

Programa Nacional de Salud 2001 – 2006



**Programa de Acción:
CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**



ÍNDICE

I. Introducción.....	2
II. En dónde estamos.....	7
Los esfuerzos mexicanos por mejorar la Calidad de los servicios de salud:	
<input type="checkbox"/> Antecedentes	
<input type="checkbox"/> Los Retos	
III. A dónde queremos llegar.....	16
Proceso de Cambio. Marco Conceptual	
Definición de Calidad	
Imagen visual de la Cruzada	
Visión 2006	
Visión 2025 del nivel de Calidad de los servicios de salud	
Objetivo General	
Beneficio Social tangible	
IV. Qué camino vamos a seguir	21
Objetivos	
Estrategias:	
<input type="checkbox"/> Despliegue	
<input type="checkbox"/> Premisas estratégicas	
<input type="checkbox"/> Líneas de acción y Niveles	
<input type="checkbox"/> Descripción de los 10 factores clave	
<input type="checkbox"/> Etapas	
<input type="checkbox"/> Relación de la Cruzada con otras estrategias, programas y sistemas del sector	
V. Cómo medimos los avances.....	72
VI. Bibliografía	77
Anexos	80

I. Introducción

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 identifica a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano abordará en los próximos años.

El reto de mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la ciudadanía, tanto en su dimensión técnica como interpersonal, ha sido abordado antes a través de muchos esfuerzos realizados tanto por las instituciones del sector público como por las del sector privado, particularmente durante los últimos 15 años; sin embargo, el sistema de salud mexicano ha carecido de una estrategia que permita dar coherencia e impulso a todos esos esfuerzos para que el reto sea consistentemente superado.

Tal es la necesidad de establecer una estrategia nacional que, como verdadera cruzada, rescate de manera sistematizada el valor de la calidad y lo arraigue en la cultura organizacional del sistema y de cada uno de los prestadores de los servicios, teniendo como punto de enfoque de todos esos esfuerzos a los usuarios de los servicios, buscando la mejora sustantiva de sus condiciones de salud y garantizar un trato adecuado.

El presente documento contiene las particularidades del programa de acción que orienta el despliegue de esta estrategia nacional y obedece a una Política de calidad que reconoce los esfuerzos previos y actuales en esta materia. Al mismo tiempo, plantea una orientación estratégica y destaca la necesidad de un respaldo que permitan el aprendizaje y la sustentabilidad de las experiencias obtenidas, a la vez que se promueva la sinergia entre los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud. Es el esfuerzo coordinado para lograr dicha sinergia la idea que fundamenta el término "Cruzada" para dar nombre a esta estrategia.

Al documentar las características de la experiencia nacional previa, y la naturaleza y evolución de las intervenciones en materia de calidad en diferentes sistemas de salud en el mundo, es posible enunciar una serie de presupuestos que enmarcan y configuran el diseño de la estrategia mexicana para mejorar la calidad de los servicios de salud. Algunos de estos presupuestos son:

- El enfoque de una estrategia de calidad depende del nivel de desarrollo del sistema de salud en el cual se pretende desplegar. Así, en un sistema con un financiamiento suficiente y sustentable, que ha resuelto problemas de coberturas, de equidad y desarrollo gerencial logrando impactos consistentes en las condiciones de salud de la población, la estrategia de calidad puede orientarse a las intervenciones de aseguramiento de calidad, focalizando esfuerzos, de manera casi exclusiva, en la acreditación o certificación de unidades de servicio y de las competencias de sus profesionales de la salud, para así garantizar que el sistema desarrolla

La falta de dirección de los esfuerzos previos en materia de calidad en salud, hace necesario establecer una estrategia nacional que como una verdadera cruzada rescate y arraigue a la Calidad como un valor en la cultura organizacional del sistema de salud.

Se desprende de una Política sanitaria que reconoce a la Calidad como un reto para que el sistema de salud logre mejores condiciones de salud y garantía de trato adecuado a la ciudadanía.

El enfoque de una estrategia de calidad, depende del grado de desarrollo del sistema de salud en el cual se pretende desplegar.

continuamente lo ya logrado en materia de calidad; en estos casos la calidad puede ser comparada con la cereza de un pastel.

En sistemas con graves problemas en su funcionamiento por rezago crítico en su estructura y capacidad de respuesta, cualquier intervención en materia de calidad que no se le preceda o acompañe de una fuerte inversión y atención a la infraestructura y capacidad instalada, difícilmente prosperará.

En otros, tal vez como el nuestro, en donde existe avance en su desarrollo, y este mismo desarrollo permite identificar los retos y debilidades, la calidad puede ser parte de una política y una estrategia integral que complemente otras intervenciones para mejorar las coberturas, la equidad, la viabilidad financiera del sistema y la justicia financiera para sus usuarios. En estos casos, por ejemplo, la heterogeneidad y variación de los niveles de calidad son en sí síntomas de inequidad por lo que la estrategia de calidad debe ser también integral y evitar poner foco en un solo tipo de acción. En tal situación la calidad no sería comparable a la cereza del pastel; por el contrario, debe formar parte de la elaboración del pastel.

- Una estrategia de calidad en un sistema de salud no es viable si no forma parte de una política y un proyecto claro de la alta dirección del sistema y de sus componentes; para lograr esta situación de manera consistente, es necesario que se visualicen y concreten experiencias exitosas que le den valor a la calidad como valor en la organización del sistema. Pareciera muy importante que se asuma fehacientemente que la mejora en la dimensión interpersonal de la calidad de los servicios genera mayor atractividad y aceptabilidad de la ciudadanía, y que buenos niveles de calidad técnica generan mejores y mayores impactos en salud, mayor confianza de la ciudadanía y se incide en la viabilidad financiera del sistema al disminuir los costos de la mala calidad.
- Para el diseño de intervenciones en materia de calidad es importante considerar que los sistemas de salud son sistemas adaptables y complejos, no son sistemas que puedan entenderse y dirigirse con enfoques mecánicos, simplistas. La complejidad de un sistema de salud radica en las múltiples y a la vez complicadas interconexiones de los diferentes elementos que lo componen, en las influencias que recibe de otros sistemas, así como por la recurrencia circular de esas influencias. De tal forma que para diseñar, difundir, desplegar y evaluar una estrategia de calidad es necesario considerar las interacciones que condicionan la salud de una sociedad y las que determinan el tipo de relación que se establece entre esa sociedad y el Estado así como la relación entre las organizaciones que integran el sector salud e incluso la organización interna de las unidades prestadoras de servicio.
- Por otro lado, es la parte humana del sistema la que le da la característica de adaptabilidad a un sistema de salud; son las personas (pacientes, familiares, trabajadores de la salud, directivos) los que tienen la capacidad

La heterogeneidad y variación en los niveles de calidad en nuestro país, es un signo de inequidad.

La mejora en la dimensión interpersonal de la calidad genera mayor atractividad de los servicios. Una buena calidad técnica impacta en condiciones de salud, confianza y viabilidad financiera al abatir costos de mala calidad.

Para el éxito de una estrategia de calidad, hay que considerar que los sistemas de salud son complejos y flexibles.

La adaptabilidad del sistema la hacen posible los recursos humanos, ellos lidian cotidianamente con la complejidad y ellos tienen la capacidad de resistirse, aprender y cambiar como resultado de la experiencia. La Cruzada depende en gran parte de respetar y desarrollar esa realidad.

de resistirse y también la capacidad de aprender y cambiar como resultado de la experiencia. Son los recursos humanos del sistema de salud los que lidian cotidianamente con la complejidad del mismo y hacen posible su adaptabilidad. Por estas razones la Cruzada se propone como estrategia de intervención gradual, progresiva y también adaptable, en materia de calidad para el sistema de salud mexicano y que considera a sus trabajadores, con sus talentos, dificultades y realidades, como eje para la factibilidad en el logro de los objetivos de la misma.

*Se pretende que el sello de la estrategia mexicana de calidad en salud sea la integralidad y la atención a condiciones que faciliten el desarrollo de una **GESTIÓN DIRECTIVA** que a su vez facilite la **GESTIÓN CLÍNICA** y **OPERATIVA** de la calidad. El reconocimiento y la participación social complementan y sustentan una estrategia de estas características.*

- El modelo conceptual de esta estrategia considera un marco de valores relacionados con el humanismo en la concepción y atención de la salud y la administración del sistema, y en ese marco la interacción entre riesgos, beneficios y costos para el paciente y la sociedad. Considera también la importancia de un liderazgo que con orientación estratégica facilite e impulse el cambio en la gestión de los componentes clave del sistema con enfoque en resultados de calidad.



El modelo conceptual de la Cruzada incluye un marco de valores relacionados con el humanismo en salud y en la administración, así como una serie de elementos que den integralidad al diseño y práctica de la estrategia.

Fig. 1. Modelo conceptual de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Ruelas.

- Las propuestas que se incluyen en este programa de acción tienen otro fundamento en las reflexiones y discusión de experiencias entre trabajadores y directivos con antecedentes de intervenciones y aportaciones prácticas en materia de calidad en servicios de salud a lo largo del país, y que fueron convocados en la segunda mitad del año 2000 por el entonces gobierno electo de la República para opinar y proponer una estrategia para mejorar la calidad de esos servicios. La propuesta original fue presentada para su validación a un Consejo Asesor, de carácter plural, cuyos comentarios complementaron y mejoraron la propuesta. Entre los integrantes de dicho Consejo figuraban altos funcionarios de las principales instituciones públicas de salud, secretarios de salud de cinco estados, representantes de academias y asociaciones de profesionales de la salud y directivos de importantes organizaciones del sector privado (ver anexos III y IV).
- Posteriormente ya en el primer cuatrimestre del 2001, se recogieron, clasificaron y analizaron las propuestas contenidas en las ponencias relacionadas con calidad de los servicios, presentadas en los foros nacionales y estatales de salud que se desarrollaron con la finalidad de que la sociedad mexicana aportara elementos para la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud. La consistente y productiva interacción entre los integrantes del Equipo Consultor Sectorial para la Cruzada, en el cual concurren directivos con experiencia en calidad del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, ha aportado también elementos para la elaboración de este documento.
- Además, en la sesión del Consejo Nacional de Salud realizada en la Ciudad de Campeche los días 29 y 30 de noviembre de 2001, una versión preliminar de este documento fue sometida a la consideración de los titulares de los servicios de salud de todo el país.
- El formato del documento sigue la lógica del Programa Nacional de Salud 2001-2006, y contiene información que intenta dar respuesta a las preguntas: ¿En dónde estamos en materia de calidad en servicios de salud?, ¿A dónde queremos llegar?, ¿Qué camino vamos a seguir? y ¿Cómo mediremos los avances? Pretende ser un documento que oriente las intenciones y guíe las acciones de las organizaciones y trabajadores relacionados con la salud en nuestro país en el afán de mejorar la calidad de los servicios con resultados fehacientes que impacten en la mejora de las condiciones de salud de los mexicanos, garantizar un trato adecuado y propiciar el desarrollo profesional y humano de los trabajadores de la salud.
- La propuesta considera también que toda estrategia de calidad tiene límites relacionados con las características de la estructura y el gasto en salud, con algunas características del propio modelo de atención a la salud y otras relacionadas con las reglas normativas que estrechan las posibilidades de innovación y cambio, y contempla estrategias específicas y líneas de

La Cruzada se ha diseñado con las experiencias documentales y testimoniales de trabajadores de la salud reconocidos en este campo, con las opiniones y validación de un Consejo Asesor, y los contenidos de las ponencias de foros nacionales y estatales.

El Equipo consultor sectorial para la Cruzada, integrado por IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, ha generado claridades e ideas que están incorporadas en este documento.

La propuesta considera que toda estrategia de calidad tiene límites y se plantea a partir de ese reconocimiento. No pretende ser ingenua.

acción para atender y ampliar esos límites. Sin embargo, tal vez el límite más inmediato para el éxito de una propuesta innovadora sea la resistencia al cambio. La hipótesis inicial es que la Cruzada contará con algunos aceptantes y promotores activos y quizá con la misma proporción de personas y organizaciones irremediabilmente refractarias. No obstante, la gran mayoría de los integrantes del sistema y organizaciones e individuos relacionados con la prestación de servicios de salud, estarán en los grupos de aceptantes cautelosos y de resistentes críticos. Para estos grupos, el respeto, la consistencia en los esfuerzos, la congruencia en el proceder y, sobre todo, los resultados progresivamente exitosos, serán los incentivos más fuertes para acelerar su incorporación a las acciones de esta estrategia.

En principio se esperan las reacciones normales ante una propuesta e implementación de un cambio. La consistencia, congruencia y resultados concretos exitosos, permitirán una transición efectiva.



Figs. 2 / 3. Respuesta de las organizaciones al cambio organizacional / Fases de transición de las personas hacia el cambio. *Adaptado por Ruelas.*

- La apuesta está en el convencimiento y el respeto para lograr cambios culturales y una sólida convicción que se manifieste en una franca actitud favorable hacia la mejora continua de la calidad, y no en el uso del poder coercitivo que produzca sólo comportamientos temporales por disciplina, temor o conveniencia.



Se apuesta a cambios de actitudes dinámicas y proactivas, generadas por un liderazgo y ejercicio de autoridad que genere cambios culturales.

Fig. 4. Modificación de cultura como condición del cambio de actitud. *Ruelas.*

- Es seguro que la complejidad de la tarea será superada por el talento y compromiso activo de los participantes del sistema de salud, y por la necesidad social de emprender acciones inteligentes, prácticas y efectivas que desemboquen en experiencias exitosas y el logro de objetivos que consoliden y democratizen nuestro sistema de salud.

II. En dónde estamos

Los esfuerzos mexicanos para mejorar la calidad de los servicios de salud

Antecedentes

Los esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales de la década de 1950, cuando se iniciaron las primeras auditorías médicas en el Instituto Mexicano del Seguro Social que, de una u otra manera, se preservaron hasta finales los setenta. Entre 1985 y 1986 destaca la implantación de los primeros círculos de calidad en el Instituto Nacional de Perinatología de la SSA. Sin embargo, es en la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios en una de las instituciones de seguridad social del país.

En efecto, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se iniciaron procesos de mejora continua con el apoyo de consultores norteamericanos que, sin embargo, se interrumpieron. En la segunda mitad de la década se retomó la preocupación de elevar la calidad de una manera mucho más sistematizada, con el establecimiento de la Unidad de Organización y Calidad que posteriormente sería elevada al nivel de Dirección; con la implantación del Plan Integral de Calidad (PIC), cuyos resultados se han hecho evidentes, y del Premio IMSS de Calidad, diseñado con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Calidad Total en su primer año y, para el año 2000, de la Universidad Iberoamericana. A ello debe agregarse el desarrollo del sistema de encuestas de satisfacción, estudios de percepción de los derechohabientes y un sistema altamente efectivo de información y orientación para estos. Sin embargo, debido a la magnitud de la institución, el reto continúa vigente.

En la Secretaría de Salud se inició en 1997 el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica. Desde entonces, y hasta el final del año 2000, fue implantado en 28 estados de la República. Este programa, coordinado por la Dirección de Calidad de la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud, incluyó la primera evaluación del nivel de calidad de unidades de primero y segundo niveles en la historia de esta institución, así como la capacitación de cientos de directivos y personal de dichas unidades.

La Secretaría de Salud impulsó también la certificación de los hospitales “amigos de la madre y el niño” y la certificación de jurisdicciones sanitarias. A través del Consejo de Salubridad General se inició en 1999 el Programa de Certificación de Hospitales cuyos resultados cuantitativos a finales del año 2000 rebasaron las

Existen antecedentes de esfuerzos para mejorar la Calidad de los servicios de salud desde la década de 1950, aunque es hasta la década de los 90 cuando se inicia su consolidación.

En el IMSS se identifican las intervenciones de mayor impacto especialmente en la década de los 90's, aunque el reto sigue vigente

Intervenciones en materia de Calidad en la SSA: Procesos de Certificación de jurisdicciones sanitarias y unidades médicas, desarrollo del PMCCAM y el impulso a CONAMED.

expectativas fijadas, no así en lo cualitativo del proceso, pues se identificaron importantes problemas que pusieron en riesgo su credibilidad.

Sin duda alguna, una de las iniciativas más importantes de la Secretaría de Salud en esta materia fue la creación en 1996 de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y el desarrollo de sus homólogas en varios estados de la República.

También durante la segunda mitad de la década de 1990, los servicios médicos de PEMEX y del ISSSTE desarrollaron esfuerzos que revelan el interés del sector público en mejorar la atención a sus derechohabientes.

En lo que respecta al sector privado, destaca en 1992 la creación de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, la cual convocó en ese mismo año en la Ciudad de México, en coordinación con la International Society for Quality in Health Care, al Congreso Mundial de Calidad en Servicios de Salud realizado por primera vez en un país de América Latina.

Hacia 1995 se crean las primeras empresas privadas especializadas en la consultoría sobre el tema. La primera de ellas enfocada en la evaluación y los procesos de mejora continua de la calidad técnica; la segunda, especializada en la evaluación de la satisfacción de usuarios y prestadores de los servicios de salud.

Para 1999 surgirían más de diez empresas dedicadas a la evaluación para la certificación de los hospitales.

En 1997 se concedió el primer premio de calidad estatal, en Nuevo León, a una organización de salud: la Clínica Cuauhtémoc y Famosa del Grupo Femsa. Igualmente, se otorgaron premios estatales con los cuales se distinguió, por ejemplo, al hospital de PEMEX en Salamanca, a la oficina central de la Secretaría de Salud de Guanajuato, y a hospitales del IMSS y de la SSA en Veracruz y en Tabasco.

A todo ello se suma el esfuerzo de varios hospitales privados en diferentes partes del país que iniciaron procesos de mejora continua incluso antes de la puesta en marcha del programa de certificación.

De esta manera, la Cruzada Nacional por la Calidad se finca en múltiples cimientos contruidos a lo largo ya de muchos años que se van concentrando hacia el final de la década de los noventa y que permiten asegurar la suficiente experiencia para lanzar un proceso de tal envergadura con un buen augurio de éxito.

También se pueden identificar esfuerzos exitosos en PEMEX, ISSSTE y en algunas instituciones privadas

Resultado de los esfuerzos: Premios de Calidad a varias unidades médicas tanto Públicas como Privadas

La Cruzada se finca sobre los cimientos de las experiencias previas en materia de calidad de los servicios de salud.

Cambio de	Paradigma
<p>Durante el último siglo ha prevaecido un paradigma sobre la calidad de los servicios de salud que empieza a ser sustituido con relativa velocidad. Como es bien sabido, el paso de un paradigma a otro toma tiempo durante el cual se da un traslape en el que surgen tensiones. La Cruzada Nacional por la Calidad está diseñada para catalizar el tránsito hacia un nuevo paradigma.</p> <p>El "viejo paradigma" se caracteriza, entre otros, por los siguientes postulados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prestadores de servicios de salud y de las instalaciones en las que ejercen. • posible medirla. • servicios se es mejor. • Dado que la vida no tiene precio, no importa lo que se gaste con objeto de que sea posible ofrecer los mejores servicios que merece el paciente. • mediante la supervisión de lo que hacen los demás. Por supuesto, el supervisor difícilmente comete errores, por eso su posición está encima de los otros. • finalmente el prestador del servicio es el experto y su paciente está en sus manos 	<p>Como resultado de las tendencias tanto del nivel educacional de la población como de los sistemas económicos, el "nuevo paradigma", en contraste con el viejo, puede ser identificado por lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • proceso de atención es indispensable. La calidad debe ser explícita. • para comparar, para aprender y para mejorar. • los involucrados en el proceso de atención, por ello, todos son importantes, no sólo los jefes. • suficiente de servicios, sin embargo, si esa cantidad no se ofrece con calidad es posible que se someta a los usuarios a riesgos sin los correspondientes beneficios, por ello es indispensable ofrecer cantidad con calidad • obstante, cuidarla puede ser muy costoso, por ello calidad-con-eficiencia son dos conceptos indisolubles. Por otra parte, se reconoce que los procesos que se realizan con calidad reducen desperdicios y contribuyen a una mayor eficiencia. • activamente, y debe hacerlo, en el proceso de su atención. La identificación de sus percepciones y expectativas es fundamental.

Debido a las tendencias educacionales de la población, y de los sistemas económicos, se presenta un cambio de paradigma sobre la calidad de los servicios de salud. La Cruzada intenta catalizar el tránsito hacia el nuevo paradigma.

Los retos

A través de varios años y de múltiples evaluaciones es posible documentar, salvo algunas excepciones, un bajo nivel promedio de la calidad en los servicios de salud públicos y privados, siendo posible identificar cuatro grandes retos a ser enfrentados por la Cruzada:

- Percepción de mala calidad** de los servicios de salud por parte de la población.
- Alta variabilidad del nivel de calidad técnica.**
- Heterogeneidad** de los niveles de calidad entre regiones geográficas, entre instituciones y al interior de las propias instituciones, sean públicas ó sean privadas.
- Pobre información y poco confiable** sobre el desempeño de los servicios de salud y sus niveles de calidad, lo que dificulta la toma de decisiones adecuada.

