendidas no estuvieran decididamente dirigidas al alcance del fin último de la política. Hasta el momento de esta evaluación, SICALIDAD había mostrado más debilidades que fortalezas en materia de desarrollo político. Tanto la estructura destinada a la ejecución del programa como las máximas instancias de coordinación (como el CONACAS y los CECAS) mostraron un desempeño en general limitado. De acuerdo con el análisis realizado, las acciones de vinculación de la DGCES con otras instancias tuvieron grandes limitaciones. Entre los aspectos más descuidados se encuentra el caso de la re acreditación de establecimientos médicos.

Análisis de la Dimensión Administrativa (Gestión)

El análisis de la capacidad de gestión de SICALIDAD muestra, en primer lugar, que su impacto en materia de infraestructura de los servicios ha sido limitado. En materia de infraestructura general, una muestra de usuarios y prestadores de servicios la califica como mala o regular en el 67 por ciento de los casos. La infraestructura clínica fue calificada como mala o regular por 40 por ciento de los entrevistados.

Las convocatorias para los premios tuvieron buena difusión y los postulantes y beneficiarios tenían conocimientos sobre la normatividad y la reglamentación al respecto.

Aunque los Acuerdos de Gestión deben ser un dispositivo que proporciona recursos financieros especialmente destinados a las acciones que mejoran la calidad, una parte considerable se invierte en la mejora de la capacidad instalada y otra en actividades de capacitación al personal. Los recursos obtenidos por medio de los premios se han utilizado para adquirir insumos, mobiliario y equipo, lo que ha permitido disminuir los tiempos de espera, la integración del expediente clínico y la prevención de enfermedades nosocomiales, por ejemplo. Adicionalmente, la obtención de estos premios tiene otras recompensas, como el beneficio curricular y la capacitación constante.

En conclusión, se puede afirmar que las unidades de atención tienen severas limitaciones para brindar atención con calidad, y que existen debilidades y disparidades en materia de infraestructura, recursos financieros e incentivos al personal (a pesar de que existen fundamentos jurídicos, órganos de decisión y personal específicamente responsable para la operación del programa).

La existencia de una gestión irregular y poco sólida podría determinar que SICALIDAD no opere a plenitud, lo que afectaría la consecución de su objetivo central: brindar atención médica con calidad.

Análisis de la Dimensión Administrativa (Operación)

En este apartado, los hallazgos muestran que la implementación del programa ha sido heterogénea, pues hay una gran amplitud entre la línea de acción que presentó el mayor grado de implementación (PREREIN con un 94 por ciento), y la que tuvo el menor grado de implementación (Aval Ciudadano, con un avance del 30 por ciento). El hecho de que los informes de las evaluaciones realizadas a SICALIDAD sistemáticamente señalen al proceso de Acreditación y al Aval

Ciudadano como las líneas que presentan el menor nivel de desarrollo —cuando ambas fueron impulsadas desde la administración anterior— puede indicar que el programa se acepta en el discurso pero no en las acciones.

El grado de implementación entre los hospitales estudiados, por su parte, también es heterogéneo: Cirugía Segura fue el programa que mostró la mayor variabilidad (de 0 a 100 por ciento de implementación), en contraste con Aval Ciudadano (de 2 a 50 por ciento).

Las únicas correlaciones positivas se encontraron entre el grado de implementación de los COCASEP y Aval Ciudadano con el grado de satisfacción de los usuarios. En este punto vale la pena comentar que a pesar de que Aval Ciudadano fue la línea menos implementada, fue la que mostró la mayor correlación estadística con la satisfacción de los usuarios, dado que la mayoría de éstos (98 por ciento) desconocía la existencia de Aval Ciudadano en su propia unidad, la única explicación posible de esta correlación es la existencia de una “causa” común, con impacto sobre ambas variables.

En materia de efectividad y seguridad del paciente, las líneas evaluadas fueron PREREIN, Cirugía Segura Salva Vidas y Esta en Tus manos. Cirugía Segura fue el programa que mostró la mayor variabilidad en su implementación (0 a 100 por ciento). Los claros avances en PREREIN y en la campaña Está en Tus Manos se explican por su vínculo con acciones previamente consolidadas (como la labor de los comités de infecciones nosocomiales) o de gran difusión (como la campaña para la adecuada higiene de las manos durante la epidemia de influenza en 2009).

A pesar de que el principal propósito de SICALIDAD es disminuir la heterogeneidad en la práctica clínica, la manera en que se opera y evalúa el programa impide saber cuál era el grado de heterogeneidad de la práctica clínica al inicio del mismo y cómo influía en la calidad de la atención, cuánto ha disminuido y cómo ha influido esta disminución en la calidad de la atención. Dado

que esta información no se tiene, es imposible saber si este objetivo se ha alcanzado.

En resumen, los resultados cuantitativos indican que —con excepción de Aval Ciudadano y COCASEP— el grado de desarrollo de los programas de SICALIDAD no se relaciona directamente con la satisfacción del usuario. Finalmente, aunque existen reportes periódicos y evaluaciones formales sobre la calidad percibida por los usuarios y la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud, no existen evaluaciones globales sobre la efectividad de la atención y la seguridad del paciente.

Análisis de SICALIDAD desde el enfoque del derecho a la salud

El análisis realizado al programa SICALIDAD demuestra que este programa intenta elevar las condiciones de calidad 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, a saber: *respetar, garantizar, proteger y promover* los derechos humanos en general, y el derecho a la salud en particular.

Lo anterior es esperable dado que, como señalan sus documentos sustantivos, la creación de SICALIDAD atendió a la necesidad de institucionalizar la calidad en el país y no de cumplir con el Derecho a la Protección de la Salud (DPS). Estos 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, 2007). 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.

Este enfoque de calidad como estrategia de desarrollo atraviesa todo el diseño y funcionamiento del Programa. Se busca incidir en la calidad de los servicios de salud teniendo como centro el propio sistema y no a 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, 2007), y su *visión* es desarrollar líneas de acción que le dan soporte a la implantación progresiva de los procesos de calidad del sector salud (PAE, 2007).

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 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 de SICALIDAD no consta que éste se haya diseñado siguiendo algún mecanismo de participación ciudadana, pero resalta que trate de construir ciudadanía en salud mediante la figura del *Aval Ciudadano*. Esta figura busca incorporar la experiencia y participación de grupos organizados de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, centros académicos y otras

instituciones en la evaluación de la calidad de los servicios de salud (PAE, 2007).

Actualmente, los avales ciudadanos mantienen contacto con los usuarios y los prestadores de servicios realizando entrevistas y encuestas, estableciendo compromisos de mejora entre la ciudadanía y las autoridades de las unidades, y buscando el mutuo beneficio. Por esta razón, los avales podrían llegar a ser un mecanismo de rendición de cuentas que permita exigir a las autoridades el cumplimiento de sus obligaciones relacionadas con la garantía de la calidad. No obstante, aunque los avales ciudadanos permiten la medición social de la calidad de los servicios, todavía no son un mecanismo efectivo de participación ciudadana.

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 estas premisas giran en torno al propio sistema de salud (PAE, 2007).

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 transversales 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 *la 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 respectivas podrá cumplir también con estos principios.

RESULTADOS

Fortalezas de SICALIDAD

Las principales fortalezas documentadas durante los análisis realizados a las evaluaciones previas hechas a SICALIDAD son las siguientes:

1. Las definiciones, estructuras, instrumentos y acciones son conocidas y aplicadas en los distintos ámbitos de la Secretaría de Salud: federal, estatal y local.
2. Existe un aceptable conocimiento sobre los componentes de SICALIDAD en otras instituciones de salud, como IMSS, ISSSTE y 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.
3. Las instituciones del sector salud conocen la existencia y reconocen como órganos de consenso y toma de decisiones al CONACAS, los CECAS y los COCASEP.
4. Los componentes de SICALIDAD han logrado tener presencia entre el personal médico de las unidades de atención; sin embargo, en el resto del personal este impacto es mucho menor.
5. Las convocatorias para los premios tuvieron buena difusión y los postulantes y beneficiarios tenían conocimientos sobre la normatividad y la reglamentación al respecto.
6. Los recursos obtenidos por medio de los premios, tal como prevé el diseño del programa, sirvieron para adquirir diversos 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, entre otros. Los estímulos otorgados con estos premios tienen recompensas paralelas, como son el beneficio curricular y la capacitación constante.
7. Se detectó un amplio reconocimiento de los apoyos obtenidos a través de los Acuerdos de Gestión.