De manera específica, estos retos se manifiestan a través de una serie de hechos y factores que los generan, los cuales conviene mencionar:

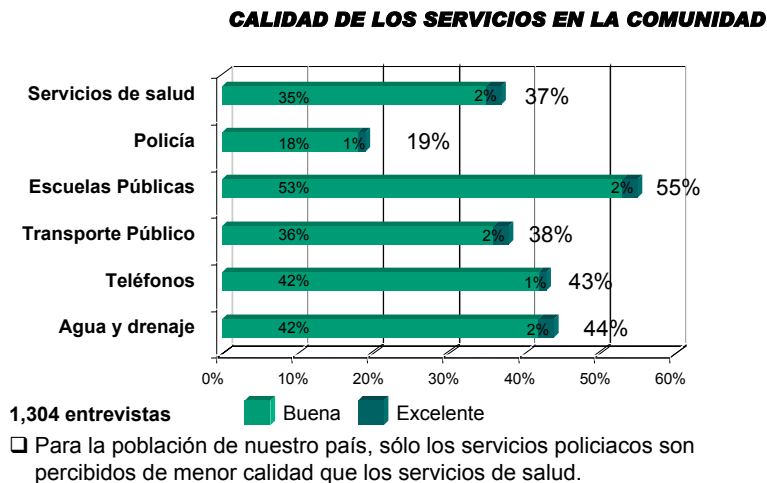
Los Retos para la Cruzada:

- Percepción de mala calidad interpersonal.*
- Calidad técnica con alta variabilidad.*
- Heterogeneidad de los niveles de calidad.*
- Pobre información y poco confiable.*

Estos grandes retos se manifiestan a través de algunos hechos documentados y de una serie de factores que los generan.

Hechos:

- En la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000, los entrevistados señalaron que los servicios de salud en sus comunidades habían empeorado en comparación con los que tenían en 1994.
- En esa misma encuesta, los mexicanos calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por debajo de los servicios de: “escuelas públicas”, “agua y drenaje”, “teléfonos” y “transporte público” y sólo por arriba de “policía”.
- Cuatro de cada 10 mexicanos pobres también se quejan de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se les ofrece en las unidades de salud. De hecho, uno de los motivos de queja más frecuente ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es la falta de información del médico al paciente.

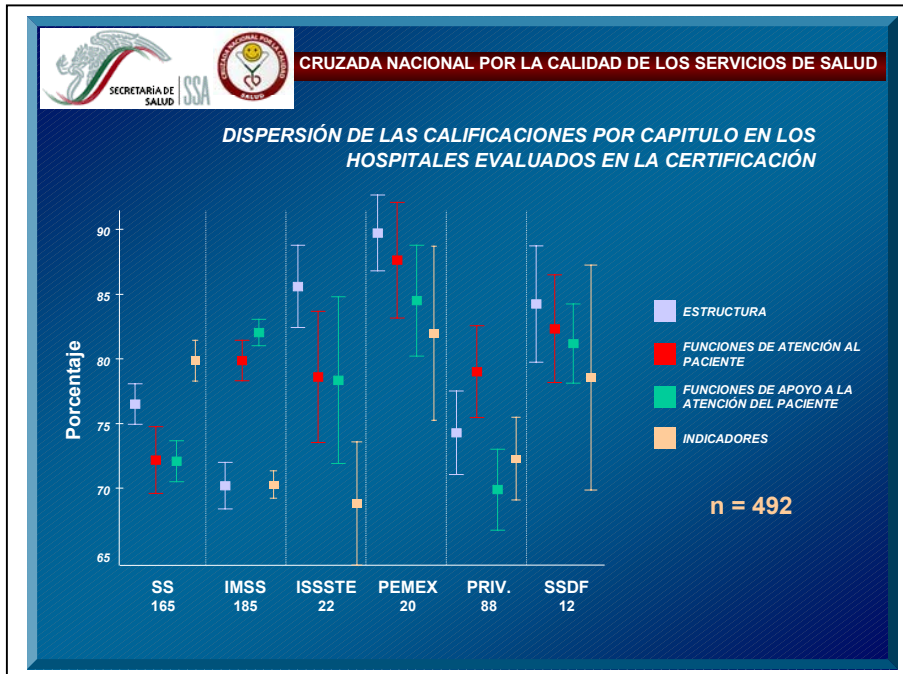


Fuente: FUNSALUD. Opinión Pública Acerca del Sistema de Atención en México, agosto, 2000.

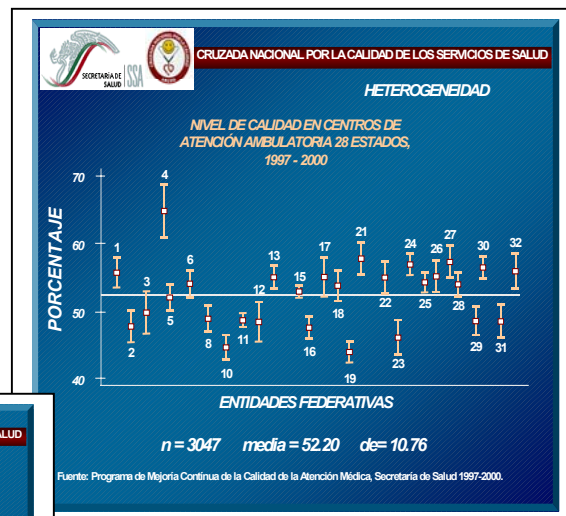
agosto, 2000

Fig. 5. Percepción de la calidad de los servicios en la comunidad.

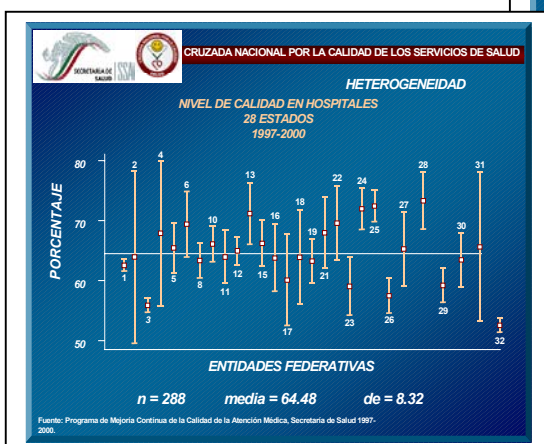
- De las limitadas mediciones de la calidad técnica que se han hecho de los servicios otorgados por algunos servicios públicos y privados se concluye que los niveles de calidad son muy heterogéneos entre instituciones públicas de salud, al interior de estas instituciones, entre éstas y el sector privado, entre las propias organizaciones del sector privado, y entre regiones geográficas del país. La variación entre el mejor y el peor calificado con los mismos estándares llega a ser de aproximadamente 90 puntos porcentuales.



Existen niveles de calidad muy heterogéneos entre instituciones tanto públicas como privadas.



La variación de los niveles de calidad tiene grandes variaciones entre entidades federativas y también dentro de cada Estado.



Figs. 6 / 7 / 8. Dispersión y heterogeneidad en el nivel de calidad en la prestación de servicios de salud.

- De lo poco que se sabe sobre el desempeño de los médicos en lo individual es muy evidente la amplia variación de los criterios diagnósticos y terapéuticos para padecimientos iguales lo cual permite concluir que se trata de procesos poco controlados y tal vez de dudosa efectividad en muchos casos.
- De acuerdo con un diagnóstico del nivel de calidad en una de las instituciones del sector público se encontró que el apego a las normas de atención de los principales motivos de consulta era muy deficiente.



Existe un bajo nivel de cumplimiento de las NOM y Normas técnicas para la atención de los principales problemas de salud.

Fig. 9. Incumplimiento normativo en la atención médica

- En el nivel nacional, el porcentaje de nacimientos por cesárea en las instituciones públicas se ha incrementado de 23.5 en 1991 a 30% en 1997. El caso más extremo en este sector llega al 50%. En el sector privado llega en algunos casos hasta el 75% de los nacimientos.
- La Encuesta Nacional de Calidad y Servicios de Salud realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2000 proporciona también algunas evidencias de los retos planteados:

El porcentaje de nacimientos por Cesárea muestra un incremento en los últimos diez años en el sector público, y alcanza proporciones preocupantes en el Privado.

Fig. 10. Según la Encuesta Del INSP casi el 40% de Los usuarios de los servicios de salud en el país refieren que no fueron atendidos con la rapidez que querían.



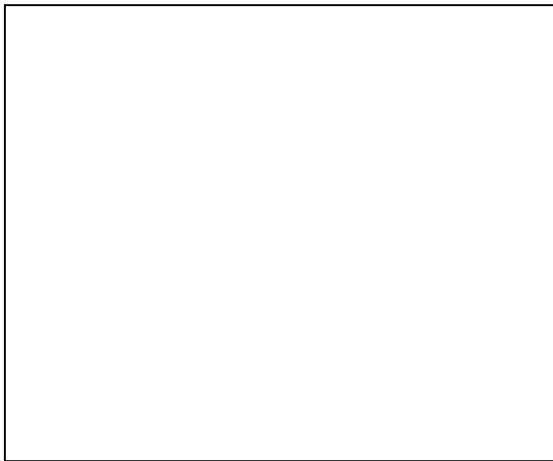


Fig. 11. Más del 15% de la población encuestada afirma que no recibieron un trato digno en la institución de salud en la que se atienden.

Las Encuestas Nacionales de Calidad y Servicios de Salud (ENCASS) realizadas en 1994 y 2000 por el Instituto Nacional de Salud Pública, corroboran los hechos que sustentan los retos de la Cruzada, especialmente lo relacionado con la dimensión interpersonal de la calidad.

Fig. 12. En los hospitales del sistema tampoco se atiende a los pacientes con la rapidez que ellos querían.

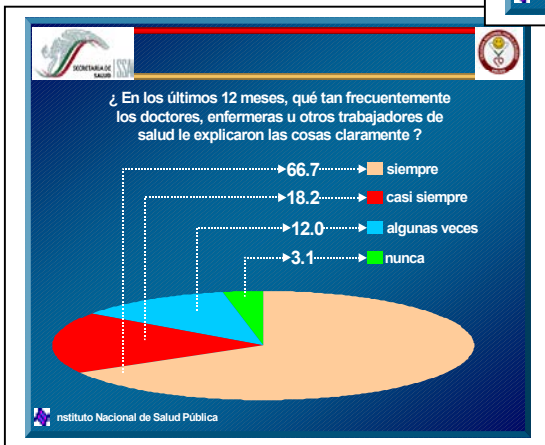


Fig. 13. Solo el 66.7% de los pacientes afirman que los médicos, enfermeras y personal de salud les proporcionan información con claridad siempre que reciben atención en las unidades del sistema.

- La información que genera la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es una información valiosa para identificar dónde estamos en materia de calidad en los servicios de salud: En los últimos 5 años, el número de quejas e inconformidades presentadas por los usuarios pacientes de los servicios de salud se ha ido incrementando de manera sostenida a un ritmo de aproximadamente 15% anual; el 75% de las inconformidades se generan en instituciones del sector público y el 25 % en las privadas. La consolidación y confianza tanto a CONAMED como a las Comisiones estatales se hace evidente al observarse un incremento también progresivo de las solicitudes de dictámenes médicos por diferentes instancias; al analizar los resultados de esos

dictámenes médicos se encuentra que en el 51% de ellos se pronuncia mala práctica médica.

Factores generadores:

- El personal directivo de alto nivel de los servicios de salud, tanto públicos como privados, por lo general carece de una adecuada formación gerencial lo cual produce un liderazgo deficiente para elevar los niveles de calidad en el sistema.
- Estructura y procesos con insuficiente gestión directiva para alinearlos hacia resultados de calidad, lo cual dificulta el desarrollo de la gestión clínica de la calidad por los profesionales operativos en el sistema de salud.
- Existe una cultura de medición para informar y no para decidir, lo cual, además, genera que exista un insuficiente conocimiento del propio personal de los servicios tanto para evaluar como para mejorar sus servicios.
- Los indicadores de calidad de los servicios de salud públicos y privados son prácticamente inexistentes. Ello, como consecuencia de sistemas de información incipientes y del desconocimiento de este tipo de indicadores.
- Si bien en el sector público se cuenta ya con encuestas de satisfacción de los usuarios, esta información no es siempre confiable. En el sector privado aún es una práctica muy poco común.
- Son mínimos los incentivos que existen en el sistema para un alto desempeño, tanto de las organizaciones prestadoras de servicios como para el personal de salud en lo particular. Es frecuente, incluso, que los incentivos estén invertidos y estimulen conductas de bajo o equivocado desempeño.
- La regulación actual es insuficiente para garantizar a los mexicanos la existencia de insumos y de servicios de salud de alta calidad en todos los casos.
- Insuficiente desarrollo de procesos de acreditación y certificación de profesionales y establecimientos como actividad de garantía de calidad.
- En general, existe un subdesarrollo de políticas y gestión de recursos humanos en el sistema de salud y en particular para la mejora de la calidad.
- La formación de recursos humanos para la salud no siempre está alineada con los requerimientos de los servicios de salud los cuales, a su vez, no siempre tienen claros esos requerimientos.

Existe una serie de factores que generan los hechos y los retos para mejorar la calidad de servicios de salud; entre ellos destacan los que dificultan el desarrollo de una gestión directiva que facilite la gestión clínica de la calidad por los propios profesionales clínicos y en general por los trabajadores de la salud.

Los sistemas de información para evaluar, monitorear y mejorar la calidad de servicios de salud son escasos, poco confiables y subutilizados debido a la cultura de medir para informar y no para decidir.

La falta de atención a Políticas y Gestión de RRHH para la salud, dan origen a varios factores que generan condiciones que dificultan la incorporación efectiva de los trabajadores de la salud para lograr calidad en los servicios de salud de manera consistente y sustentable.

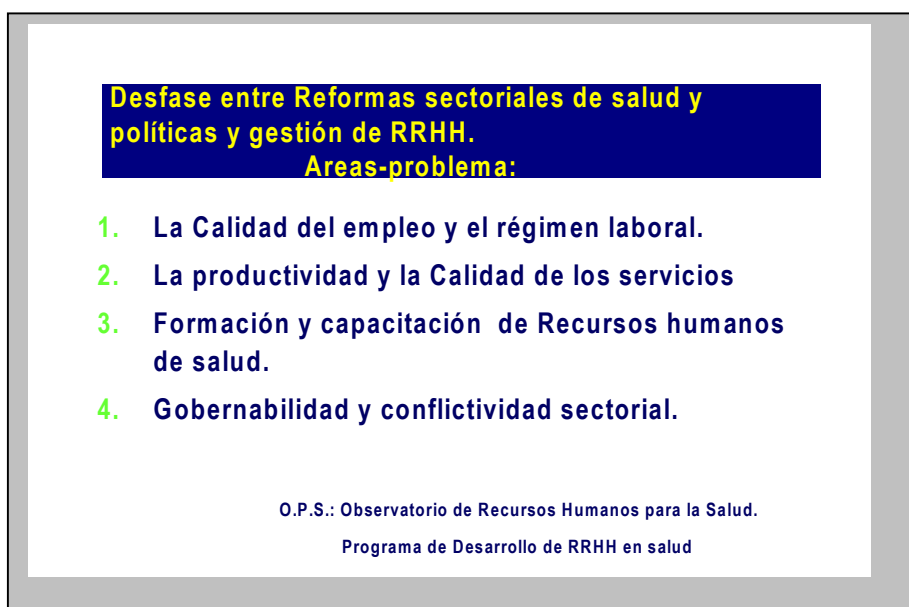


Fig. 14. Desfase entre reformas a los sistemas de salud y políticas de gestión de Recursos Humanos.

- Experiencias en materia de calidad sin consistencia y sin transferencia de éxitos al resto del sistema.
- Coordinación inconsistente del sector público y difícil complementariedad público-privado.
- No se han desarrollado foros o sistemas efectivos para que los clínicos, los sanitaristas y en general los trabajadores de la salud, puedan opinar acerca de los problemas y las soluciones en materia de calidad de los servicios de salud.
- No se ha desarrollado una inteligencia en la organización en materia de calidad.
- Si bien debe reconocerse que la falta de recursos es una causa del bajo nivel de calidad, se debe admitir que, con mucha frecuencia, es también el mejor pretexto de la mala calidad cuando subyacen todos los factores mencionados arriba.

La combinación de varios de los factores enunciados han impedido el desarrollo de una inteligencia en el sistema que facilite y desarrolle el aprendizaje, como organización, en materia de calidad

III. A dónde queremos llegar

Proceso de cambio. Marco conceptual

Cultura organizacional y cambio

Es posible identificar por lo menos dos fuentes de poder para producir y conducir un cambio organizacional. La primera de ellas es el ejercicio de la autoridad mediante la cual se ejerce influencia para que las personas dirijan sus acciones en determinado sentido. No obstante, si bien el mero uso de la autoridad puede producir cambios en los demás, por lo general estos cambios son exclusivamente conductuales y, por consiguiente, difícilmente sostenibles en el largo plazo. Si se desea modificar no solamente las conductas sino las actitudes y con ello lograr impactos en el largo plazo, la única forma de lograrlo es modificando la cultura organizacional.

Por lo anterior, es indispensable definir a la cultura organizacional. En una versión sintética de la definición de Schein, cultura organizacional puede ser entendida como “acumulación de aprendizajes grupales basados en éxitos anteriores, por consiguiente válidos, y que por ello deben ser enseñados a los nuevos miembros”.

Más aún, es también indispensable entender la manera en la que se forma o se modifica una cultura organizacional. Todo inicia cuando se incorpora en un grupo uno o varios valores producto generalmente de la convicción de un líder de ese grupo. De esta manera, el valor adquirido, esto es, lo que es y debe ser importante para el grupo genera las conductas congruentes con ese valor que son, finalmente, las manifestaciones visibles de la cultura. Cuando, en consecuencia, esa conducta es reconocida como válida, la persona y el grupo van incorporando la firme creencia de que lo que se hace es correcto para sobrevivir en esa determinada circunstancia.

Así, las creencias básicas (convicciones) refuerzan a los valores (lo que es muy importante) que, a su vez, generan las conductas (manifestaciones visibles) que, si son reconocidas como válidas vuelven a reforzar a las creencias básicas.

Por lo mencionado hasta ahora, si lo que se quiere es generar manifestaciones evidentes de un trato digno y de una calidad efectiva, eficiente, ética y segura, es indispensable hacer de la calidad un verdadero valor, esto es, que sea en efecto algo importante para la organización y para cada uno de los individuos que la integran. En otras palabras, es indispensable darle valor al valor deseado. Esto permite orientar los comportamientos que, si son reconocidos como válidos (o sea, que valen) se van convirtiendo en creencias o convicciones por las cuales el cambio trasciende a la mera conducta que, de otra manera podría haber sido

Lograr los objetivos y alcanzar la Visión de la Cruzada implica un cambio cultural en la organización del Sistema de salud. Este proceso de cambio requiere de acciones claras y pragmáticas pero coherentes con un marco conceptual del cual se defina el rol de liderazgo y de la autoridad.

En este marco y considerando que se busca un cambio de actitudes y no solo cambios de comportamientos temporales, producto de la acción de autoridad y poder coercitivo, se apuesta por los cambios derivados de modificación de la cultura organizacional. El papel del liderazgo, reconocimiento y la autoridad, bajo esta apuesta, es el que la sociedad mexicana ha elegido en la actual etapa de transición democrática.

motivada por un mero acto de autoridad, para convertirse en una actitud basada en un valor arraigado y en una convicción.

En todo ello, el papel del o de los líderes es fundamental así como el reconocimiento que se dé a las conductas válidas o a las consecuencias negativas que se produzcan cuando la conducta es incongruente con el valor deseado.

En conclusión, si bien el ejercicio de la autoridad es muy importante y necesario para lograr un cambio, hacia el largo plazo es indispensable modificar la cultura organizacional mediante el liderazgo y el reconocimiento de lo que debe considerarse válido y, por consiguiente, valioso. Esta Cruzada se dirige precisamente a arraigar a la calidad como un valor incuestionable en la cultura de las organizaciones de atención a la salud.

Factores del proceso de cambio hacia la calidad como valor fundamental

Es posible 25 factores que determinan el éxito en los procesos de cambio. Estos factores están permitiendo responder dos preguntas y argumentar una afirmación: 1) ¿Por qué cambiar y hacia dónde? (dar valor al valor “calidad”) 2) ¿Cómo y con qué? (facilitar el proceso) y 3) Es importante cambiar y seguir mejorando (arraigar el valor)

¿Por qué y hacia dónde? (dar valor al valor)

1. Selección de líderes-directivos
2. Divulgación de la visión y los objetivos
3. Identificación de expectativas y necesidades de los clientes
4. Participación amplia de todos los posibles involucrados en la Cruzada
5. Definición y análisis de los macro-procesos clave
6. Especificación de comportamientos esperados (estandarización)
7. Demostración fehaciente de la necesidad de cambiar
8. Demostración contundente de resultados factibles
9. Divulgación de la necesidad de cambiar y de los resultados posibles

¿Cómo y con qué? (facilitar el proceso)

10. Desarrollo de líderes locales por la calidad
11. Educación sobre, para y de calidad a los profesionales de la salud
12. Racionalización de los recursos (humanos, materiales, financieros, físicos y tecnológicos)
13. Financiamiento creativo
14. Monitoreo y evaluación periódica del proceso de cambio
15. *Benchmarking*
16. Mercadeo social del proceso y los resultados
17. Uso de tecnología informática y telecomunicaciones

Es importante cambiar y seguir mejorando (arraigar el valor de la calidad)

18. Rendición de cuentas
19. Motivadores: consecuencias positivas y negativas del desempeño + liderazgo
20. Diseño organizacional funcional
21. Procesos de mejora continua-calidad total
22. Facultamiento de los actores de los procesos
23. Regulación promotora del cambio y de la calidad
24. Reconocimiento de variaciones regionales dentro de límites aceptables
25. Reforzamiento continuo de todos los demás factores

Se identifican 25 factores que facilitarían el éxito en los procesos de cambio bajo el marco planteado.

Definición de calidad

Muchas son las definiciones que se han dado de “calidad”. Algunas de ellas genéricas y otras más específicamente elaboradas para hacerlas pertinentes a los

servicios de salud. Más allá de las elaboraciones conceptuales se trata aquí de especificar, y así definir, las características que para efectos de esta Cruzada se propone deba poseer la atención médica.

Cabe señalar, por cierto, que cuando aquí se hable de atención médica debe entenderse la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud. Por consiguiente, el término “médica” por ningún motivo se refiere exclusivamente al ejercicio profesional de los médicos.