8. Los proyectos de capacitación incorporaron en su diseño financiero una distribución adecuada entre gastos de operación y gasto para el pago de cursos de capacitación.

9. El proceso de acreditación mejora la calidad de la atención. El papel de la DGACS y la DGCES es fundamental en 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.

Debilidades de SICALIDAD

En lo que respecta a las debilidades encontradas a SICALIDAD, las más relevantes fueron las siguientes:

A. Debilidades relacionadas con la naturaleza de SICALIDAD

1. En México no existe un verdadero sistema nacional de evaluación de la calidad de los servicios de salud, que permita seguir la evolución de la calidad de la atención sanitaria y comparar el desempeño de las diferentes instituciones del SNS.

2. Desde su creación, SICALIDAD abandonó el papel rector que le confirió el Ejecutivo Federal en sus primeras Reglas de Operación. Esta ausencia de rectoría le ha impedido funcionar como un verdadero sistema sectorial de alcance nacional.

B. Debilidades relacionadas con el diseño de SICALIDAD

1. El sistema integral de calidad en salud posee una naturaleza ambigua, que impide identificar claramente sus funciones y alcances.

2. La heterogeneidad en el funcionamiento de las instituciones del sector salud —la que, de acuerdo con el PAE, fue una de las principales justificaciones para la creación de SICALIDAD— ha persistido hasta la fecha, tanto en la implementación como en el desempeño de prácticamente todos los componentes evaluados.

3. Los objetivos de SICALIDAD se enfocan al cumplimiento de indicadores relacionados formalmente con las líneas de acción de SICALIDAD y no el impacto de sus acciones sobre la satisfacción de los usuarios, la efectividad de la atención y la reducción de eventos adversos.

C. Debilidades relacionadas con la operación de SICALIDAD

1. Las líneas de acción de SICALIDAD han sido definidas desde el nivel central, tomando en poca consideración las necesidades específicas de cada unidad de atención.

2. Existe una gran diversidad de líneas de acción de SICALIDAD y las unidades de atención tienden a seleccionar los componentes en forma coyuntural y no sistemática. En consecuencia, el programa está implementado parcial y heterogéneamente e impacta la capacidad técnico-financiera del programa.

3. En los SESA la implantación de SICALIDAD es muy heterogénea, tanto regionalmente como entre las unidades de atención.

4. La capacitación y formación profesional de los encargados de calidad en las unidades de atención es insuficiente. Adicionalmente, realizan las tareas de SICALIDAD además de las que les corresponden, cumplen sus funciones prácticamente de manera honoraria y no tienen suficientes incentivos ni reconocimientos institucionales.

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

6. El CONACAS se reúne con menos 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).

7. El papel de los COCASEP es heterogéneo en el país y falta supervisión efectiva sobre su desempeño en cada unidad hospitalaria. El conocimiento de estos comités sobre los acuerdos recomendaciones de los REC y CONACAS es insuficiente.
8. 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.
9. Los Gestores de Calidad mantienen poca comunicación con las instancias federales y baja interacción con el personal médico.
10. La mayoría de los hospitales evaluados no ha participado en los Acuerdos de Gestión o recibido financiamiento por SICALIDAD. En los que hicieron Acuerdos hay deficiencias en el seguimiento del cumplimiento, especialmente en materia de impacto en la estructura y procesos.
11. Para el PNCS no se aplican rigurosamente los requisitos establecidos en los manuales.
12. En general, los proyectos no contemplan mecanismos de corresponsabilidad.
13. El financiamiento de SICALIDAD llega tardíamente a los gobiernos estatales y se desconoce cuándo se entrega a los SESA o a los responsables de los proyectos de capacitación; en consecuencia las actividades programadas se ven afectadas en su operación.
14. Se carece de información sobre la ejecución de los recursos por parte de los beneficiarios de SICALIDAD, lo que no permite valorar el impacto de los proyectos de capacitación.
15. Los montos adjudicados a los SESA para proyectos de SICALIDAD varían entre una entidad federativa y otra, lo que pone en desventaja a las de menor desempeño.
16. Existen deficiencias en los procesos técnicos para acceder a recursos adicionales vía los AG y los premios al desempeño.