Así, por calidad deben entenderse dos elementos:

a. Trato digno, cuyas características a su vez SON:

Respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona

Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente o por quien es responsable de él o de ella.

Interés manifiesto en la persona, en sus mensajes, sensaciones y sentimientos.

Amabilidad

De aquí que el acrónimo mnemotécnico propuesto para facilitar la divulgación el concepto sea: **SONRIA**

b. Atención médica con efectos positivos

- **Efectiva:** que logre el resultado (efecto) posible.
- **Eficiente:** con la cantidad de recursos adecuada al resultado obtenido.
- **Ética:** de acuerdo con los valores socialmente aceptados.
- **Segura:** con los menores riesgos posibles.

De igual manera, el acrónimo mnemotécnico sería: que la atención médica produzca los **EEFECTOS** positivos.

En este último caso, se buscan...

Resultados que puedan ser medibles mediante...

Indicadores, que a su vez permitan demostrar una...

Atención médica efectiva y así, nuevamente, **SONRIA**.

Imagen visual de la Cruzada

La imagen visual pretende ilustrar de la manera más fehaciente y concreta posible una visión de los resultados esperados de un sistema de salud de alta calidad antes que cualquier visión conceptual. Esta imagen está compuesta por sonrisas: sonrisas de amabilidad, de satisfacción y de comprensión tanto de quienes reciben los servicios como de quienes lo proporcionan. En efecto, sonrisas de amabilidad

Elementos de la definición de calidad para efectos de la Cruzada:

- ❑ *Trato Digno cuyas características son Respeto, Información, Interés y Amabilidad (Dimensión interpersonal de la calidad).*
- ❑ *Atención médica con efectos positivos (Dimensión técnica)*

La imagen visual de la Cruzada está compuesta por sonrisas. Se pretende que con el despliegue de intervenciones exitosas, se desarrollen progresivamente condiciones para que en todo el sistema de salud se observen con mayor frecuencia sonrisas de Amabilidad, de Satisfacción y de Comprensión tanto de quienes reciben los servicios como de quienes los proporcionan

de usuarios y prestadores cada vez que se encuentran unos frente a otros, y sonrisas de satisfacción, también de ambas partes, cuando el resultado de la atención es el deseado para todos. Pero cuando no es así, sonrisas de comprensión por parte del prestador del servicio, quien entiende el sufrimiento producto del dolor y el pesar de su paciente, y del paciente mismo, el cual, a su vez, tiene perfectamente claro que el equipo de profesionales de la salud, con toda honestidad, ya no pudo hacer más para aliviar su dolor o para salvar su vida.

Visión 2006 de la Cruzada

La calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor en la cultura organizacional del sistema de salud y existen evidencias confiables de mejoras sustanciales a través de todo el sistema que son percibidas con satisfacción por los usuarios de los servicios, por la población en general y por los prestadores de los servicios.

Visión 2025 del nivel de calidad en los servicios de salud

La visión 2025 puede ser sintetizada de la siguiente manera:

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

Ello puede expresarse de manera puntual a través de las siguientes características:

- ✓ El sistema de salud mexicano está entre los primeros cinco lugares en el mundo en cuanto al nivel de satisfacción de la población con los servicios de salud.
- ✓ En las calificaciones internacionales realizadas por la OMS, la variable “capacidad de respuesta del sistema” que refleja el trato digno y cuya medición se ha sofisticado, México ocupa uno de los lugares más altos. A esta variable se ha agregado el nivel de calidad técnica en el que también ocupa México un lugar preponderante.
- ✓ La población recibe orientación efectiva para cuidar de su salud y participar de una manera activa y razonada en la prevención y en el cuidado de sus enfermedades.
- ✓ La calidad como valor en la cultura organizacional en todo el sistema de salud (servicios públicos y privados) está plenamente arraigada y ello se manifiesta de diferentes maneras:
- ✓ Los servicios de salud informan periódica y públicamente los valores de sus indicadores de calidad y eficiencia y existe un sistema nacional de “benchmarking” basado en sistemas de información altamente confiables.
- ✓ Como resultado de una reestructuración racional del sistema, la atención a la salud se ha diversificado de manera que la atención se recibe en los espacios más propicios y eficientes para cada caso, sea el hospital, unidades de primer nivel, el hogar y otros diseñados ex profeso de acuerdo con las necesidades de la población y son libremente escogidos por ésta en función de esas necesidades.
- ✓ Todos los servicios, las instituciones formadoras de recursos humanos y los profesionales de la salud están debidamente certificados y re-certificados.
- ✓ Existe un sistema de incentivos al buen desempeño claro y ampliamente aceptados.
- ✓ Los profesionales de la salud están generalmente satisfechos con su nivel de ingresos y con su capacidad para proporcionar servicios de alta calidad y eficiencia.
- ✓ La regulación existente fomenta la calidad mediante los incentivos adecuados y los trámites mínimos requeridos para garantizar dicha calidad.
- ✓ La formación de recursos humanos para la salud está congruentemente alineada con las necesidades de salud de la población y de los servicios de salud.
- ✓ La tecnología, en su sentido más amplio (medicamentos, equipos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos...) es rigurosamente evaluada y seleccionada en función de su costo-efectividad.
- ✓ Los costos de la atención a la salud pueden ser controlados eficientemente sin afectar la calidad.
- ✓ Todo lo anterior, aunado al resto de las políticas implantadas, contribuye a elevar el nivel de salud de la población, ha influido en su estilo de vida y, de esta manera, en su calidad de vida.

La Visión 2006 de la Cruzada contiene como elementos clave el reconocimiento de la Calidad como un valor en el sistema de salud, con evidencias confiables de mejoras que permitan ir alcanzando la imagen visual de sonrisas en usuarios y trabajadores de la salud. Se plantea también una Visión para el año 2025.

Principios básicos

- La protección de la salud de los mexicanos es la razón de ser de la búsqueda de la calidad.

Como complemento conceptual que clarifique a dónde queremos llegar se incluyen un grupo de principios básicos.

- Los usuarios de los servicios merecen un trato digno respetuoso de sus derechos humanos.
- Los usuarios de los servicios deben ser reconocidos como participantes activos del proceso de atención.
- Una buena calidad técnica debe ser eficiente.
- Los problemas que afectan la calidad generalmente están causados por el diseño de los sistemas y de los procesos.
- Siempre es posible mejorar.
- Todos aquellos que intervienen en el proceso de atención tienen la capacidad y deben tener la oportunidad de hacer propuestas para mejorar. Todos son importantes en la organización.
- Las mejoras tienen que ser demostrables fehacientemente.
- La rendición de cuentas debe ser una práctica común.
- Es indispensable reconocer el buen desempeño.

Beneficio Social Tangible

- Disminución de los tiempos de espera en la consulta externa de las unidades de atención del primer nivel de las instituciones del sector público.
- Disminución de los tiempos de espera en los servicios de urgencias de los hospitales de las instituciones del sector público.
- Incremento en la satisfacción de los pacientes con la información proporcionada por el médico sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento (médico y/o quirúrgico) de su padecimiento.
- Disminución de complicaciones y errores graves como consecuencia de internamientos hospitalarios, tanto en el sector público como en el sector privado.
- Acceso a información confiable de indicadores de desempeño (calidad y eficiencia) de los prestadores de servicios de salud tanto públicos como privados por parte de los usuarios de estos servicios para tomar mejores decisiones.
- Ahorros en costos de la prestación de servicios por eliminación de desperdicios y mayor eficiencia en los procesos.
- Mayor certeza sobre el nivel de calidad de los servicios de salud, públicos y privados.

Se espera llegar a beneficios tangibles para los pacientes y sus familiares, los trabajadores de la salud y el sistema de salud en general.

IV. Qué camino vamos a seguir

Objetivos

a. General

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

b. Específicos

Enfocados en el usuario:

1. Proporcionar un trato digno sin excepción a todos los usuarios de los servicios de salud.
2. Proporcionar a los pacientes atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.
3. Elevar la satisfacción de los usuarios y atender sus expectativas

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

Dirigidos a las organizaciones prestadoras de servicios de salud:

1. Elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo.
2. Arraigar la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones.
3. Reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad en los diferentes tipos de servicios de salud, públicos y privados, en todo el país.

Dirigidos a la población en general:

1. Proporcionar información que oriente la búsqueda de servicios de buena calidad.
2. Mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud con datos verídicos, y así desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud.
3. Incorporar a la población en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud.

Para alcanzar el logro del objetivo general se enuncian 15 objetivos específicos dirigidos a los usuarios, a las organizaciones y trabajadores prestadores de servicios de salud, a la población en general y al Sistema de Salud

Dirigidos al Sistema de salud:

1. Establecer un sistema de rendición de cuentas
2. Establecer un sistema de información básico, único y confiable de procesos y resultados de calidad-eficiencia, con base en un sistema estandarizado de clasificación de pacientes.

3. Introducir procesos de mejora continua en todos los niveles del sistema que conduzcan hacia una mayor calidad con mucho menos desperdicios.
4. Desarrollar la capacidad directiva en todos los niveles del sistema.
5. Establecer un sistema regulatorio promotor de la calidad y de la eficiencia.
6. Promover una educación sobre calidad, para la calidad y de calidad para el personal de los servicios de salud.

Estrategias:

Despliegue

Con objeto de alcanzar la visión y cumplir los objetivos de la Cruzada, se proponen tres estrategias congruentes con los factores del proceso de cambio. Estas tres estrategias son:

- 1) **Impulso al cambio**
- 2) **Aprendizaje y respaldo**
- 3) **Sustentación.**

La estrategia de impulso al cambio está dirigida hacia la interrupción de la inercia y la motivación hacia un nuevo escenario que se demuestre necesario, factible y valioso y, de esta manera, empezar a construir o reforzar lo más pronto posible el valor de la calidad para el sistema. La segunda va encaminada a construir las bases que apoyen el desarrollo hacia el largo plazo, y la tercera se orienta a fincar las condiciones para que el valor “calidad” se arraigue definitivamente como parte de la cultura de las organizaciones de atención a la salud. Como puede observarse, la primera y la segunda convergen siempre en la tercera.

Las tres estrategias interactúan a lo largo del tiempo. La complejidad de un cambio de esta naturaleza requiere que de manera permanente y casi simultánea éste se impulse, se apoye y se sustente de manera que se establezca un proceso reiterativo de aprendizaje organizacional.

Dentro de cada estrategia se definen una serie de líneas de acción distribuidas en cuatro niveles correspondientes a los cuatro grupos de objetivos específicos de la Cruzada: 1) usuarios de los servicios; 2) prestadores individuales; 3) organizaciones prestadoras de servicios; 4) sistema de salud en general.

Cada una de las líneas de acción deberá dar origen a un plan de acción específico en el que se identifiquen además de las acciones concretas su secuencia en el tiempo, los recursos necesarios, los responsables de cada una de ellas, el o los indicadores con los cuales se medirá el avance de cada una, y las metas a alcanzar en cada caso.

La Cruzada nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se compone de tres estrategias:

- ✓ *Impulso al Cambio*
- ✓ *Aprendizaje y respaldo*
- ✓ *Sustentación*

En el diseño de cada una de ellas, y en su despliegue, están incluidas las experiencias previas, exitosas ó inconclusas, de los trabajadores de la salud en esfuerzos previos.

Para su despliegue, cada estrategia de la Cruzada incluye líneas de acción distribuidas según el nivel al que van orientadas.

Premisas estratégicas

Cada una de las líneas de acción deben ser interpretadas y operacionalizadas a la luz de tres premisas estratégicas:

1. **Empieza en casa**

Si bien las acciones de la Cruzada deberán tener un impacto indudable en la imagen de los usuarios sobre la forma en que son proporcionados los servicios de salud, lo cierto es que esto no excluye, sino exige, la realización de esfuerzos en todas las áreas y niveles directivos de las instituciones del sector. Es decir, será necesario que todos los directivos asuman la responsabilidad y el compromiso de convertirse en ejemplos vivos de trato digno a los usuarios y al personal, y de efectividad, eficiencia, estricto apego a principios éticos y búsqueda de la mayor seguridad en el ejercicio de sus funciones. Un líder no está en condiciones de exigir altos niveles de desempeño a sus colaboradores si él mismo no es un caso digno de emular. Esto deberá ocurrir desde los propios titulares de las instituciones en el nivel nacional, hasta las jefaturas de servicios, departamentos y oficinas, así como áreas de supervisión en las unidades operativas, pasando, por supuesto, por las oficinas y áreas estatales y delegacionales.

2. **Principio 20/80**

Dada la magnitud de la Cruzada es imposible y seguramente poco eficiente tratar de atender todos y cada uno de los problemas o situaciones que afectan la calidad o implantar en su totalidad cada una de las líneas de acción. Por ello, y con objeto de que la Cruzada sea una estrategia eficiente, es indispensable que se seleccione, por ejemplo, el 20 por ciento de las causas que generan el 80 por ciento de las consecuencias, el 20 por ciento de las áreas en las que se presentan el 80 por ciento de los problemas, etc.

3. **Secuencia 3+3**

Es frecuente caer en la tentación de tratar de atender de manera simultánea todos los problemas que se identifican cuando se ha recibido entrenamiento para ello o cuando el tiempo apremia para obtener resultados. No obstante, es frecuente también que cuando esto sucede se avance muy poco: “el que mucho abarca poco aprieta”. Por ello, esta premisa estratégica está planteada de manera que en la secuencia de la Cruzada se reflexione a cada paso ante el cúmulo de eventos posibles y se decida avanzar de tres en tres pasos o de cuatro en cuatro, pero nunca más de lo que se considere factible atender efectiva y eficientemente.

Las tres estrategias incluyen en total 70 líneas de acción, cada una de las cuales dará origen a un plan de acción específico para cuyo diseño se convocará a organizaciones y personas involucradas y bajo tres premisas estratégicas que buscan dar factibilidad a la intervención:

**Empieza en casa*

**Priorización 20/80*

**Secuencia 3+3*

Con las premisas estratégicas, se busca dar factibilidad a la Cruzada al proponer una orientación estratégica eficiente al seleccionar los problemas de calidad y líneas de acción que se aborden. El reto es complejo y por esa razón se plantea abordarlo de manera pragmática y progresiva, poco a poco pero con impactos sólidos, consistencia, aprendizaje y sustentabilidad.

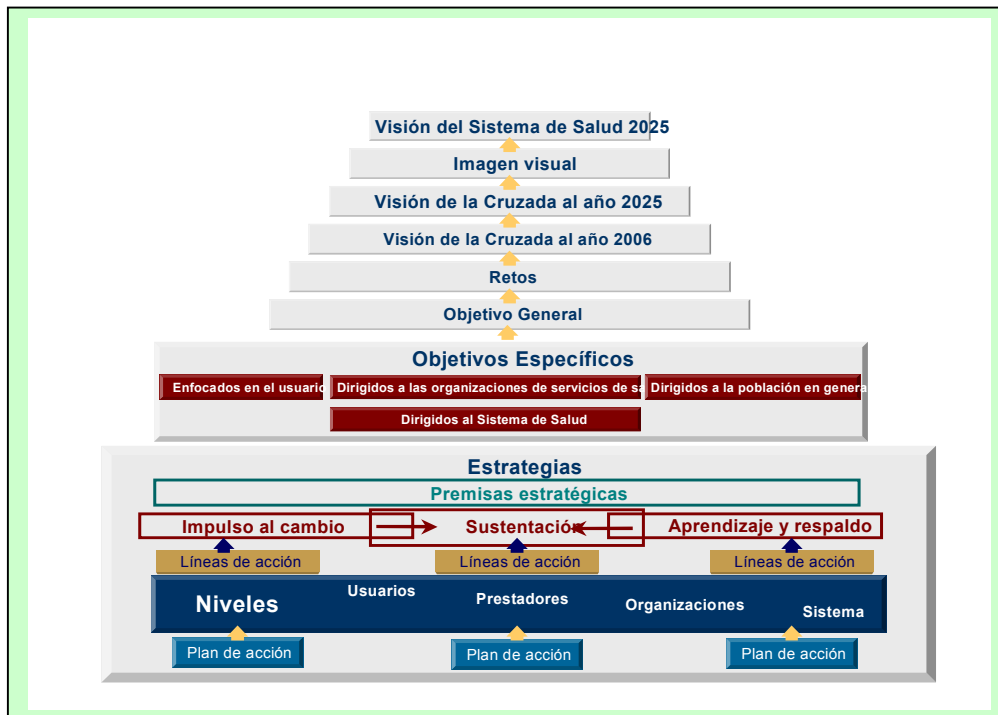


Fig. 15. Esquema síntesis de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. *Ruelas*.

Líneas de acción y niveles

ESTRATEGIA 1: IMPULSO AL CAMBIO

LÍNEAS DE ACCIÓN:

NIVEL

USUARIOS

1. Revisión y definición consensuada con la participación de la sociedad civil de los derechos de los pacientes.
2. Establecimiento y reforzamiento del consentimiento bajo información en los casos que así se requiera.
3. Identificación de necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios

PRESTADORES

4. Definición consensuada un código de ética para los profesionales de la salud.
5. Establecimiento de manera consensuada, y actualización periódica de guías clínicas con base en evidencias científicas, para todos los profesionales de la salud.

ORGANIZACIONES

6. Definición consensuada de un código de ética organizacional

Estrategia de Impulso al Cambio, comprende 16 líneas de acción organizadas según el nivel al que van dirigidas: a los usuarios, a los prestadores de servicios, a las organizaciones y al sistema en general.

7. Establecimiento de proyectos de mejora continua de corto plazo con resultados fehacientes -solamente para el sector público

- Disminución de los tiempos de espera en consulta externa y urgencias
- Aumentar la calidad de la información que proporcionan los médicos a los pacientes
- Aumento del surtimiento de recetas

8. Promoción de proyectos locales de mejora continua

9. Estandarización de macro-procesos clave

10. Establecimiento de sistemas de retroalimentación

SISTEMA

11. Implantación de procesos de mejora continua en los niveles centrales de las instituciones del sector público, federal y estatales

12. Establecimiento de un sistema de selección objetiva y racional de directivos

13. Divulgación de la visión y de los objetivos de la Cruzada

14. Recopilación de evidencias de oportunidades de mejora y de logros obtenidos y divulgación entre el personal de salud.

15. Selección y divulgación de “organizaciones modelo” a manera de ejemplo de lo que es posible lograr.

16. Involucramiento temprano de diferentes grupos interesados en los esfuerzos de la Cruzada, por ejemplo, sindicatos, academias, asociaciones profesionales, organizaciones sociales.

ESTRATEGIA 2: APRENDIZAJE Y RESPALDO

LÍNEAS DE ACCIÓN:

NIVEL

USUARIOS

17. Desarrollo y divulgación de guías de orientación para los usuarios

18. Divulgación de indicadores básicos de calidad

19. Evaluación periódica de las expectativas y necesidades de los usuarios directos e indirectos a través de grupos focales, foros, encuestas, etc.

Estrategia de Aprendizaje y Respaldo, incluye 29 líneas de acción.

PRESTADORES

20. Establecimiento de programas de educación sobre, para y de calidad para los profesionales de la salud en los que se enfatizan valores, métodos y actitudes

21. Desarrollo de programas de actualización enfocada en competencias clave.

ORGANIZACIONES

22. Establecimiento de sistemas de seguimiento de quejas y sugerencias

23. Racionalización de recursos
24. Evaluación periódica de la calidad técnica de la atención.

SISTEMA

25. Divulgación de la imagen de la Cruzada
26. Desarrollo de directivos de salud y de otro personal con bajo grado de entrenamiento
27. Reclutamiento de “líderes de la calidad” en cada unidad operativa
28. Establecimiento de un sistema nacional de *benchmarking* de satisfacción y de calidad técnica
29. Divulgación de organizaciones e individuos certificados y re-certificados
30. Articulación permanente de estándares de calidad atención-educación
31. Establecimiento de un sistema de mercadeo social de resultados
32. Documentación y publicación de las experiencias sobre el proceso y resultados de la Cruzada
33. Evaluación del costo-efectividad de la Cruzada
34. Establecimiento de un sistema de evaluación de tecnologías
35. Utilización de tecnología informática y telecomunicaciones
36. Monitoreo de desarrollos pertinentes en el entorno internacional
37. Monitoreo de cambios estructurales y funcionales del sistema de salud
38. Impulso a la racionalización de la capacidad resolutive del sistema (organizaciones, personal y tecnología)
39. Impulso a la racionalización de recursos financieros, físicos y materiales
40. Impulso a la racionalización de niveles salariales
41. Impulso a la revisión y ajuste de la formación e incorporación laboral de las enfermeras
42. Impulso a la promoción de la atención preventiva
43. Búsqueda creativa de recursos financieros para la Cruzada
44. Análisis de las consecuencias jurídicas de la Cruzada
45. Promoción del desarrollo de los prestadores del sector privado.

ESTRATEGIA 3: SUSTENTACIÓN

LÍNEAS DE ACCIÓN

NIVEL

USUARIOS

46. Divulgación permanente de los derechos del paciente

PRESTADORES

47. Divulgación permanente de los derechos del paciente y del código de ética y constatación de su conocimiento por parte de los profesionales de la salud

48. Extensión de la certificación y re-certificación periódica a todos los profesionales de la salud y establecimiento de ésta como requisito laboral.

ORGANIZACIONES

49. Divulgación permanente del código de ética organizacional y constatación de su conocimiento por parte del personal de las organizaciones.

50. Establecimiento de procesos de mejora continua

51. Establecimiento de unidades de apoyo a los procesos de calidad

52. Establecimiento de sistemas de información confiable de indicadores de calidad con base en un sistema estandarizado de clasificación de pacientes (tipo GRD)

53. Establecimiento de “Informes de Desempeño” accesibles a autoridades e interesados.

54. Establecimiento de un sistema de incentivos vinculado al desempeño del personal y de los equipos de trabajo

55. Establecimiento de un Comité de Calidad con representación plural

56. Organización del trabajo en torno a procesos clave

57. Facultamiento del personal

SISTEMA

58. Establecimiento de incentivos para directivos y definición de consecuencias por un desempeño deficiente (

59. Establecer y actualizar periódicamente “acuerdos de resultados”

60 Establecimiento de Comités estatales y de un Comité Nacional de Calidad de los Servicios de Salud y aprovechamiento de las estructuras locales que puedan apoyar la Cruzada (ejemplo: institutos de calidad estatales)

61. Establecimiento de un sistema nacional único de información básica sobre calidad con base en un sistema estandarizado de clasificación de pacientes (tipo GRD)

62. Revisión y actualización periódica de las NOMs de acuerdo con una política definida y establecimiento de los mecanismos para la verificación de su cumplimiento

63. Revisión y expansión de los procesos de certificación.

64. Vinculación del desempeño y la certificación al presupuesto de las organizaciones

*Estrategia de Sustentación,
incluye 25 líneas de acción*

- 65. Integración de un sistema de certificación básica de organizaciones prestadoras de servicios y de sus proveedores de insumos
- 66. Establecimiento de requisitos cruzados de certificación entre las instituciones formadoras de recursos humanos y las prestadoras de servicios
- 67. Creación de estímulos a la innovación
- 68. Establecimiento de agencias desconcentradas de la SSA para el control de la calidad de insumos y servicios
- 69. Reforzamiento de las comisiones de arbitraje médico
- 70. Vinculación de los procesos de mejora con la protección del medio ambiente

VALIDACIÓN DE LA ESTRATEGIA: EL CONSEJO ASESOR

Con el objeto de validar la visión, los objetivos y la estrategia de la Cruzada se integró un Consejo Asesor que, por el número de integrantes se dividió en dos grupos.

Todos los miembros del Consejo fueron seleccionados en función de diferentes criterios que permitieron dar pluralidad y enriquecer el planteamiento de la Cruzada. Así participaron representantes del sector público y del sector privado, de hospitales y de otro tipo de organizaciones prestadoras de servicios, del sector asegurador, del sector académico, de asociaciones profesionales, gremiales y organizaciones no gubernamentales.

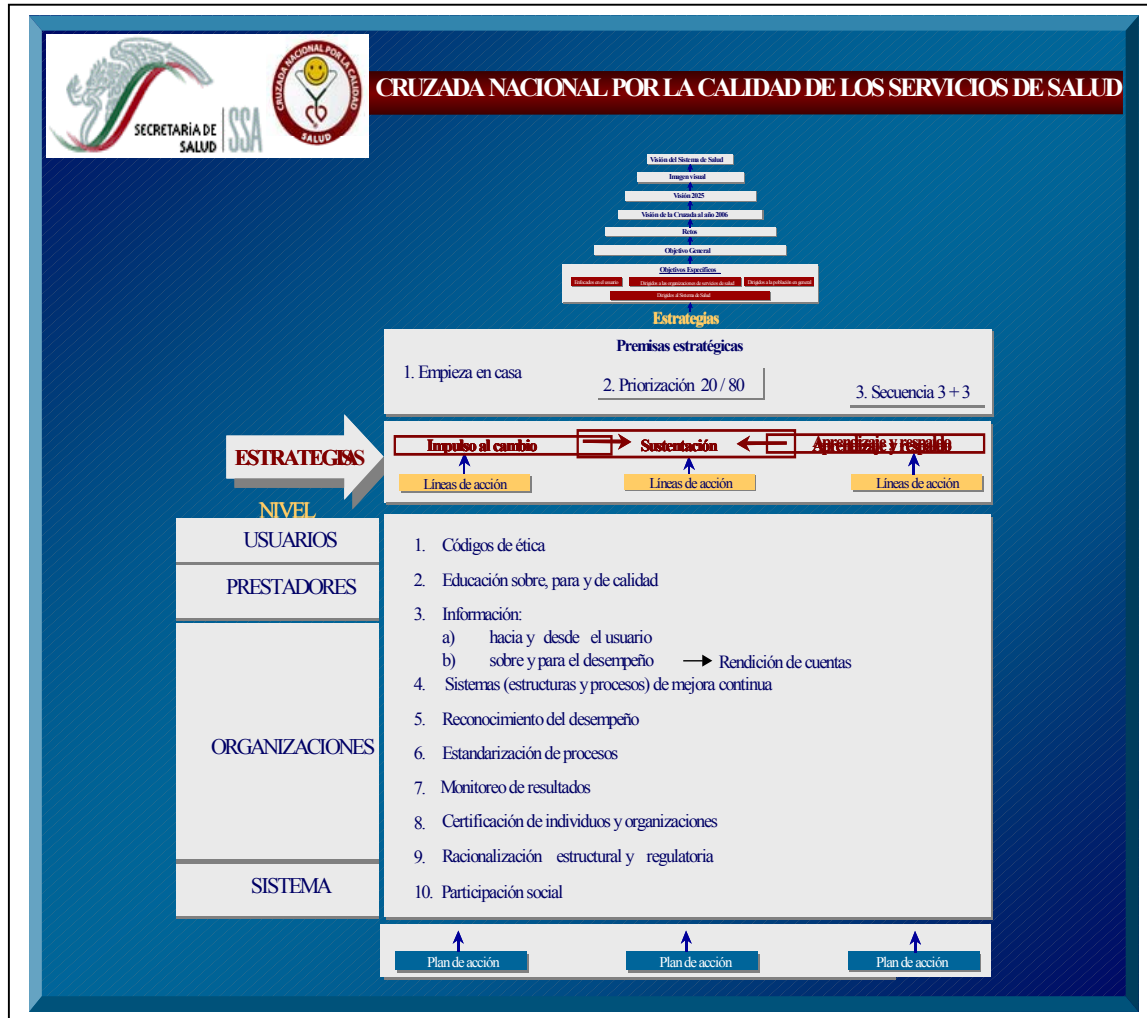
A ambos grupos les fue presentada la propuesta de la Cruzada y, además de aportar sus puntos de vista, se les solicitó que fuese calificada en una escala de 1 a 5 de acuerdo a con varios criterios que les fueron propuestos. Los resultados de esta evaluación fueron los siguientes:

Criterio	Grupo 1	Grupo A	Promedio
1. Claridad	4.6	4.6	4.6
2. Congruencia interna	4.7	4.2	4.5
3. Impacto motivacional	3.9	4.5	4.2
4. Integridad	4.0	4.3	4.1
5. Aplicabilidad	3.6	4.1	3.9
6. Horizonte temporal razonable	3.8	3.6	3.7
Riesgo de fracaso (alto = 5)	3.3	2.5	2.9

Fig. 16. Validación de la estrategia de la Cruzada.

Descripción de los 10 factores clave

Se identificaron 10 factores clave que agrupan a las 70 líneas de acción mencionadas más arriba. Estos 10 factores permiten describir, de manera sintética, las acciones que se realizarán para dar cumplimiento a los objetivos de la Cruzada. En la figura 17 aparecen los 10 factores mencionados.



Las 70 líneas de acción se resumen y agrupan en 10 factores clave que contiene la figura del esquema y cuyo contenido se detalla, siguiendo el esquema: dónde estamos, a dónde queremos llegar, qué camino seguiremos y cómo mediremos avances

Fig. 17. Factores clave de la Cruzada. Ruelas.

La relación entre los 10 factores clave y las 70 líneas de acción se especifica en el siguiente cuadro:

FACTORES CLAVE	LÍNEAS DE ACCIÓN (Se presentan los números que identifican a cada línea de acción)
Códigos de ética	4, 6, 47, 49
Educación sobre, para y de calidad	20, 21, 26, 30, 41, 45
Información	
a) Hacia y desde el usuario	2, 3, 10, 13, 17, 22, 25, 31, 35, 46, 47, 52,
b) Sobre el desempeño	53, 61
Sistemas, estructuras y procesos de mejora continua	7, 8, 11, 27, 50, 51, 57, 60, 59, 70
Reconocimiento del desempeño	15, 54, 58, 67
Estandarización de procesos	5, 9, 42, 56
Monitoreo de resultados	14, 18, 19, 24, 28, 32, 33, 36, 37
Certificación de individuos y organizaciones	29, 48, 63, 64, 65, 66
Racionalización estructural y regulatoria	12, 23, 34, 38, 39, 40, 44, 62, 68, 69
Participación Social	1, 16, 43, 55

A continuación se describen los aspectos más importantes de cada uno de los factores clave identificados.

1. Definición y difusión de códigos de ética

En dónde estamos

Desde la segunda mitad del siglo XX, la sociedad ha puesto en evidencia, cada vez con mayor intensidad, la deshumanización de la medicina y de los profesionales de la salud, demandando un cambio en la cultura médica humanice la atención (aunque es necesario admitir que hay gran cantidad de profesionales de la salud, de muy alta calidad, que debiesen ser reconocidos). Algunos factores que influyen en esta actitud son:

- El profesional de la salud subestima los elementos psicológicos, sociales y culturales del usuario.
- Uso predominante del método científico y el rechazo a la aplicación del método de investigación social, medio indispensable para el análisis de los aspectos sanitarios, éticos, axiológicos, antropológicos e incluso jurídicos que convergen en el pluralismo cultural de nuestro país.
- Falta de continuidad en la formación humanística de los prestadores de servicios de salud.

Estos elementos convergen generando el desarrollo de relaciones verticales frente al usuario, en donde el profesional de salud adopta actitudes paternalistas en las que no cabe la opinión del paciente o de su familia, sin sentirse obligado a informarle y a hacerlo participe en las decisiones.

Los principios éticos explícitos, es decir, aquellos que la sociedad exige de los profesionales de la salud son:

- Respeto a la vida y a la integridad corporal.
- Información y educación para la salud.
- Confidencialidad.
- Sensibilidad a sus necesidades física y mentales.
- Trato digno.

A dónde queremos llegar

Es necesario reconocer que estamos ligados a un mundo concreto individual y familiar, pero también a una nación y al ambiente sociocultural de nuestra época y que aquellos que nos rodean no son entidades abstractas, sino seres concretos con los que convivimos y debemos cooperar; por ello, es imprescindible precisar los valores de justicia, autonomía y corresponsabilidad social de más jerarquía para guiar nuestras acciones:

- Justicia, entendida como la garantía de un trato semejante ante necesidades semejantes, reconociendo la dignidad humana y los valores y derechos que surgen de su propia esencia.
- Autonomía con libertad, pero una libertad libertaria y no liberal, mediante la cual la persona sea capaz de autodeterminarse, de decidir sobre sí misma, sin afectar el derecho de los demás.
- Corresponsabilidad social, que se encuentra implícita también en la dignidad del ser humano, ya que mediante ella se auxilia al prójimo, no por mera simpatía sino por solidaridad entendida como obligación moral y personal.

Al postular la dignidad de la persona humana, necesariamente transitaremos a un modelo de relación en el que el usuario sea visto como persona y el personal de salud penetre en su subjetividad y se convierta en guía para una coparticipación que ayude al paciente a ayudarse a sí mismo.

Qué camino vamos a seguir

La estrategia fundamental será la elaboración y difusión de Códigos de Ética y Carta de Derechos de los Pacientes, que sirvan de directrices en el ejercicio directo de la prestación de los servicios de salud.

La elaboración de los Códigos de Ética y Carta de Derechos del Paciente requieren la concurrencia de grupos multidisciplinarios e interinstitucionales de profesionales ante la diversidad de interpretaciones filosóficas y las consecuencias jurídicas que pudieran existir. Estos documentos deberán ser enunciativos y explicativos de los ideales filosóficos que orientan la buena práctica médica, a efecto de que el trabajador de la salud pueda conocer con precisión los fines, características y límites de su actividad profesional, y el usuario de los servicios identifique claramente en qué consiste la calidad en el trato que deberá recibir.

Definición y Difusión de Códigos de Ética de los profesionales de la salud y Carta de Derechos de los pacientes, que sirvan de marco consensuado a los momentos de la verdad en la relación de los pacientes y sus familiares con los prestadores de servicios de salud.

El contenido mínimo de los Códigos de Ética y Carta de Derechos del Paciente deberán garantizar:

- El respeto al paciente y el trato cálido y sensible a sus necesidades.
- El reconocimiento de su autonomía, que le permita participar activamente en la toma de decisiones y en el desarrollo del acto médico.
- La obligación de informar y ser informado de manera veraz, completa y oportuna sobre la naturaleza del acto, los beneficios y riesgos esperados y las alternativas diagnósticas o terapéuticas.
- El uso de un lenguaje accesible, considerando los elementos psicológicos, sociales y culturales del usuario.
- La confidencialidad de la información que el paciente proporciona.
- La educación para la salud.

Estos lineamientos para el comportamiento de los profesionales de la salud buscan garantizar un desempeño efectivo y honesto que favorece la autovigilancia de su desempeño y el desarrollo de un compromiso social que incida directamente en la mejoría de la calidad en sus dimensiones técnica e interpersonal.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

Durante el primer año, con la elaboración consensuada tanto de la Carta de Derechos de los pacientes como de los Códigos de Ética para personal médico y de enfermería.

Durante el segundo año, se evaluará el nivel de difusión de estos documentos, su inclusión en los criterios para la certificación de los establecimientos de atención a la salud, tanto públicos como privados, así como su cumplimiento a través de encuestas y del Sistema de sugerencias, felicitaciones y quejas.

Durante el año 2001 se elaborarán la Carta de derechos de los pacientes y los Códigos de ética para, previo consenso con los involucrados, se difundan nacionalmente en 2002 y a partir de ese mismo año sirvan de marco y referencia para evaluar, monitorear y mejorar la dimensión interpersonal de la Calidad (Trato digno)

2. Educación sobre, para y de calidad

a) Educación sobre calidad

En dónde estamos

Se ha reconocido que la estructura, los procesos y los resultados de la atención médica proporcionada en las unidades del sector mantienen una estrecha relación con la estructura, los procesos y los resultados de la formación de recursos humanos para la salud. Baste decir, a manera de ejemplo, que un residente o una estudiante de enfermería bien preparados, pueden fortalecer la estructura de una institución para brindar atención especializada, siempre y cuando dicha institución disponga de los materiales y el equipo necesarios, así como una organización adecuada, que les permitan una práctica clínica efectiva. No obstante esta integración entre atención y educación médica, aún persiste desvinculación entre una parte importante de los contenidos académicos y la realidad que enfrentan los profesionales de la salud recién egresados al incorporarse a la actividad institucional. Lo anterior se vuelve más evidente en el caso de la calidad de la

atención, ya que la incipiente sistematización de sistemas para la mejora continua no ha permeado los planes y programas de estudio de las carreras relacionadas.

A dónde queremos llegar

En los próximos años, los jóvenes profesionales egresados de las carreras, especialidades y maestrías relacionadas con la prestación de servicios de salud deberán poseer, además del conocimiento indispensable para la obtención de sus respectivas licencias, títulos y certificados, las competencias clave que se requiere para que su desempeño laboral resulte altamente efectivo y responda a lineamientos técnicos y normativos que tiendan a garantizar un nivel mínimo aceptable de calidad y eficiencia.

Qué camino vamos a seguir

Para lograr lo anterior se estimulará a las instituciones del sector educativo para que revisen los planes y programas de estudio de las carreras del área de la salud con el objeto de incorporar asignaturas que aborden de manera explícita el tema de la calidad como un valor profesional, así como los métodos, instrumentos y procedimientos disponibles para evaluarla y mejorarla en la práctica profesional. De igual manera se impulsará la inclusión de contenidos específicos que se refieran a la calidad técnica e interpersonal en asignaturas clave de las áreas clínicas.

La consideración del tema de la calidad en los planes y programas de estudio podrá ser un criterio de gran peso en los esquemas para la certificación de instituciones formadoras de recursos humanos para la salud.

Cómo medimos los avances

A través del porcentaje de escuelas y facultades que imparten carreras del área de la salud que incluyen en sus respectivos planes y programas de estudio asignaturas y contenidos referidos a la definición, medición, control y mejora de la calidad de la atención desde los puntos de vista técnico e interpersonal.

b) Educación para la calidad

En dónde estamos

En los últimos años ha surgido un número importante de programas de especialización, maestrías, diplomados y cursos de corta duración en los que se ofrece a los participantes la adquisición de capacidades para mejorar la calidad de la atención en organizaciones de salud. Estos programas pueden estar avalados por diversas instituciones educativas; sin embargo, además de ser todavía insuficientes, presentan niveles, enfoques y contenidos sumamente heterogéneos: desde los que se centran de manera exclusiva en técnicas “motivacionales”, hasta los que abordan aspectos puramente técnicos dejando de lado la realidad organizacional y humana de la prestación de los servicios de salud. Por otra parte, la efectividad de tales programas, en términos del impacto en el nivel de calidad de los servicios que ofrecen las organizaciones a las cuales pertenecen sus egresados, es algo que aún está por evaluarse.

Se incorporarán a los planes y programas de estudio, tanto en educación como en capacitación, asignaturas, contenidos y experiencias de aprendizaje que aborden de manera explícita el tema de la Calidad tanto interpersonal como técnica.

La consideración del tema de la calidad en los Planes y programas de estudio puede ser un criterio de gran peso en los esquemas de certificación de instituciones formadoras.

La heterogeneidad de los programas de educación y capacitación para la mejora de la calidad de los servicios de salud se ve acentuada si se consideran además los cursos que son diseñados y ejecutados por personal de las propias instituciones del sector.

A dónde queremos llegar

Si bien la diversidad es necesaria para enriquecer el conocimiento en cualquier área, la mejora de la calidad de los servicios de salud presenta un mínimo de aspectos que deben ser considerados de manera integral en los programas de educación y capacitación sobre la materia. Entre ellos destaca el que deben centrarse en la perspectiva de los usuarios, la necesidad de llevar a cabo mediciones válidas y el análisis de los procesos de atención y de apoyo a la atención para que las acciones de mejora modifiquen de raíz las causas de la mala calidad. Es indispensable considerar el papel de los directivos como generadores de valores que orientan la cultura organizacional, en donde la participación del personal de todos los niveles desempeña un papel fundamental, así como una serie de consideraciones éticas y otras relacionadas con la búsqueda de mayor eficiencia en el uso de los recursos. La gestión directiva y operativa de la calidad ocupará un lugar preponderante en los nuevos esquemas de capacitación.

*Aspectos mínimos de calidad para incorporarse en los procesos de formación y capacitación continua en salud:
Enfoque en la perspectiva de los usuarios
Evaluación, monitoreo y mejora de calidad técnica.
Herramientas para el análisis de procesos de atención.
Costos de mala calidad.
Gestión de calidad.*

Qué camino vamos a seguir

Se invitará a las instituciones que promueven estos programas a que incorporen los temas mencionados (en el caso de que aún no lo hayan hecho) y se impulsará el desarrollo de un esquema de certificación que permita validar los programas que reúnan una serie de criterios definidos por consenso.

Se promoverá también la elaboración de un "Manual para la mejora de la calidad de los servicios de salud" en cuyo diseño participarán las principales instituciones del sector, con el fin de que sea difundido y aplicado por el personal en las unidades de atención. Este manual se producirá tanto en forma impresa como en versión electrónica (interactiva).

La participación de los sindicatos, a través de las Comisiones Mixtas de Capacitación en el diseño, la promoción y vigilancia de los programas de capacitación y educación continua institucionales, será indispensable para garantizar su efectividad.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

Por medio del porcentaje de hospitales y unidades del primer nivel de atención que aplican programas de capacitación para la mejora de la calidad de los servicios de salud que hayan sido certificados con base en criterios definidos por consenso.

También se considerará el número de unidades en que se utiliza un "Manual para la mejora de la calidad de los servicios de salud", tanto impreso como en versión electrónica (interactiva) en cuyo diseño participaron las principales instituciones del sector.

c) Educación de calidad

En dónde estamos

Se mencionó antes la relación que puede haber entre el nivel de calidad de la educación que recibe un profesional de la salud durante sus años de formación, con el nivel de calidad que éste puede ofrecer a las personas que atiende o, de manera indirecta, la aportación que puede hacer al nivel de calidad de la organización en la cual presta sus servicios.

El nivel de preparación de los egresados de las diversas carreras de la salud puede identificarse en las calificaciones obtenidas en los exámenes profesionales o en los exámenes para ingresar al programa de residencias médicas. De igual manera, las investigaciones o trabajos que los aspirantes realizan para la obtención de un grado podrían ser considerados como una muestra de su rendimiento académico. No obstante, la prueba más contundente de dicho nivel es el desempeño de los egresados durante sus primeros meses de vida laboral. En todas estas manifestaciones se han identificado algunos problemas que refieren a importantes oportunidades de mejora durante los procesos formativos. Dos ejemplos son la necesidad de fortalecer la capacidad docente del personal de salud encargado de impartir clases, así como el aseguramiento de campos clínicos suficientes y adecuados para garantizar experiencias de aprendizaje efectivas.

A dónde queremos llegar

El panorama más conveniente en este sentido consiste, por un lado, en que las instituciones formadoras de recursos humanos para la salud consideren los requisitos planteados por las instituciones prestadoras de servicios para el diseño de sus perfiles de egreso. Por otro lado, las escuelas y facultades podrían contar con sus propios sistemas y planes para la mejora de la calidad educativa, lo cual, sería un criterio de gran peso en los esquemas para la certificación.

Qué camino vamos a seguir

Para elevar el nivel de calidad de los procesos formativos será necesario recorrer un camino de doble vía. Por un lado, se identificarán los conocimientos, destrezas y habilidades que, desde el punto de vista de los servicios, deban ser reforzadas durante la formación de los futuros profesionales y especialistas. En este sentido resulta claro que los directivos de las unidades de atención médica y de los diversos servicios, que son quienes reciben a los egresados de las escuelas y facultades formadoras de recursos humanos para la salud, se encuentran en una situación privilegiada para identificar las deficiencias más importantes en el desempeño del personal de nuevo ingreso. De este modo, los directivos y jefes de servicio podrán participar en la definición del perfil de egreso con el ánimo de que se incorporen a los programas de estudio contenidos relacionados con la práctica institucional cotidiana, es decir que se tiendan puentes efectivos entre lo académico y el desempeño clínico a través de modelos educativos basados en competencias.