RECOMENDACIONES

La evaluación externa de SICALIDAD 2012 confirma que es necesario para el país contar con una política nacional sobre la calidad de los servicios de salud. También parece pertinente que el vehículo para operar esta política sea un Sistema Integral de Calidad, de carácter nacional y de naturaleza sectorial, que garantice el respeto, protección y promoción del derecho de los ciudadanos a la protección de su salud, en lo que compete a la calidad de la atención que otorga el Sistema Nacional de Salud.

Ante ello, es indispensable 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.

Por otra parte, es indispensable que todas las instituciones de salud que buscan elevar la calidad de la atención se apeguen de manera obligatoria al Sistema Integral de Calidad y que este apego sea regulado por la ley. Para ello, quizá sea necesario que SICALIDAD deba adquirir una naturaleza jurídica distinta a la que posee, a fin de que cuente con un marco legal que regule y ampare su ejecución como política sectorial y le permita contar con presupuesto genuino para desarrollar sus acciones.

Con independencia de lo anterior, es innegable que mientras eso sucede 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.

Es necesario generalizar las evaluaciones periódicas del desempeño de todo el SNS en materia de calidad, promoviendo la creación y utilización de escalas e indicadores universales, 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.

Recomendaciones particulares sobre la naturaleza de SICALIDAD

1. Diseñar una política nacional en materia de calidad de los servicios de salud, de carácter sectorial y basada en la perspectiva del DPS, que incorpore a todos los actores del SNS involucrados con la calidad de los servicios.
2. Identificar los elementos que conforman el DPS y los subderechos que contiene, a fin de incorporarlos —junto con los estándares del derecho internacional de los Derechos Humanos— en los objetivos y finalidades de la política de calidad de los servicios de salud.
3. Diseñar un instrumento programático, semejante a un Sistema Nacional de Calidad —de responsabilidad nacional y carácter sectorial— responsable de operar política y programáticamente esta política.
4. Promover el diseño de otras políticas públicas de salud —en el ámbito de la ampliación de la cobertura efectiva, el mejoramiento del acceso oportuno, la elevación de la aceptabilidad social de los servicios, la no discriminación, etcétera— articuladas en torno al cumplimiento del DPS, cuya convergencia proporcione contenido positivo a este derecho.

Recomendaciones particulares sobre el *diseño* de SICALIDAD

1. Diseñar la política nacional de calidad en completa articulación con el resto de políticas de salud, de manera que el alcance de sus objetivos contribuya a mejorar la disponibilidad, pertinencia, accesibilidad material y económica, oportunidad, aceptabilidad y no discriminación en los servicios de salud.
2. Fortalecer el programa de SICALIDAD promoviendo su reubicación institucional, proporcionándole mayor grado de autonomía técnica y de gestión, así como recursos propios.

3. Incrementar la capacidad de SICALIDAD para movilizar recursos financieros, humanos, técnicos y tecnológicos propios, dirigidos a fomentar entre los responsables el apego a las normativas de los programas de calidad.
4. Evaluar la pertinencia de incorporar al CONACAS —como responsable sectorial de un Sistema Nacional de Calidad en Salud— al Consejo de Salubridad General, a fin de que sea posible que ejerza efectivamente una rectoría de alcance sectorial y nacional.
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 evaluar la posibilidad de modificar la naturaleza, responsabilidades y funciones del Aval Ciudadano y generar otras opciones de participación ciudadana.

Recomendaciones particulares sobre la *operación* de SICALIDAD

1. Identificar las líneas de acción que deben continuar como parte del sistema y las que deben integrarse a otros programas o desaparecer. Esta definición debe realizarse bajo consideraciones normativas y empíricas.
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 análisis comparativo de los avances de las diferentes dimensiones de la calidad, con posibilidades de comparación jurisdiccional o delegacional, estatal, nacional e internacional.
4. Promover investigaciones científicas 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 la evaluación de experiencias semejantes de otros países.
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.