Por otro lado, se deberán precisar, ahora desde el punto de vista académico, los conocimientos y prácticas que en el ámbito laboral son soslayados por el personal profesional después de cierta permanencia en el servicio, representando un riesgo

Oportunidades de mejora en los procesos formativos y de capacitación continua:

- *Fortalecer la capacidad docente del personal responsable.*
- *Aseguramiento de campos clínicos suficientes y adecuados para garantizar experiencias de aprendizaje significativas.*

Se impulsará la gestión de los procesos de educación en salud con orientación a lograr Trato digno y Calidad técnica en su desarrollo. El diseño y práctica de modelos educativos basados en competencias y el desarrollo de las habilidades y estructura necesarios para que las decisiones clínicas se tomen en base a evidencias científicas, serán ejes para lograr una educación de y para la calidad.

para la salud o la vida de los pacientes (la nosología y la propedéutica médica pueden constituir buenos ejemplos). Lo anterior será el punto de partida para que las instituciones educativas desarrollen contenidos que tiendan a reforzar la importancia de esos conocimientos y prácticas, además de que servirá de base para diseñar estrategias y modelos de actualización y educación continua que los orienten y faciliten que las decisiones clínicas se tomen sobre una base de evidencias científicas.

En congruencia con los principios, métodos y herramientas para la mejora de la calidad, se impulsará el concepto y práctica de la **gestión** de los procesos educativos, tanto de formación como de actualización continua del personal ya egresado de las modalidades de formación. La gestión de estos procesos se orientará a mejorar la calidad técnica de los mismos y a garantizar el trato digno a los participantes de los eventos educativos (dimensión interpersonal de la calidad) El Programa de acción de “Formación y capacitación del personal de salud” derivado del Programa Nacional de Salud 2001 - 2006 contiene mayores detalles sobre el tema educativo en salud.

Todo lo anterior deberá considerarse en la revisión y diseño de esquemas para la certificación de escuelas y facultades que imparten carreras relacionadas con el área de la salud.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

A través del porcentaje de escuelas y facultades que imparten carreras relacionadas con las ciencias de la salud que han sido certificadas mediante esquemas que consideran la existencia de sistemas y planes para la mejora de la calidad de la enseñanza.

Otra forma de medir el avance al respecto es mediante el porcentaje de internos y prestadores de servicio social egresados de facultades y escuelas de medicina que han sido certificadas.

3. Información

a) Hacia y desde el usuario.

En dónde estamos

La poca confianza y credibilidad en los sistemas actuales de quejas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud, obedece a que están dispersos, son insuficientes, su acceso es difícil para la población usuaria del servicio, no proporcionan una respuesta ágil y oportuna debido a que la institución juega el papel de juez y parte generando conflicto de intereses y en ocasiones manipulación de la información y se carece en general de una cultura organizacional que reconozca y opere las quejas en un sistema que apoye la toma de decisiones para mejorar los servicios y una mayor participación cívica para expresar la opinión sobre el servicio recibido, no necesariamente en forma de queja, sino también en forma de sugerencia, recomendación o felicitación.

Para mejorar la información desde y hacia el usuario, se diseñará y operará un Sistema de Recepción y atención de sugerencias, felicitaciones y quejas de la ciudadanía (Calisalud). El sistema se diseñará en el 2001 y, previa etapa de pilotaje y prueba, deberá entrar en operación nacional en la según da mitad del año 2002.

A dónde queremos llegar

Al diseño, operación y desarrollo de un Sistema de Recepción y atención de Sugerencias, Felicitaciones y Quejas de la ciudadanía que establece contactos con el sistema de salud en el país. El sistema tendrá como entrada un servicio telefónico para la recepción de las opiniones de la ciudadanía y servirá de enlace, seguimiento y control para que las diferentes instituciones y organizaciones de salud atiendan con efectividad los asuntos planteados.

El servicio telefónico TU VOZ pretende:

- Ser un medio de enlace entre la sociedad y los servicios de salud.
- Coadyuvar a que el Sistema de Salud recupere la credibilidad y confianza de la ciudadanía, al proporcionarle un canal de comunicación que de respuesta oportuna y eficaz a las sugerencias, felicitaciones y quejas de la población.
- Posicionar a las instituciones del Sector Salud ante la opinión pública, como instancias profesionales, eficientes, eficaces y honestas.
- Dar a conocer a las diferentes instituciones que conforman el Sector Salud, la percepción del usuario respecto a la calidad en los servicios de salud que otorgan.
- Promover entre los usuarios de las instituciones la confianza de utilizar este medio para favorecer una cultura a favor de expresar la opinión sobre los servicios recibidos.
- Ayudar a la toma de decisiones en materia de calidad para mejorar los servicios del sistema de salud.
- Identificar necesidades y expectativas de los usuarios de los servicios de salud.
- Ser un sistema capaz de evolucionar de acuerdo a las necesidades de los usuarios para evaluar la utilidad - costo - beneficio.

Calisalud busca desarrollar una cultura de participación y expresión informada de la ciudadanía con respecto al sistema de salud, que sirva de retroinformación e instrumento para la toma de decisiones en las instituciones, al promover la opinión de los ciudadanos sugiriendo mejoras y reconociendo lo exitoso y satisfactorio, además de las inconformidades.

Qué camino vamos a seguir

El proyecto iniciará con la implementación y operación de un centro de atención para la ciudadanía (CALISALUD), en donde se recibirán, canalizarán y se dará seguimiento a las sugerencias, felicitaciones y quejas de los usuarios de los servicios de salud en instituciones públicas y privadas de todo el territorio nacional.

Con el fin de contar con un mecanismo de comunicación ágil, oportuno y eficiente, CALISALUD las recibe a través de este centro de atención en línea de 7 por 24, es decir, las 24 horas del día los 365 días del año, utilizando la vía telefónica (01800) larga distancia gratuita.

El nombre TU VOZ fue asignado para que de manera fácil, se identifique el nombre o el número de marcado; la persona podrá ver el símbolo que representa el número o las letras, ya que se buscó repetir un número varias veces que combinado con otros diera el nombre de TU VOZ. El número es el 8, de esta forma la población recordará con facilidad las letras, los números o el nombre corto.

Número (01 800) 10 8 8 8 6 9
Nombre T U V O Z, en la salud.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

Con indicadores de estructura se medirá la eficiencia de las instituciones con base en su capacidad de recibir, procesar y responder a las sugerencias, felicitaciones y quejas recibidas. En ellos se incluirán los cambios de estructura, el personal destinado a operar el sistema, los lineamientos de operación, la reglamentación y el costo, por señalar algunos.

Con indicadores de proceso se medirá el tiempo, porcentaje de llamadas que se reciben y responden y característica de la respuesta.

Los indicadores de resultado permitirán reconocer la oportunidad de la respuesta, en donde por lo menos la mitad deberán responderse en un periodo no mayor de 15 días y el resto, por la naturaleza del asunto, podrán requerir de más tiempo sin dejar ninguna sin respuesta.

b) Información sobre y para el desempeño

En dónde estamos

La información sobre el desempeño en materia de calidad es muy pobre y donde existe es de baja confiabilidad; no se han desarrollado sistemas de información que permitan referenciar y realizar "benchmarking" en esta materia, de tal manera que no es utilizada para mejorar ese desempeño. El problema no se limita a la información en materia de calidad ya que aunque los sistemas de información existentes están orientados a demanda, servicios otorgados (productividad) y condiciones de salud, dicha información no es suficientemente utilizada para la toma de decisiones ya que, en general se mide para informar y no para decidir, lo cual afecta de manera importante la calidad de la información. La centralización de la validación, procesamiento, y difusión de la información contribuye en gran medida a esta situación.

La orientación centralizada de la validación, procesamiento y difusión de la información influye en la calidad de la misma, su poca confiabilidad y subutilización para la toma de decisiones.

A dónde queremos llegar

La información que se genera como resultado de la evaluación, y monitoreo de la calidad es elemento indispensable en todo proceso de mejora continua. La gestión de la calidad tanto en niveles directivos como operativos requiere de información también de calidad, oportuna y confiable para que las decisiones que se tomen se hagan con base a evidencias y el impacto de las decisiones se evalúe en esos mismos sistemas de información.

Se pretende la paulatina construcción de un sistema de información en materia de calidad que incorpore, progresivamente, grupos de indicadores clave que midan atributos de Calidad tanto técnica como de trato digno. Este sistema debe ser amigable y utilizable en primera instancia por los directivos operativos que generan la información, con productos secundarios para su utilización por otros niveles directivos, hasta llegar a la conformación de una base de datos nacional que permita la consulta como referente para "benchmarking" y transferencia de experiencias exitosas.

Se pretende el diseño de un sistema de información amigable, de incorporación paulatina de grupos de indicadores de calidad que sea utilizado en primera instancia por los operativos que los generan



Fig. 18. La utilización de información sobre tendencias del comportamiento de indicadores de calidad en unidades operativas facilitará la gestión y mejorará el desempeño al compartirse esta información con los clínicos y los operativos. Romero.

Por otro lado, al tener un sistema de información sobre el desempeño en materia de calidad confiable, válido y utilizado para la toma de decisiones, se dispondrá de una plataforma que permitirá desarrollar la rendición de cuentas en materia de calidad ya que actualmente las intenciones y compromisos que se establecen en materia de calidad no tienen seguimiento puntual y, en el mejor de los casos, se informa sobre actividades pero no se rinde cuentas sobre resultados.

Qué camino vamos a seguir

Se ha ido impulsando el cambio en este aspecto por medio de la movilización planteada en el Plan de arranque de la Cruzada (detalles en este mismo documento) con la evaluación, monitoreo y mejora de un pequeño grupo de indicadores con características clave, de fácil medición, de factible mejora y de alto impacto en la opinión de usuarios y prestadores de servicios. Con esto, durante el primer año se ha ido estableciendo una plataforma de aprendizaje para consolidar el hábito de medir para decidir en los directivos operativos y de informar para generar bases de datos que permitan la consulta referencial. Se desarrollarán instancias de consenso en las grandes instituciones del sector público y las organizaciones privadas compradoras y proveedoras de servicios de salud para ir determinando los grupos de indicadores que se irán incorporando al sistema paulatinamente, buscando que sean generados y procesados de manera estandarizada en todo el sistema y facilitar así la confiabilidad y consulta referencial (benchmarking). Se diseñará un esquema de Rendición de cuentas que aproveche el sistema de información así operado, y que prevea también un esquema de consecuencias de acuerdo a los resultados; la gestión por contrato será una modalidad en este sentido.

La información sobre el desempeño en materia de calidad puede ser utilizada para mejorar ese mismo desempeño por:

- *Mejora en la Gestión directiva, clínica y operativa.*
- *Posibilidades de consulta referencial (benchmarking)*
- *Establecimiento de esquemas de Rendición de cuentas en materia de calidad.*
- *La gestión y resultados de Calidad incorporados a Contratos ó Acuerdos de Gestión.*

4. Sistemas (estructuras y procesos) de mejora continua

En dónde estamos

En la actualidad es aún muy reducido el número de unidades que disponen de un sistema de sistemas para la mejora continua de la calidad; cuando es el caso, obedecen más a la convicción y determinación del director de la propia unidad que a una política institucional claramente definida. Las dos grandes movilizaciones institucionales por la calidad que han tenido lugar en México, el Plan Integral de Calidad del IMSS y el Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica de la Secretaría de Salud, han aportado experiencias e información de gran valor sobre el nivel de calidad de los servicios de salud; no obstante, no han tenido los efectos esperados en términos de la institucionalización de la mejora. En el sector privado la situación es similar: los esfuerzos sistemáticos de mejora se ubican en unidades aisladas, sobre todo en hospitales, y la experiencia aún es incipiente; aún no se puede hablar de sistemas de mejora sólidos.

En general, hasta el momento ha sido difícil que los sistemas y procesos para la mejora continua de la calidad sean percibidos como instrumentos de gestión para fortalecer el trabajo cotidiano de las unidades de atención, y no como programas de acción adicionales que aumentan la carga laboral de quienes participan en ellos. Esto se debe principalmente a la falta de capacidad, por parte de las instancias que han fungido como capacitadoras o consultoras, para vincular los métodos, técnicas e instrumentos para la mejora de la calidad con las condiciones y prioridades específicas de las instituciones de salud y las unidades de atención.

La creación de estructuras cuya función es promover la mejora de la calidad de la atención ha permitido dirigir con más precisión los esfuerzos institucionales. De nueva cuenta, los casos del IMSS y de la Secretaría de Salud así lo atestiguan. Sin embargo, una importante dificultad sobre este respecto radica en la tendencia a responsabilizar a dichas estructuras de los problemas de calidad en la operación. Esta dificultad se agudiza cuando además se atribuye a las áreas organizacionales de calidad la gestión de recursos que debiera ser realizada por los directivos de las áreas operativas.

A dónde queremos llegar:

La visión y los objetivos de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud serán una realidad en la medida en que las unidades de atención médica, y las estructuras directivas de las instituciones del sector en todos los niveles, de manera coordinada, cuenten con sistemas para la mejora continua de la calidad que consideren las condiciones particulares y demuestren su efectividad a través del impacto en la salud de la población y de la satisfacción de los usuarios y del personal. Los retos en este sentido son mayúsculos. Será necesario identificar la fórmula que permita aprovechar la experiencia existente para diseñar estructuras, formales o paralelas, con procedimientos efectivos que doten al personal de las unidades con las competencias para llevar a cabo la gestión directiva y operativa de la mejora de la calidad integrada en un sistema interinstitucional que comprenda, por lo menos, las áreas y procesos críticos tanto de atención como de apoyo a la

Para el desarrollo de sistemas, estructuras y procesos de mejora continua, se buscará aprovechar las experiencias previas.

atención. Para facilitar lo anterior se fomentará el diseño, la adaptación y aplicación de modelos de coordinación sectorial y de dirección por calidad por parte de los directivos de las instituciones de salud.

Qué camino vamos a seguir

Como punto de partida se promoverá el desarrollo de una estructura de apoyo institucional y técnico con carácter sectorial y en los niveles federal y estatal. Se impulsará la creación de un Comité Nacional de Calidad, integrado por representantes de las principales organizaciones relacionadas con la prestación de servicios de salud, en donde se determinarán las principales prioridades y líneas de acción a seguir en materia de mejora de la calidad en el nivel de todo el Sistema Nacional de Salud.

Los funcionarios de más alto nivel en las principales instituciones públicas (Secretaría de Salud, IMSS e ISSSTE), cuyas funciones los vinculen con la mejora de la calidad de los servicios, formarán un Comité Coordinador Sectorial que dará un sentido estratégico a las acciones de la Cruzada. Este Comité será además el responsable de integrar informes de resultados que permitirán a las máximas autoridades del país identificar el grado de avance global de la estrategia y los grandes problemas que se deban abordar.

Se integrará un Equipo Consultor Sectorial con altos funcionarios de la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE, cuyas funciones estén relacionadas con el control y mejoramiento de la calidad de la atención en las unidades médicas. Este equipo será el motor intelectual de la Cruzada, propondrá lineamientos de organización para los niveles estatales y será también la principal instancia concentradora y productora de información sobre el avance de la Cruzada en el país. A este Equipo podrán sumarse, en forma temporal o permanente, representantes de otras instituciones públicas y privadas.

En las entidades federativas se impulsará la formación de Comités Estatales de Calidad, encabezados por el titular de los servicios de salud en cada estado, donde participarán los delegados de las instituciones de seguridad social así como los máximos directivos de otras organizaciones del sector. Estos comités deberán convertirse en la instancia que traduzca en acciones las prioridades de calidad establecidas en el nivel nacional; que identifique los problemas de calidad locales con carácter estratégico, y que dicte las líneas de acción para abordarlos. Será necesario además que desarrollen sistemas para el seguimiento y control de las acciones y su efecto en el nivel de calidad de los servicios. El Equipo Consultor Sectorial desempeñará un importante papel en la orientación a los comités estatales de calidad y en el apoyo a los subcomités técnicos que se constituyan.

En la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE se integrarán Equipos Consultores Institucionales con personal de diversas áreas que se haya destacado por su conocimiento e interés en la mejora de la calidad. Por supuesto, en estos equipos será indispensable la participación del personal de áreas cuyas funciones estén directamente relacionadas con la actividad institucional en torno de la calidad de la atención.

Se promoverá el desarrollo de una estructura paralela de apoyo político y técnico que impulse el desarrollo de sistemas de mejora continua en las unidades de servicio y en los niveles gerenciales estatales y centrales

En síntesis, el Comité Coordinador Sectorial y los comités estatales de calidad serán las instancias de coordinación sectorial que propondrán al Comité Nacional de Calidad las políticas, prioridades y principales líneas de acción en materia de calidad de la atención a la salud, a las cuales evaluarán en función de su impacto en el nivel de salud de la población y en la opinión de usuarios y prestadores. Por su parte, los equipos consultores proporcionarán lineamientos técnicos que faciliten el abordaje de las prioridades definidas. Entre dichos lineamientos, sobresale la adaptación de modelos de dirección por calidad que deberán ser aplicados por los directivos del sistema en todos los niveles, desde las unidades de atención hasta los niveles más altos de dirección en el nivel central.

Independientemente de las estructuras formales especializadas en calidad, por este camino se pretende que las instituciones del sector público y posteriormente las del privado, cuenten con una plataforma que impulse y apoye el desarrollo de sistemas de mejora continua. La coordinación sectorial es un elemento clave de la estrategia, sobre todo en el sector público, para neutralizar el efecto paradójico de la buena calidad en servicios ó unidades de salud como resultado de iniciativas aisladas, sin sistema y sin participación de otras unidades del sector, lo cual genera una mayor atractividad de ese servicio ó unidad, aumentando la demanda y rebasando la capacidad de sus procesos, sin posibilidades de mayores recursos para mantener sus niveles de calidad y mejora continua por las características de los esquemas presupuestales del sector y la segmentación del sistema. Un sistema de mejora continua basado en coordinación sectorial puede ayudar a reordenar la demanda.

Las evidencias de mejora de la calidad constituyen uno de los recursos más poderosos para estimular el compromiso de los directivos con la calidad y convencer a la mayor parte del personal para que participen en acciones sistemáticas dirigidas a la solución de problemas que afectan la calidad de los servicios. Desafortunadamente, la idea de que los sistemas y procesos de mejora requieren de prolongados períodos para consolidarse y empezar a rendir frutos ha obstaculizado, en una especie de profecía autocumplida, la realización de acciones de mejora que pudieran tener un impacto en el corto plazo. Esto último se ve acentuado por los escasos logros observados en las organizaciones de salud que han incursionado en este terreno.

Sin embargo, en la literatura sobre el tema es posible identificar experiencias exitosas de mejora que han requerido de un tiempo relativamente corto para mostrar sus efectos en el nivel de calidad de los servicios. Con el tiempo, incluso se han desarrollado propuestas de métodos y procedimientos para identificar oportunidades de mejora y problemas de calidad que pueden ser atendidos de manera inmediata.

Con la orientación que ofrecen las premisas estratégicas de la Cruzada ("empieza en casa", "priorización 20/80" y "secuencia 3 + 3") los directivos de los servicios y de salud y de las unidades de atención médica estarán en condiciones de identificar los aspectos de la calidad que puedan ser mejorados en el corto plazo y con la alta probabilidad de que los resultados sean favorables en términos de los efectos en la efectividad de la atención y la satisfacción de los usuarios. De nuevo, el apoyo

Los comités centrales darán apoyo político a los sistemas de mejora continua, y los equipos consultores proporcionarán apoyo técnico. Los Comités estatales de calidad será la instancia clave de coordinación sectorial para el impulso, apoyo y desarrollo de los sistemas de mejoría continua

ofrecido por los equipos consultores, así como el uso de las herramientas para la gestión directiva y operativa de la calidad serán factores clave para la obtención del éxito.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

Una forma de hacerlo será a través de la revisión del funcionamiento de las estructuras sectoriales de apoyo político y técnico en el nivel federal y en las 32 entidades federativas (Comité Nacional de Calidad, Equipo consultor Sectorial, Comités Estatales de Calidad, Equipos Consultores Institucionales y Locales)

También se podrá verificar que las instituciones de seguridad social y asistencia cuenten con sistemas para la mejora continua de la calidad vinculados a los programas prioritarios tanto del sector como institucionales.

Otra forma de considerar el avance será mediante el cumplimiento de los estándares de calidad establecidos para índices e indicadores críticos definidos sectorialmente (tiempos de espera, información al usuario, cumplimiento de la normatividad) en unidades de primero y segundo nivel de las instituciones de seguridad social y asistencia (ver más adelante, el punto 7, Monitoreo de resultados).

5. Reconocimiento del desempeño orientado a la mejora de la calidad

En dónde estamos

En la actualidad los sistemas de evaluación al desempeño del personal de los servicios de salud consideran aspectos como puntualidad, diligencia, permanencia y disciplina, entre otros, sin identificar a los individuos o equipos de trabajo que se destacan por desarrollar procesos innovadores o de mejora continua en su área laboral y que inciden en la calidad de los servicios que proporcionan a la población usuaria. Es frecuente, incluso, que los incentivos estén invertidos y estimulen al personal con conductas de bajo o relativo desempeño y que son acreedores al premio simplemente por permanecer en el trabajo.

La calidad como valor en la cultura organizacional en todo el sistema de salud (servicios públicos y privados) no está arraigada y ello se manifiesta de diferentes maneras. Aun así, han existido intentos aislados de otorgar incentivos para reconocer al personal con un alto grado de desempeño, sin embargo sólo permanecen vigentes en la medida que algún ejecutivo lo considera pertinente y desaparece con su cambio laboral.

Por otro lado, el personal directivo de alto nivel de los servicios de salud, tanto públicos como privados, por lo general carece de una adecuada formación gerencial lo cual produce un liderazgo deficiente para elevar los niveles de calidad en el sistema. Como parte del viejo paradigma, consideran como obligación de los trabajadores el cumplir con su jornada y sus funciones, sin el propósito ni la posibilidad de reconocer el esfuerzo que realizan en su tarea cotidiana.

A dónde queremos llegar

Implantar un sistema de estímulos y recompensas al personal de los servicios de salud que se destaquen por participar en procesos de mejora de la calidad de la atención y que sean percibidos claramente por la población, a fin de fortalecer la capacidad institucional para el impulso de acciones orientadas a la mejora continua.

Si se quieren generar manifestaciones evidentes de un trato digno y de una calidad efectiva, eficiente, ética y segura, es indispensable hacer de la calidad un verdadero valor que sea reconocido por la organización prestadora de servicios y que se traduzca en la difusión y el reconocimiento de los esfuerzos de los trabajadores comprometidos con la población usuaria y con la institución para la cual laboran.

Considerando lo complejo y conflictivo del tema de los incentivos, se pretende establecer progresivamente un Sistema de **reconocimientos y estímulos** al desempeño orientado a calidad, que efectivamente promueva la participación y resultados en materia de calidad. El sistema deberá ser sostenible, tendrá como eje central el reconocimiento y a éste en sí mismo como estímulo, deberá evitar que el sistema se incorpore a las prestaciones que están contratadas de manera formal, se orientará a individuos, equipos de personas y Unidades de atención. Se buscará también que cuando el estímulo sea económico esté orientado al financiamiento de proyectos de mejora y a actividades de capacitación y desarrollo de los sujetos ó equipos de trabajo reconocidos, evitando así que el sistema se neutralice y se devalúe al considerarse un sobresueldo ó percepción económica complementaria obligada pero siempre insuficiente como han demostrado los fracasos de los sistemas de incentivos para la productividad.

Qué camino vamos a seguir

A través de las siguientes grandes actividades:

- Evaluación de los sistemas de incentivos que actualmente existen en las diferentes instituciones del sector público y análisis de las que hay en el sector privado para identificación de oportunidades de mejora y rediseño para proponer una reorientación hacia el desempeño de calidad.
- Establecimiento de sistemas de incentivos alternos (consistentes en financiamiento para actividades de capacitación del personal profesional y no profesional y a directivos operativos reconocidos por su interés y desempeño en calidad), en tanto se realizan las adecuaciones de los ya existentes.
- Consensos y coordinación sectorial para establecer un Fondo Sectorial para la Innovación que, con criterios homogéneos derive recursos para financiar proyectos propuestos por los trabajadores de la salud, convirtiéndose así en un elemento de reconocimiento y estímulo a la persona, al reconocer y financiar sus ideas.
- Para el reconocimiento y estímulo a Unidades de servicio se convocará a la participación de Premios de Calidad en cada Institución, aprovechando la experiencia del Premio IMSS de Calidad, y una vez alcanzado un grado de

Como consecuencia del subdesarrollo de la Gestión de calidad y de las políticas y gestión de recursos humanos en salud, se ha desatendido la posibilidad de reconocer el esfuerzo que los trabajadores y directivos operativos realizan en su tarea cotidiana, con esquemas innovadores y complementarios a los esquemas retributivos formales. Cuando existen incentivos, es frecuente que éstos estén invertidos y estimulen conductas de bajo desempeño.

Al tiempo que se evalúan los sistemas de incentivos que operan actualmente para identificar áreas de oportunidad de reorientación y rediseño, se establecerán sistemas alternos para reconocer y estimular a trabajadores, equipos de trabajadores y unidades de servicio.

homogeneidad y experiencia comparable, se propondrá el Premio Nacional de Calidad en Salud.

Como ejemplos de la manera de operar estas grandes actividades se describen las siguientes modalidades:

- a) Con el propósito de ofrecer reconocimiento a los individuos y grupos de trabajo que se destaquen en procesos de calidad, se diseñará un Sistema de Estímulos y Reconocimiento a la Mejora de Calidad (SER de Calidad) dirigido al personal directivo y operativo de los Servicios de Salud en las entidades federativas y de la Secretaría de Salud del nivel federal en primera instancia y una vez probado el sistema se propondrá a otras instituciones del sector para analizar conveniencia de integrar un programa sectorial.
Como parte de dicho Sistema, se propone desarrollar un Subprograma de Apoyo para el Desarrollo de Competencias, que consistirá en el pago de los derechos de inscripción y cuotas así como viáticos para asistir a actividades de educación formal, capacitación para el desempeño y capacitación para el desarrollo, tanto en el país como en el extranjero. Estas actividades podrán ser maestrías, diplomados, cursos de educación continua y congresos relativos a calidad.
- b) Otra modalidad de reconocimiento, serán las Estancias Breves Interestatales, con el propósito de que el personal directivo se fortalezca con experiencias que han tenido éxito en otras unidades aplicativas fuera de su entidad federativa y que puedan serle de utilidad para el desarrollo de los servicios en su propia localidad. Esta vía de apoyo, pretende además mejorar las habilidades gerenciales y el facultamiento del personal que toma decisiones.
- c) Partiendo de la experiencia generada con el premio IMSS de Calidad y la participación de Hospitales privados en Premios de Calidad, se promoverán este tipo de convocatorias en otras instituciones y organizaciones de salud, de manera inicial por separado y aproximadamente en 3 años explorar la posibilidad de unificar criterios y recursos para lanzar la convocatoria del Premio nacional de Calidad en Salud, con reconocimiento y estímulos a los trabajadores y recursos financieros a las Unidades ganadoras.
- d) Sistema de apoyo a la investigación operativa orientada a calidad, mediante el cual se financien estudios de investigación operativa que se propongan descripciones ó intervenciones para explorar ó resolver problemas de Calidad de los servicios de salud. Así se reconocerá a los directivos y trabajadores operativos interesados en sistematizar las intervenciones en materia de calidad a través de apoyos a sus proyectos; por otro lado se vincularía la investigación operativa y sus resultados con las decisiones directivas y se innovarán procedimientos de asignación y ejercicio de recursos financieros a las unidades al destinarse a las intervenciones que los trabajadores de la salud proponen y operan.
- e) En tanto se desarrollan las anteriores modalidades de incentivos, se realizará una cuidadosa evaluación de los sistemas que actualmente operan en las organizaciones e instituciones de salud para identificar necesidades de reorientación y rediseño de los mismos en acuerdo con las representaciones del personal, donde esto sea una condición formal, y posteriormente, respetando las particularidades de cada institución, analizar la posibilidad de establecer un sistema homogéneo y con un fondo financiero común.

*Sistemas de incentivos alternos:
Financiamiento en becas y gastos de traslado para eventos de capacitación en calidad tanto técnica como en dimensión interpersonal;
Estancias interestatales para conocimiento de intervenciones directivas y clínicas exitosas;
Premios institucionales de Calidad;
Sistema de apoyos a la investigación operativa orientada a calidad.*

Cómo mediremos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

Se identificará el número de entidades federativas que tiene establecido un Sistema de Estímulos y Reconocimiento a la Mejora de Calidad, así como el número de trabajadores que reciban estímulos al desempeño en procesos de calidad.

Se evaluarán los Estados que son receptores y los que favorecen el envío de directivos para las Estancias Breves Interestatales, a fin de identificar las unidades con mayor desempeño y favorecer su reconocimiento federal.

En 2 años deberá tenerse la propuesta de rediseño de los sistemas actuales de incentivos.

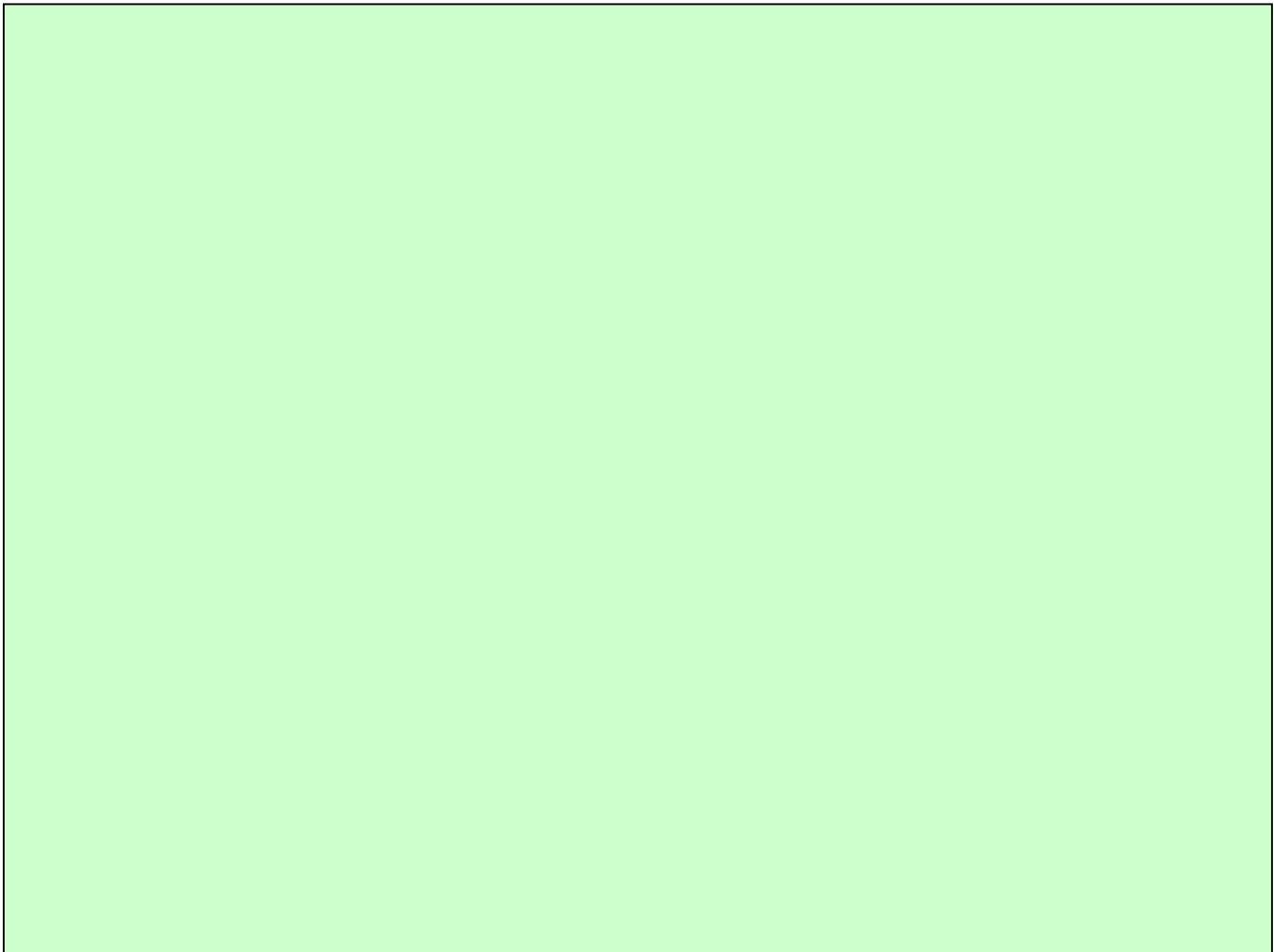
Por número de unidades de servicio participando en las convocatorias de Premios de Calidad por institución, puntajes promedios obtenidos y avances en esos puntajes cada año.

Proyectos innovadores por entidad federativa apoyados por el nivel federal y número de proyectos que han producido efectos fehacientes.

Protocolos de Investigación Operativa orientados a Calidad por entidad federativa, financiados por el nivel federal.

Investigaciones Operativas orientadas a Calidad, concluidas y publicadas.

Por resultados de estudios de Costo-beneficio y Costo-efectividad de las diferentes modalidades de reconocimiento y estímulo.



6. Estandarización de procesos

En dónde estamos

De acuerdo a evaluaciones previas sobre el desempeño en diferentes hospitales y unidades de primer nivel de atención de la propia Secretaría de Salud y de otras instituciones del Sector, existen evidencias sobre la amplia variación de criterios diagnósticos y terapéuticos para padecimientos iguales, lo cual permite inferir que se trata de procesos poco controlados y, en muchos casos, quizá de dudosa efectividad. Sobre este respecto, se desconoce el nivel de apego a procedimientos de atención para los cuales se cuenta con instrumentos técnico normativos como protocolos y guías de práctica clínica, así como las propias normas oficiales e internacionales que se han emitido a la fecha.

Por otro lado, si bien en algunas instituciones de la seguridad social algunos procesos clave de apoyo a la atención han sido estandarizados, lo cierto es que en su diseño no se ha tomado en cuenta la perspectiva de los usuarios de los servicios y, quizá, se ha soslayado la opinión de los propios profesionales de la salud. Tampoco se ha considerado la posibilidad de contar con el apoyo que proporcionen recursos tecnológicos de bajo costo que agilizarían su ejecución. Un problema aún más grave sobre este respecto, es que en el nivel sectorial aún prevalece gran variación en el diseño, cuando lo hay, y ejecución de este tipo de procesos. De este modo, la propia organización del servicio en las unidades médicas, el manejo de la información y el abasto de medicamentos e insumos, por citar sólo algunos ejemplos, en ciertas instituciones, y de manera más notoria en el ámbito privado, carecen de una adecuada estandarización que permita garantizar las condiciones indispensables para que la atención médica se proporcione en un ambiente seguro.

A dónde queremos llegar

Las instituciones del Sector contarán con una base técnico - normativa establecida con el consenso de representantes expertos en diversas áreas del saber médico. Esta base estará integrada principalmente por normas oficiales mexicanas, guías de práctica clínica y protocolos de atención, que permitirán orientar y evaluar, fundamentalmente, las actividades del personal médico y de enfermería en la atención a los padecimientos que, también de manera sectorial, se hayan identificado como prioritarios.

En el futuro próximo, se espera contar además con guías sectoriales para el diseño, ejecución y evaluación de los principales procesos de apoyo a la atención. Estas guías considerarán tanto la perspectiva de los usuarios, con lo que se pretenderá contribuir a garantizar el trato digno, como la tecnología y los recursos disponibles en el sector, con lo que se espera contribuir a mejorar el acceso, la oportunidad y la eficiencia de la atención.

Qué camino vamos a seguir

Es necesario que las instituciones del Sector, de manera coordinada, identifiquen los principales problemas de salud de la población, para los cuales se requiera del establecimiento de una base técnico normativa, así como del desarrollo de los mecanismos para garantizar su difusión y cumplimiento tanto en lo que se refiere a los aspectos propiamente médicos y clínicos de la atención en las unidades médicas, como respecto a las actividades de apoyo a los mismos.

Existen evidencias sobre la amplia variación de criterios diagnósticos y terapéuticos para padecimientos iguales, lo cual permite inferir que se trata de procesos poco controlados y, en muchos casos, quizá de dudosa efectividad.

Existen evidencias Se contará con una base técnico normativa que permitirá orientar y evaluar las actividades del personal médico, así como de los principales procesos de apoyo a la atención

Será clave la coordinación sectorial para la identificación de las actividades clínicas y los procesos de apoyo para los cuales se requiera una base técnico normativa.

En cuanto a la atención médica, se actualizarán las Normas Oficiales Mexicanas emitidas hasta ahora siguiendo el procedimiento definido en la Ley Federal de Metrología y Normalización, y de acuerdo con los lineamientos que establezca la Comisión Federal para la Mejora Regulatoria (COFEMER), con lo cual se garantiza la participación de expertos provenientes de las principales instituciones, así como del ámbito privado.

A través del consenso se desarrollarán y difundirán Guías de Práctica Clínica y protocolos de atención para los padecimientos prioritarios, que deberán ser conocidos y aplicados tanto por el personal de base como por el personal en formación. Para evaluar su nivel de cumplimiento, de manera sectorial se diseñarán instrumentos y procedimientos de fácil aplicación y procesamiento, con lo cual se pretende fortalecer la capacidad para la gestión clínica de la calidad de la atención por parte de los directivos de las unidades médicas.

En la misma línea de establecimiento de consensos y coordinación sectorial, se desarrollarán y difundirán Guías para el diseño, ejecución y evaluación de procesos de apoyo a la atención, en las cuales se podrá apoyar la gestión directiva de la calidad. Estas guías se basarán en experiencias institucionales que hayan demostrado ser de utilidad para establecer mínimos de garantía en la oportunidad y eficiencia al proporcionar los servicios, y se verán enriquecidas al reorientarlas considerando la perspectiva de los usuarios y las posibilidades que ofrezcan los recursos y la tecnología disponibles en el sector.

A través de un sistema de evaluación comparativa de referencia (*benchmarking*) se fomentará la identificación de las mejores prácticas, tanto en los procesos de atención como en los procesos de apoyo, con el fin de que los directivos tengan disponible información que les permita orientar la toma de decisiones hacia el desarrollo de condiciones que hayan demostrado mayor efectividad.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

El Equipo Consultor Sectorial desarrollará instrumentos y procedimientos que permitan conocer y dar seguimiento al grado de avance en el logro de las metas que a continuación se presentan:

- Para el año 2006, por lo menos el 80% de los médicos que laboran en unidades del primer nivel y el 90% de los que laboran en hospitales conocen y aplican las guías clínicas para los principales padecimientos de acuerdo con el perfil epidemiológico.
- Para el año 2006, por lo menos el 80% del personal de enfermería que labora en unidades del primer nivel y el 90% del personal de enfermería que labora en hospitales conocen y aplican las guías clínicas para los principales padecimientos de acuerdo con el perfil epidemiológico.
- Para el año 2006, el 100% de los hospitales, así como el 80% de las unidades del primer nivel atención de las instituciones de seguridad social y asistencia llevan a cabo los procesos críticos de atención y de apoyo a la atención según los manuales correspondientes (avalados sectorialmente).

Se diseñarán Guías de Práctica Clínica y protocolos de atención contando con el consenso de expertos del Sector.

7. Monitoreo de resultados

En dónde estamos

Los sistemas que a la fecha existen para llevar a cabo el monitoreo de la calidad en la prestación de los servicios de salud presentan cuatro problemas principales: su incipiente desarrollo, la diversidad de los aspectos evaluados, la irregularidad en su aplicación y la falta de vinculación con la toma de decisiones directivas.

La información disponible hace suponer que la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social han sido las instituciones que más recursos han invertido para desarrollar sistemas institucionales para la evaluación y monitoreo de la calidad de la atención. En la Secretaría de Salud, el sistema se aplicó en 28 entidades federativas entre 1997 y el año 2000 para obtener una evaluación basal. Sólo en un par de estados han repetido la evaluación con el propósito de determinar el impacto de algunas acciones de mejora realizadas, sin que esto signifique el uso sistemático de los instrumentos en el nivel de las unidades de atención.

Si acaso, es en el IMSS donde la aplicación de instrumentos para evaluar el nivel de calidad ha sido más sistemática (más en los niveles central y delegacional que en el de las unidades) y donde se han llevado a cabo algunas experiencias para vincular los resultados obtenidos a la toma de decisiones directivas en el nivel delegacional y de unidades de atención. Sin embargo, la experiencia dista mucho de haberse institucionalizado.

Además de los casos de la Secretaría de Salud y del IMSS, otras instituciones como el ISSSTE, los Servicios Médicos de PEMEX y algunos hospitales del sector privado, entre otros, se han propuesto contar con un sistema que les permita identificar el nivel de calidad de la atención. Aunque predomina la tendencia a enfocarse en la realización de encuestas de satisfacción de los usuarios, lo cierto es que ya se percibe como una necesidad el contar con información referida a la dimensión técnica. El problema radica en la gran diversidad de aspectos evaluados, lo cual se refleja en los respectivos instrumentos y procedimientos, e imposibilita la comparación entre instituciones.

En todos los casos destaca la necesidad de asegurar que los directivos de las unidades de atención comprendan la necesidad y la lógica de la medición y basen sus decisiones de mejora en los resultados obtenidos. Persiste la idea de recopilar datos para que sean reportados a instancias superiores en las respectivas instituciones.

A dónde queremos llegar

Se contará con un Sistema Sectorial para el Monitoreo de la Calidad de los Servicios de Salud, basado en un conjunto mínimo de indicadores, tanto de trato digno como de atención médica efectiva, que estarán incorporados en los sistemas institucionales. Es indispensable que los indicadores seleccionados para integrar el sistema estén vinculados a los programas prioritarios del Sector (por ejemplo, "Arranque Parejo en la Vida", "Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas", "Atención al paciente afectado por VIH - SIDA", entre otros) y de las instituciones que lo componen. Sólo de este modo se podrá garantizar la toma de decisiones orientada a la mejora de la calidad por parte de los directivos de todos los niveles.

Los datos del Sistema Sectorial para el Monitoreo de la Calidad de los Servicios de Salud estarán disponibles para cualquier usuario en la Internet. Para ello se contará

Existen cuatro problemas principales en relación con el monitoreo de la calidad: desarrollo incipiente de sistemas institucionales, diversidad de aspectos evaluados, irregularidad en su aplicación y falta de vinculación con la toma de decisiones directivas.

con una base de datos de acceso restringido, alimentadas desde las unidades operativas (o las jurisdicciones sanitarias), a fin de que el primer usuario de la información sea el directivo de la unidad en donde ésta se produce. El mismo sistema mostrará tablas y gráficos de comparación que favorezcan la evaluación comparativa de referencia (*benchmarking*), entre las diferentes instituciones del sector. Este sistema permitirá hacer más ágil el análisis de la información en el nivel federal y obtener “Informes de Desempeño” accesibles a autoridades e interesados en donde también se cuente con el aval social.

Qué camino vamos a seguir

El primer paso será establecer el procedimiento mediante el cual se definirán, de manera sectorial y consensuada, una serie de indicadores y estándares de calidad técnica e interpersonal. La vinculación con los programas prioritarios del sector y de las instituciones es decisiva en este primer momento. De acuerdo con la premisa estratégica "priorización 20/80", se proponen las siguientes categorías de indicadores, que deberán ser analizadas, especificadas y sometidas a consenso, con la idea de obtener un impacto del 80% en el nivel de calidad del sistema al enfocar la atención en el 20% de las situaciones que viven los pacientes y las organizaciones de atención a la salud y que pueden verse afectadas por una calidad deficiente. Los indicadores que sean finalmente seleccionados se irán probando e implantando de manera paulatina para asegurar la factibilidad de su medición y su confiabilidad.

La definición consensuada y sectorial de indicadores de calidad, basados en los programas prioritarios del sector y las instituciones, contribuirá a garantizar su aplicación en las unidades de atención.

MAPA DE LOS 50 INDICADORES PROPUESTOS

	Primer Nivel	Hospitales	Ambos
Trato Digno	1. Surtimiento de Recetas 2. Relación citas - fichas	12. Tiempo de espera para recibir atención en el servicio de urgencias 13. Diferimiento quirúrgico 14. Amabilidad del personal en recepción 15. Consentimiento informado	25. Tiempo de espera para recibir cita 26. Tiempo de espera para recibir consulta 27. Satisfacción con la amabilidad del personal en recepción 28. Satisfacción con la Información a pacientes sobre diagnóstico y tratamiento 29. Confidencialidad en el manejo de información 30. Satisfacción comparativa con otros servicios de la comunidad
Atención Médica Efectiva	Cumplimiento de estándares de: 3. Atención Prenatal 4. Manejo de EDA en menores de 5 años 5. Manejo de IRA en menores de 5 años 6. Manejo de la desnutrición infantil 7. Manejo de Diabetes 8. Manejo de Hipertensión arterial 9. Detección oportuna del CaCu 10. Detección oportuna de Ca de Mama 11. Eventos centinela	Cumplimiento de estándares de: 16. Cesáreas 17. Manejo de Infarto del miocardio 18. Manejo de las 3 causas más frecuentes de Internamiento 19. Infecciones nosocomiales 20. Errores en ministración de medicamentos 21. Complicaciones postquirúrgicas 22. Muerte postoperatoria temprana (48 hrs.) 23. Mortalidad hospitalaria 24. Reingresos	31. Mortalidad materna 32. Expediente clínico completo
Estructura de las Organizaciones			Grado de: 33. Limpieza 34. Suficiencia de insumos 35. Suficiencia de recursos humanos 36. Satisfacción de prestadores 37. Mantenimiento de equipos 38. Mantenimiento de inmueble 39. Seguridad de instalaciones 40. Continuidad de sistemas de mejora 41. Mejoras sustantivas verificables 42. Ahorros derivados de procesos de mejora
Estructura del Sistema			43. Variación de Indicadores entre estados 44. Variación de Indicadores entre sectores 45. Variación de Indicadores entre Instituciones 46. Continuidad de la atención entre niveles 47. Unidades certificadas por nivel de certificación 48. Unidades recertificadas 49. Personal certificado 50. Profesionalización de alta dirección

Fig. 19. Indicadores propuestos para evaluar durante el desarrollo de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. *Equipo Consultor Sectorial.*

Habiendo establecido los indicadores mínimos, se diseñarán y probarán los instrumentos y procedimientos correspondientes. La aplicación de dichos instrumentos y el análisis de los resultados que se obtengan deberán ser coordinados por el los comités estatales de calidad en cada entidad federativa, siempre con la intención de que la información sea utilizada, en primera instancia, en el sitio en el que ésta es generada. El Equipo Consultor Sectorial se encargará de concentrar la información de todo el país y ponerla a disposición de los interesados, de manera controlada, en páginas electrónicas que permitan la comparación fácil y la identificación de las instituciones y lugares en que se han obtenido los mejores resultados.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

El Equipo Consultor Sectorial desarrollará instrumentos y procedimientos que permitan conocer y dar seguimiento al grado de avance en los indicadores el logro de las metas que a continuación se presentan:

- Grado de mejora revelada por los indicadores.
- Número de informes mensuales por entidad federativa del grado de avance de cada uno de los indicadores seleccionados.
- Evaluación y monitoreo del uso de Guías de Práctica Clínica en cada una de las unidades de salud del país.
- Creación de una Hoja Electrónica sobre y para la Calidad.
- Creación de un boletín trimestral de difusión nacional que informe y difunda los avances de la Cruzada.
- El 100% de los hospitales, así como el 80% de las unidades del primer nivel atención de las instituciones de seguridad social y asistencia realizan la monitoría de los indicadores definidos sectorialmente con base en los programas prioritarios.
- El 80% de las unidades de primero y segundo nivel de las instituciones de seguridad social y asistencia cumplen los estándares de calidad establecidos para índices e indicadores críticos definidos sectorialmente (tiempos de espera, información al usuario, cumplimiento de la normatividad)

8. Certificación de individuos y organizaciones

En dónde estamos

La certificación de las competencias de los profesionales de la salud, y su actualización periódica, así como la de los establecimientos de prestación de servicios de salud, aunque están establecidas en nuestro país, son aún insuficientes en su desarrollo y en la cobertura lograda hasta la actualidad

La certificación de profesionales de la salud tiene en el país avances heterogéneos, ya que si bien para el caso de la certificación de médicos especialistas se ha dado un impulso importante en los últimos años, el caso de la certificación de competencias de los médicos generales es insuficiente y complejo en la actualidad, ubicándose en una posición intermedia la certificación de profesionales de Enfermería que ha iniciado un impulso importante a partir del Sistema Nacional de

La certificación de profesionales de la salud tiene avances heterogéneos en el país. El mayor avance se identifica entre los Médicos especialistas, sin embargo el carácter voluntario de la certificación resulta un límite al proceso y un riesgo para los pacientes que son atendidos por esa proporción de médicos. Enfermería inicia un proceso sólido y el reto mayor está en la certificación de Médicos Generales.

Acreditación y Certificación de Enfermería, con la participación de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, el Colegio Nacional de Enfermeras y la Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de enfermería

La certificación de médicos especialistas ha contado, para su desarrollo cuantitativo y cualitativo, con el respaldo de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía, de los Consejos de Especialidad, quienes impulsan este proceso que por su carácter voluntario puede presentar dificultades en el futuro, cuando la recertificación sea la estrategia de acreditación e incluso para poder continuar avanzando en la certificación al ritmo tan impresionante que se observó en los últimos años en que se logró una certificación del 70% de los médicos especialistas del país.

Año	No. de Consejos de Especialidad	No. de médicos certificados
1990	42	22,399
1993	43	28,272
1996	44	48,424
1998	44	50,354
2000	47	59,064

Fuente: Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, *Relación de Consejos de Especialistas con reconocimiento de idoneidad y médicos certificados*, México, 1990, 1993, 1996, 1998, 2000.

Año	Porcentaje de médicos especialistas certificados	Total de médicos especialistas
1996	60.6	70,000
1998	64.0	80,000
2000	70.0	85,000

Fuente: Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, *Relación de Consejos de Especialistas con reconocimiento de idoneidad y médicos certificados*, México, 1996, 1998, 2000.

Figs. 20 / 21. Consejos de especialidad y porcentaje de médicos especialistas certificados hasta el año 2000.

Para el caso de la certificación de establecimientos proveedores de servicios de salud, solo se ha avanzado en lo referente a hospitales de manera formal en los años 1999 y 2000. Sin embargo, los resultados de esa primera etapa no han sido satisfactorios en el desarrollo del propio proceso, su cobertura y su impacto en la calidad de los servicios. En esos dos años, se evaluaron menos del 14% del total de hospitales registrados en el país y se certificaron 425 que representan aproximadamente el 11% del universo a certificar. En este proceso se presentaron dos problemas: el enfoque parcial del modelo de certificación, que puso mayor

La certificación de establecimientos de salud se limita a Hospitales. Durante 1999 y 2000 se certificó a menos del 11% del universo. El proceso requiere mejoría para incrementar su cobertura, mejorar el enfoque y resolver problemas de confiabilidad y transparencia.

énfasis en la estructura, y la gran cantidad de unidades hospitalarias pequeñas del sector privado que difícilmente pueden aspirar a ser certificadas debido a sus limitaciones inherentes. Otro problema a resolver es el de la confiabilidad y transparencia del proceso opacadas por las irregularidades detectadas en su primera etapa.

A dónde queremos llegar

Para el caso de la certificación de profesionales de la salud se propone alcanzar una cobertura máxima en las diferentes categorías, de tal forma que se disminuyan los riesgos de error en la atención a los pacientes. Los procesos de certificación serán sólidos, transparentes y con esquemas que realmente garanticen que se está acreditando que el profesional tiene las competencias necesarias para un desempeño clínico adecuado, que se traduzca en una mejor calidad técnica en la atención. Deberán resolverse las situaciones legales y jurídicas que lleven progresivamente a la obligatoriedad de la certificación y la recertificación, ya que si bien la voluntariedad que hasta hoy ha caracterizado al proceso es muy loable y conveniente en términos de cultura de calidad, es responsabilidad del Estado para con la sociedad el asegurar que la atención a la salud se dé en las mejores condiciones y con los menores riesgos para los pacientes, por lo que deben existir medios e instrumentos legales para que se garantice que el personal de salud tiene competencias actualizadas.

El proceso de certificación de establecimientos prestadores de servicios de salud, estará reorientado tanto en su modelo como en la metodología de aplicación del mismo en las unidades médicas del país. El enfoque del modelo deberá estar centrado en el paciente e incluirá criterios que no solo evalúen las características estáticas de la estructura sino que deberán evaluar procesos y resultados de los servicios que se prestan a los pacientes y sus familiares. El proceso de certificación buscará no solo evaluar sino también impulsar la utilización de los resultados de la evaluación por diferentes niveles de decisión para comprometer a las organizaciones con las expectativas y necesidades de los pacientes, neutralizando ó resolviendo aquellas debilidades ó variables que ponen en riesgo a los pacientes.

El fin último de los procesos de certificación tanto de profesionales como de establecimientos, será la seguridad de los pacientes y el aseguramiento de la Calidad en la atención.

Qué camino vamos a seguir

- Respaldo a los procesos actuales de certificación de médicos especialistas y personal de enfermería. Promoción de consensos entre organizaciones de diferentes tipos de profesionales de la salud y organizaciones académicas para lograr sinergias en el impulso a la re-certificación.
- Promover acuerdos entre organizaciones de médicos generales y entre ellos y las organizaciones académicas para regularizar los procesos de certificación en este importante grupo de profesionales de la salud.

Se consolidarán los procesos de certificación de profesionales que operan actualmente, mejorando las coberturas y los acuerdos entre organizaciones académicas y de profesionales. Además se explorarán las posibilidades legales y jurídicas para avanzar hacia la obligatoriedad de la Certificación y re-certificación para disminuir los riesgos en la atención a los pacientes.

El Consejo de Salubridad General generará un nuevo modelo para la Certificación de establecimientos, cuyos criterios estarán enfocados en la atención al paciente. Se impulsará la utilización de los resultados para la toma de decisiones en el sistema, orientados a resolver las situaciones que se identifiquen. El sistema de certificación se ampliará a otro tipo de establecimientos de atención a la salud.

- Impulso de acuerdos con la Secretaría de Educación Pública para avanzar en las situaciones legales y jurídicas que enmarquen la obligatoriedad de la certificación y recertificación de profesionales.
- En tanto esto se concreta, impulso a acuerdos entre instituciones reclutadoras de personal profesional en salud para que la certificación sea un requisito de contratación. Los sistemas de incentivos y las promociones pueden también considerar la condición de certificación como un criterio.
- El Consejo de Salubridad General a través de la Comisión Nacional de Certificación de Establecimientos Prestadores de Servicios de Salud, generará un nuevo modelo para la certificación de hospitales y posteriormente para la de unidades de consulta externa, Centros de transplantes, de transfusión sanguínea y de unidades de servicios de imagenología. Los criterios de certificación estarán centrados en el paciente, sus expectativas y necesidades.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

Con el porcentaje de los hospitales de las instituciones de seguridad social y asistencia, y del sector privado que son certificados.

Por medio del porcentaje de los profesionales de la salud certificados o recertificados en el período 2002 - 2006

9. Racionalización estructural y regulatoria

a) Racionalización estructural

En dónde estamos

México vive un momento coyuntural en donde los acontecimientos económicos a nivel mundial tienen un impacto negativo en el crecimiento de los presupuestos destinados a los servicios de salud, lo que dificulta la inyección de nuevas inversiones para el desarrollo tecnológico y de infraestructura que demandan las emergentes necesidades de atención de la población. Estas nuevas necesidades de atención están, a su vez, determinadas por las transiciones demográfica y epidemiológica lo cual genera nuevas exigencias en las formas de organización y funcionamiento de las unidades médicas. Una de tales exigencias es la búsqueda del mejor aprovechamiento posible de la estructura existente para la prestación de servicios de salud. La creciente falta de recursos ha despertado la conciencia de directivos y autoridades sobre aspectos que antes eran soslayados. Por ejemplo, la saturación de algunos centros hospitalarios y la sobrecarga de trabajo están dejando de ser un argumento contra la participación en acciones para la mejora de la calidad, pues con el tiempo ha quedado en evidencia que se trata más de un problema de distribución y organización de los servicios, y no tanto un problema de insuficiencia de recursos.

Si bien se reconoce la necesidad de fortalecer el Sistema de Salud buscando mayor financiamiento, también es cierto que los recursos disponibles en la actualidad no están siendo aprovechados al máximo. Es necesario cerrar la brecha entre el nivel de calidad observado y el nivel de calidad esperado para la estructura existente.

Consideremos tres situaciones que ilustran este problema:

- Mientras algunos centros hospitalarios se enfrentan a una excesiva demanda que rebasa su capacidad para proporcionar atención digna y efectiva, en otros

el problema, por el contrario, es la subocupación. Baste decir que, en el país, el porcentaje de ocupación hospitalaria promedio es de 58%.

- De igual forma, contrasta la heterogénea demanda de la consulta médica general, con un promedio nacional de ocho consultas por día/médico, cuando en algunas unidades este promedio es de 40 consultas, en tanto que en algunas unidades este promedio no llega a ser de dos consultas por día/médico
- Aún más preocupante es el promedio nacional de 2.6 consultas por día/médico para las consultas de especialidad.

Estas cifras están por debajo de los estándares internacionales, ponen en tela de juicio la tesis sobre la capacidad rebasada de las unidades médicas y se relacionan con una la distribución inequitativa de los recursos existentes.

En conclusión, podemos asegurar que existe una brecha entre el nivel de calidad esperado de acuerdo con el nivel de inversión actual, y el nivel de calidad observado.

Lo anterior no significa que se desconozca la necesidad de fortalecer la estructura desde el punto de vista financiero. Sin embargo, se tiene la certeza de que, con los recursos disponibles actualmente, en la medida de su racionalización, es posible generar mejoras sustanciales tanto en el otorgamiento del servicio como en la calidad del mismo.

A dónde queremos llegar

A reducir la brecha existente entre los costos generados por el otorgamiento de los servicios públicos médico - asistenciales y la calidad esperada para dichos costos.

A propiciar la eficiencia de la atención médica privilegiando a las acciones preventivas para contribuir a los propósitos relacionados con la protección financiera y se eviten gastos catastróficos.

A garantizar que los servicios respondan a la demanda potencial de la población no asegurada y sean capaces de readecuar sus procesos cuando se requiera.

Que camino vamos a seguir

Analizar la estructura actual y confrontarla con la demanda potencial de la población no asegurada.

Reorganizar los servicios y promover la reubicación del personal operativo de las unidades médicas.

Propiciar la identificación de "fuentes" de dispendio de recursos con el fin de eliminarlas.

Promover el análisis y la eliminación de las causas de ausentismo.

Monitorear la aplicación "eficiente" de los recursos para el desarrollo de las actividades.

Contribuir al desarrollo de la gestión directiva de los recursos.

El desarrollo y aplicación de sistemas para evaluar el cumplimiento de estándares de utilización de los servicios será clave para que los comités estatales de calidad cuenten con una base sólida para proponer soluciones sectoriales.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

Mediante el número de comités estatales de calidad que incluyen en su agenda la discusión de problemas estructurales que puedan ser solucionados en forma sectorial.

Se promoverá el cálculo de estándares de utilización de servicios, considerando condiciones locales e institucionales, y se tomará en cuenta el porcentaje de unidades que los cumplen.

b) Racionalización regulatoria

En dónde estamos

La protección de la salud en México es un derecho constitucional y la regulación sanitaria constituye una de las acciones fundamentales del Estado para materializarlo en los tres órdenes de gobierno. Para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud se ha requerido la emisión de la Ley General de Salud, sus Reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas, buscando evolucionar del paradigma del control y vigilancia, hacia el de regulación y fomento sanitario, con el objeto de reforzar y mejorar por un lado la capacidad de la sociedad de auto regularse y vigilar su cumplimiento, y por el otro, establecer los mínimos de calidad, oportunidad y eficiencia que deben alcanzar los productos, insumos, bienes y servicios que se otorgan a la población.

La regulación es la base legal que fundamenta las acciones de control y fomento sanitarios; control entendido como el conjunto de actos de autoridad que ejercen las instancias sanitarias con el fin de verificar el cumplimiento de la regulación, en tanto que el fomento es el conjunto de medidas gubernamentales para promover la divulgación y el cumplimiento de las disposiciones sanitarias poniendo énfasis en el convencimiento a su cumplimiento.

Para fines prácticos y de manera convencional, las Normas Oficiales Mexicanas se clasifican en cinco grupos conforme al siguiente cuadro (en el que se señala el número de normas publicadas):

CLASIFICACIÓN	NUMERO
Especificaciones de insumos, bienes y productos	132
Arquitectura e Ingeniería Sanitaria.	3
Organización y funcionamiento de establecimientos de atención médica, incluyendo la organización de residencias médicas.	8
Criterios de actuación ante problemas de salud pública.	15
Aspectos relevantes y complementarios de la atención en salud.	12
TOTAL	170

Fuente: Diario Oficial de la Federación.

Debemos reconocer que la actual regulación enfrenta diversos retos entre los que destacan la necesidad de una mayor difusión, la posibilidad real de vigilar su cumplimiento, el reconocimiento de la sociedad de que los instrumentos regulatorios llevan implícito la mejoría de la calidad, la falta de procedimientos

Por medio de la Regulación Sanitaria se busca asegurar el mínimo de condiciones que garanticen calidad en la atención a la salud.

Existen actualmente varios retos:

- *Difusión insuficiente*
- *Limitaciones para la vigilancia y control.*
- *Insuficiente reconocimiento de la relación entre regulación y calidad.*
- *Percepción de regulación excesiva en contraste con vacíos normativos*

sistematizados que pongan de manifiesto que la intencionalidad de la regulación alcanza sus propósitos en beneficio de la salud de la población y la percepción, muchas veces legítima, de una regulación excesiva o innecesaria en contraste con vacíos de normatividad que no responden aún a las necesidades, expectativas y demandas de la sociedad y de los prestadores de los servicios, aun cuando toda norma es objeto de revisión en un periodo máximo de cinco años posterior a su emisión para ser actualizada o suprimida.

A dónde queremos llegar

Pretendemos con una regulación moderna y racional favorecer que la sociedad pueda auto regularse, que la normatividad sea efectivamente una garantía de calidad en beneficio de la salud de la población, que su difusión genere conocimientos que induzcan acciones de mejora en la producción de bienes, servicios, insumos y productos, para que los habitantes del país gocen de servicios de salud caracterizados por su calidad, eficiencia y oportunidad, en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

Qué camino vamos a seguir

- Clarificar del sentido de las normas.
- Establecer criterios para determinar lo que debe ser normado.
- Simplificar y modernizar los trámites ante la Secretaría de Salud, en tanto autoridad sanitaria, formalizando controles de registro oportunos y confiables y estableciendo indicadores de eficiencia y estándares de calidad en el servicio.
- Depurar las normas existentes.
- Orientar la normalización hacia aspectos de orden general por constituirse en riesgos para la salud, problemas de salud pública o cumplimiento a lo que obliga ordenamientos superiores como son la Ley General de Salud y sus Reglamentos, ampliando la participación de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.
- Evitar normar aspectos que atentan contra la libertad prescriptiva y el uso de avances tecnológicos en la práctica médica, sin descuidar reducir riesgos para el paciente.
- Desplegar e instrumentar las acciones necesarias para fortalecer la descentralización de la verificación médico sanitaria en favor de las entidades federativas, profesionalizando la actividad e implantando sistemas de precedentes que sustenten la aplicación de medidas de seguridad y sanciones.
- Disminuir tiempos de espera para la resolución de los actos de autoridad, informado a los comparecientes con amabilidad, sujetando el proceso en todas sus etapas al Programa de Transparencia y Combate a la Corrupción de la Administración Pública.

Cómo medimos los avances

(Ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V)

Para evaluar la eficiencia de la gestión se operarán indicadores estratégicos, de productividad y de impacto. Los primeros para conocer el porcentaje de establecimientos de atención médica que cumplen con la normatividad, los segundos para conocer la relación entre lo que se programó regular y lo que se alcanzó durante el periodo de tiempo determinado, y los terceros, conociendo el

Se pretende con una regulación moderna y racional favorecer que la sociedad pueda auto regularse, que la normatividad sea efectivamente una garantía de calidad en beneficio de la salud de la población, que su difusión genere conocimientos que induzcan acciones de mejora

efecto que la regulación logra tener en la mejoría de la calidad técnica y percibida de los servicios de salud.

10. Participación Social

Para fortalecer la acción ciudadana en las decisiones democráticas de los procesos sociales, como lo es la atención a la salud con calidad, se propone la Estrategia de Validación Ciudadana de la Información de Resultados de la Calidad en Salud para su operación en el seno de los Consejos Estatales de Calidad de las entidades federativas, como una iniciativa que permita legitimar los datos obtenidos durante el monitoreo de indicadores y como una oportunidad de reconocer el carácter público del interés ciudadano para que se mejore significativamente la calidad de los servicios de salud.

El aval ciudadano según sus raíces latinas proviene de (aval, *vallem*, *firmar un escrito para responder ante la conducta de otros* y ciudadano, de *civitas*, *atis* adjetivo aplicado a los habitantes del Estado a ejercer sus derechos políticos), por lo que AVAL CIUDADANO se entenderá como un llamado a las personas de una o varias organizaciones reconocidas moral y socialmente para ejercer un acto de derecho ciudadano en el que mediante su participación y a través de un escrito firmado, se valide la información de resultados del monitoreo de indicadores de calidad que presentan las instituciones que integran los Comités Estatales de Calidad en Salud, generando de esta manera transparencia y confiabilidad en la información institucional. Desde esta perspectiva el desarrollo social y democrático en materia de salud, es una responsabilidad compartida entre el Estado y la ciudadanía en la que la participación social no se considera participación ciudadana hasta en tanto no se relaciona con actividades públicas, como lo es el desarrollo de la calidad de los servicios de salud.

La participación ciudadana debe reflejarse en todos los ámbitos de la acción social, y uno de ellos es la atención a la salud, que mediante la Cruzada por la Calidad, propone desarrollar un cambio significativo de los servicios de salud, que se expresa claramente en la Visión que se tiene para el año 2006 en la que: ***“La calidad se reconoce explícita y fehacientemente como un valor de la cultura organizacional del sistema de salud, y existen evidencias confiables de mejoras sustanciales a través de todo el sistema que son percibidas con satisfacción por los usuarios de los servicios, por la población en general y por los prestadores de los servicios”***. La Cruzada por tanto reconoce la importancia de la participación ciudadana en la construcción del cambio hacia la calidad de los servicios de salud y de allí su preocupación e interés de contar con el aval ciudadano.

Para lograr lo anterior es necesario transitar del modelo tradicional de atención médica en el que “cantidad es calidad y el paciente es un ente pasivo que debe aceptar cualquier tipo de servicio que se le brinde”, hacia el nuevo paradigma orientado a la calidad y eficiencia, en dónde se hace imprescindible que el Sistema de Salud desarrolle conjuntamente con la sociedad valores y acciones que pongan de manifiesto “la participación amplia de todos los posibles involucrados” para

Se plantea la participación de la ciudadanía a través de la intervención de organizaciones sociales que validen los resultados que el sistema de monitoreo vaya generando en las unidades en cada entidad federativa. Con ese propósito, estas organizaciones participarán en los Comités Estatales de Calidad.

“La participación social no se considera participación ciudadana hasta en tanto no se relacione con actividades pública” como es el desarrollo de la calidad en los servicios de salud.

ejercerlas en la construcción de la cultura de calidad con sentido ético, democrático y humano.

La implantación y desarrollo de la Estrategia de Validación Ciudadana se asume como un reto pero sobretudo como una oportunidad de integrar al trabajo del equipo de salud, la opinión de la ciudadanía para que mediante un diálogo franco entre los servicios de salud y los grupos sociales, tales como asociaciones gremiales, grupos institucionales, representantes de organizaciones sociales, etc., se desarrolle el proceso de acción-reflexión sobre la calidad de los servicios a partir de los resultados y dificultades del trabajo y esfuerzo desarrollado por las instituciones del Sector Salud, para lograr el cambio propuesto.

VALIDACIÓN CIUDADANA

¿Qué es y qué no es una organización ciudadana que valida la información del monitoreo de indicadores de calidad en salud, en los Comités Estatales de Calidad?

Legitimidad y representatividad social. Es un grupo de ciudadanos que pertenecen a una organización social independiente al sector salud, y es reconocida moral y socialmente en cada Estado del País. Colabora en forma independiente con El Consejo Estatal de Calidad de los Servicios de Salud de cada entidad federativa, a partir de su adecuada interpretación de las preocupaciones de los miembros de su organización con relación a la calidad de servicios de salud.

Neutralidad política. La organización participante no requiere tener una filiación partidista específica, ya que tanto ésta como el Comité Estatal de Salud, suponen su existencia, pero si no la tienen no es relevante, debido a que su participación es independiente a dicha filiación ya que su preocupación ciudadana solamente es la de contribuir a integrar el interés de las instituciones responsables por la calidad de los servicios de salud, con las demandas sociales de la población en este aspecto, con lo que ayudarán a generar conocimiento cívico e institucional en el país.

Vocación de servicio. No es un grupo de amigos o una organización lucrativa que desea participar para obtener un salario o recompensa, ya que consideran su participación como un servicio a la sociedad a través de validar la información de las instituciones de salud como una muestra de la confianza básica que se les reconoce y no como un servicio que deben cobrar a la sociedad a la que presuntamente sirven.

Capacidad técnica para participar o para desarrollarla. Es una organización ciudadana que desde su ámbito de origen, educación, cultura, etc., le preocupa e interesa colaborar con las instituciones de salud que promueven el cambio hacia la calidad, debido a su preocupación por estos problemas en el país y desea aprender y colaborar para vencer los retos actuales.

Participación activa. No es una organización que realiza una gestión burocrática para cumplir con una estrategia, por lo contrario es un grupo de ciudadanos activos y flexibles capaces de generar opinión para contribuir al cambio. Por lo que se constituyen en un mecanismo de comunicación ágil, simplificado y transparente,

Características de las organizaciones sociales que validarán los resultados de la cruzada :

- *Legitimidad y representación social*
- *Neutralidad política*
- *Vocación de servicio*
- *Capacidad técnica*
- *Participación activa*
- *Responsabilidad finita*
- *No será juez ni auditor*
- *Sí será un censor y vínculo ciudadano con el sector salud.*

mediante el cual se difunden los resultados a los ámbitos y posibilidades de su competencia, contribuyendo así a mantener un dialogo entre las instituciones de salud y la ciudadanía.

Responsabilidad finita. Es una organización que establece compromisos responsables con el Comité Estatal de Calidad en su estado, para colaborar dentro de un periodo finito, previamente definido, para permitir la participación de otras organizaciones interesadas en colaborar para mantener la transparencia y confiabilidad de la información en el área de monitoreo de la calidad de los servicios de salud.

Validación ciudadana: La organización responsable de la validación no es un juez ni un auditor que dude de lo que ha realizado o realiza el Sector Salud, sino que es un sensor y vínculo ciudadano que contribuye por un lado, a interpretar la necesidad ciudadana de contar con información transparente sobre la calidad de la atención y por el otro a mejorar la confianza en las instituciones de nuestro país a través de la validación como ejercicio de derecho ciudadano.

PROPÓSITO

Crear un espacio de participación ciudadana que vigorice a la sociedad civil dentro de los procesos democráticos, en el que se pueda mantener una franca comunicación entre las instituciones de salud y la población sobre los resultados del proceso de cambio hacia la calidad de los servicios de salud, para generar un aprendizaje conjunto que permita comprender como se va generando el cambio y para tomar decisiones responsables sobre el mejoramiento de la calidad a través del acceso a la información oportuna y transparente.

OBJETIVOS

1. Contar con la validación ciudadana de los datos obtenidos como resultado del monitoreo de los indicadores propuestos en la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de salud, para legitimar ante la sociedad civil los avances logrados en cada entidad federativa.
2. Proveer de información transparente a la sociedad sobre los resultados del monitoreo de indicadores de calidad técnica y trato digno, mediante la participación de organizaciones de representación social para que una vez que se validen los datos, se utilicen los mecanismos disponibles para la difusión de resultados, cumpliendo de esta manera con la rendición de cuentas ante la ciudadanía.

Con el aval social se legitiman los resultados de la cruzada y se neutraliza la inercia de simulación en el sistema, a la vez que se provee de información transparente a la sociedad y se cumple con la política de rendición de cuentas a la ciudadanía.

METODOLOGÍA

La metodología de validación ciudadana, forma parte del sistema de monitoreo de indicadores de calidad de los servicios de salud, que se desarrollará como un proceso de acción-reflexión-acción a partir de los resultados del monitoreo de esos indicadores, y comprende varias acciones fundamentales. Combina el examen de los datos obtenidos por las instituciones de salud, en los que se demuestra en forma contundente los resultados del cambio en los indicadores clave seleccionados, con

una revisión flexible que permita ir comparando los avances logrados en calidad en las diferentes instituciones que integran el Comité Estatal de Calidad. Estos aspectos le llevarán a comprender en forma sencilla los fenómenos implicados (recursos, métodos etc.) para ir generando conocimiento acerca de las dificultades que se van venciendo y de cómo se va produciendo el cambio en los servicios de salud.

La comprensión y flexibilidad le permitirá a la o las organizaciones participantes opinar o contribuir en caso necesario en la toma de decisiones, ejemplo: ¿De haber logrado avances en la calidad, se mantienen las mismas intervenciones, o se requiere mejorarlas?. O bien, si no hay resultados adecuados ¿será necesario realizar cambios? ¿ Cuáles, cómo cuándo etc. etc.?. Con esta información y análisis, la Organización Ciudadana podrá proceder a la aprobación o no de la información presentada. De no ser así se recomienda que visite uno o varios servicios de salud, para observar directamente como ocurren los procesos de atención médica que se están midiendo, para comprobar los resultados presentados por el Consejo. Una vez satisfecha avalará con su firma el Informe Estatal de Monitoreo.

Dado que se ha mencionado que la participación es activa, una vez validado el informe ambas partes; Comité Estatal de Calidad y Organización Ciudadana, difundirán de acuerdo a sus ámbitos y recursos disponibles los resultados para mantener un canal de comunicación con la ciudadanía. Finalmente ambas partes evaluarán de manera sencilla el proceso de validación ciudadana.

La metodología de validación ciudadana se desarrollará en tres etapas:

1. **Elaboración del Plan Operativo:** En reunión de Comité se definen las tácticas operativas y la logística para convocar y motivar a participar a la o las organizaciones ciudadanas del Estado que cumplan con los siguientes criterios:
 - **Honorabilidad, reconocida ampliamente por las Instituciones y la Sociedad**
 - **Neutralidad reconocida por las partes involucradas**
 - **Organizaciones no lucrativas**
 - **De carácter académico o de representación social**
 - **Potencial técnico o con capacidad para desarrollarlo**
2. **Desarrollo del Plan:**
 - Información a la Organización Ciudadana. Una vez seleccionada la o las organizaciones sociales participantes se les informa

suficientemente y manera sencilla pero específica los objetivos de la Cruzada, la validación social y la tarea a realizar.

- Calendarización de reuniones. Se notifica y acuerda con la organización las fechas de reunión para la presentación de información.
- Realización de las reuniones programadas y validación de informe.
- Envío de información validada a la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y las instancias correspondientes para cada institución
- Difusión de resultados al interior de las instituciones y de la o las organizaciones participantes así como a la población general.

3. **Evaluación de la participación ciudadana.** Es recomendable iniciar la evaluación de manera sencilla durante el periodo de participación establecido e ir desarrollándola como un proceso de complejidad creciente según necesidades, por lo que se propone como indicadores iniciales:

1. Número de informes estatales de monitoreo validados por la o las organizaciones participantes en forma periódica.
2. Número de reuniones del Comité Estatal de Calidad con participación de una o varias organizaciones ciudadanas para validar la información de monitoreo según periodicidad establecida por cada Comité Estatal.
3. Número y tipo de acciones mensuales de difusión de resultados a los trabajadores de cada institución y los emitidos a la población general.

ETAPAS

Si bien, como se comentó en su oportunidad, las tres estrategias propuestas (impulso al cambio, aprendizaje y respaldo, y sustentación) no son estrictamente secuenciales, en esta sección se plantean en forma de etapas con el propósito de establecer un panorama más claro respecto al nivel de desarrollo de los sistemas, procesos y acciones para la mejora continua de la calidad que se espera observar en las instituciones del Sistema Nacional de Salud como resultado de la Cruzada. En otras palabras, las etapas estarán determinadas por el énfasis que se dé a una o más líneas de acción de determinada estrategia.

A continuación se presentan los aspectos más sobresalientes para cada una de las etapas propuestas.

Etapa I: El Plan de Arranque: énfasis en impulso al cambio

El Equipo Consultor Sectorial impulsará varias líneas de acción de manera simultánea a través de un Plan de Arranque orientado a obtener resultados notorios en plazos cortos ("proyectos de 100 días"), con los que la ciudadanía empiece a percibir un cambio en algunos atributos de los servicios que proporcionan las

instituciones del sector. El Plan de Arranque se propone, además, propiciar la colaboración organizada de los prestadores del servicio y trabajadores del sector para, sin obviar el reconocimiento de la necesidad de mayores recursos e inversiones adicionales en infraestructura, avanzar en la solución de problemas críticos que determinan negativamente la opinión de los usuarios, tales como los largos tiempos de espera para la atención en consulta externa y de urgencias, y la escasa información a los pacientes. Asimismo, el Plan permitirá iniciar el establecimiento de los consensos necesarios para eventuales necesidades de modificación estructural del sistema de salud.

En suma, los objetivos estratégicos del Plan de Arranque son:

- Favorecer la coordinación del sector en el nivel nacional y en las entidades federativas mediante el funcionamiento del propio Equipo Consultor Sectorial y la integración de un Comité Nacional de Calidad y de comités estatales en todas las entidades federativas.
- Fortalecer la gestión directiva a partir de un sistema de información basado en los indicadores descritos en la línea de acción 9.
- Estimular la participación del personal operativo en el diseño y aplicación de acciones para mejorar la calidad de los servicios a través de la realización de talleres sectoriales para organizar a las instituciones en la aplicación de los indicadores y la planeación y ejecución de las acciones de mejora correspondientes.

Componentes centrales de los que dependerá el éxito del Plan de Arranque son, en primer lugar, la **unidad de propósitos** de los cuerpos directivos de cada una de las organizaciones del sistema de salud, indispensable para acercar la toma de decisiones con acciones de apoyo y supervisión, a las unidades de servicio. En segundo lugar, la pertinencia del **esquema de seguimiento y evaluación de resultados**, con indicadores adecuados a los objetivos de orientación al usuario y, por último, la oportunidad y congruencia con que se formule, desde las más altas autoridades del sector, la necesidad de constituir nuevas formas de liderazgo participativo, orientadas a resultados y sujetas, desde el primer día, a la obligación de rendir cuentas.

La Cruzada y el Plan de Arranque tienen como uno de sus ejes estratégicos, la construcción de nuevos y más eficientes mecanismos de dirección y gerencia. Dichos mecanismos se fundan en experiencias exitosas de mejora de la calidad que, por la obtención rápida de resultados, podrán impactar favorablemente en el aprendizaje de los cuadros directivos de las instituciones y en los trabajadores de la salud, abriendo oportunidades para el rediseño de los procesos clave y de las organizaciones.

a. Principios

- Las acciones del Plan de Arranque están encaminadas a mejorar atributos de **calidad percibida** de los servicios producidos por procesos de atención altamente demandados; la calidad técnica debe ser abordada con proyectos de mayor profundidad dentro de la

Cruzada, que incluyan mediciones de efectividad e impacto en resultados de salud, confianza ciudadana, costos y viabilidad financiera del sistema.

- En las decisiones para la planeación, evaluación y seguimiento debe privilegiarse la opinión del **usuario** de los servicios y la medición de los niveles de satisfacción.
- La escasez de recursos disponibles obliga a incrementar la **eficiencia y racionalidad** de las acciones de producción de servicios, con esquemas de **dirección de operaciones** flexibles y objetivos explícitos. Por ello es indispensable que, frente a la tendencia, natural en los directivos del Sector, de creer que todas las acciones deben estar necesariamente soportadas por la ampliación de recursos, se discuta sistemáticamente la posibilidad de optimizar lo disponible, revisando criterios de asignación y enfocando los problemas (con datos sobre la evolución reciente de cada variable y no con afirmaciones generales) en equipos que propicien una mayor colaboración entre áreas funcionales y niveles jerárquicos.
- Al tratarse de acciones de corto plazo de cuyo resultado depende, en buena medida, el arranque y los alcances de otros proyectos de la Cruzada, es indispensable preparar las condiciones para cambiar las formas de dirección y **ejercicio de autoridad** con la difusión de prácticas que combinen precisión y pertenencia de las decisiones y mayor compromiso de la estructura directiva, con la necesidad de definir metas y objetivos para cada nivel. Para ello será útil introducir prácticas de **rendición de cuentas y evaluación del desempeño**, con plazos de cumplimiento y consecuencias establecidas claramente en acuerdos de resultados firmados por los directivos del sistema.
- Las áreas institucionales responsables de la gestión presupuestal deben garantizar **el flujo ágil de los recursos** autorizados para evitar que el dispositivo de acción inmediata sea obstaculizado por ineficiencias administrativas.
- El ejercicio efectivo de la autoridad en las Delegaciones y Secretarías de Salud de las entidades federativas debe acompañarse de mayor **autonomía** de los directores de unidad y jefes de servicio para decidir posibles reordenamientos de recursos y mejoras inmediatas en los procesos de atención.
- El Plan de Arranque permitirá conducir la participación de los trabajadores, iniciando la integración de **equipos de mejora** que recojan el análisis y aportaciones de los que mejor conocen las características locales de los procesos de atención.
- Las acciones del Plan de Arranque ayudarán a definir los términos de una campaña de comunicación social para la Cruzada, en la que se invite a los prestadores de servicio a mejorar el trato a los ciudadanos, cambiar la imagen de la ventanilla de atención, y que insista en la simplificación de trámites y la actitud de servicio. Posteriormente, se informarán avances graduales a la ciudadanía, los que se sugiere se presenten ya como los primeros resultados de la Cruzada.

b. Objetivo operativo y metas

Para el logro de los objetivos estratégicos del Plan de Arranque se propone un objetivo cuyo carácter más inmediato y operativo, permitirá evaluar el impacto obtenido. Dicho objetivo es:

Mejorar la opinión de los usuarios de los servicios de salud con respecto a los siguientes aspectos:

- Tiempo de espera para pasar a consulta en unidades del primer nivel y para recibir atención en el servicio de urgencias.
- Información proporcionada por el personal médico en unidades de primer nivel de atención y en los servicios de urgencias.
- Surtimiento de recetas médicas en unidades donde se otorga la prestación.

Las metas que se han establecido son (ver también la descripción de metas que aparece en el capítulo V):

Para el primer nivel de atención:

Al concluir el primer año de gobierno se observarán los siguientes resultados en, por lo menos, 1000 unidades del primer nivel distribuidas en diferentes entidades federativas,

Con respecto al tiempo de espera:

- El tiempo de espera promedio para pasar a consulta habrá disminuido a 30' ó menos.
- El 95% de los usuarios interrogados al respecto responderá sentirse satisfecho con el tiempo que esperaron para pasar a consulta.

Con respecto a la información proporcionada por el médico:

- Por lo menos el 80% de los usuarios interrogados al respecto responderá:
 - Haber entendido la información sobre el diagnóstico y el tratamiento.
 - Haber sentido que el médico se esforzó por proporcionar información clara.

Con respecto al surtimiento de recetas (aplicable al IMSS, al ISSSTE y a las entidades en que las unidades de la Secretaría de Salud cuentan con farmacia y surtan las recetas de los usuarios):

- Por lo menos el 95% de las recetas serán surtidas en forma completa en la primera solicitud.

- Por lo menos, el 95% de los usuarios interrogados al respecto responderá haber recibido todos los medicamentos indicados por el médico al presentar su receta en la farmacia de la unidad.

Para el segundo nivel de atención:

Al concluir el primer año de gobierno se observarán los siguientes resultados por lo menos en 200 unidades del segundo nivel distribuidas en diferentes entidades federativas,

Con respecto al tiempo de espera:

- El tiempo de espera promedio para recibir atención en el servicio de urgencias habrá disminuido a 15' ó menos.
- Por lo menos el 95% de los usuarios interrogados al respecto responderá sentirse satisfecho con el tiempo que esperaron para recibir atención en urgencias.

Con respecto a la información proporcionada por el médico:

- Por lo menos el 80% de los usuarios interrogados al respecto responderá:
 - Haber entendido la información sobre el diagnóstico y el tratamiento.
 - Haber sentido que el médico se esforzó por proporcionar información clara.

Con respecto al surtimiento de recetas en farmacias de hospitales pertenecientes a instituciones que otorgan esa prestación:

- Por lo menos el 95% de las recetas serán surtidas en forma completa a la primera solicitud.
- Por lo menos el 95% de los usuarios interrogados al respecto responderá haber recibido todos los medicamentos indicados por el médico al presentar su receta en la farmacia de la unidad.

c. Alcance

Aunque el alcance del Plan de Arranque es nacional y la convocatoria debe incorporar a todas las unidades de atención médica de los Servicios Estatales de Salud, del IMSS, del ISSSTE, de los sistemas de seguridad social específicos de cada Estado y de la SSA, es importante que, con base en un diagnóstico inicial las acciones de asesoría y supervisión se inicien en estados que presenten una serie de condiciones que permitan pronosticar resultados favorables. Entre dichas condiciones destacan las siguientes:

- Haber mostrado interés en participar en la encuesta realizada por el Equipo Transición para evaluar condiciones que afectan la calidad de la atención (ver recuadro).
- Interés de los titulares del nivel estatal en el mejoramiento de la calidad puesto de manifiesto por el impulso a la realización de acciones de mejora en sus instituciones y su participación en foros y actividades académicas relacionados con el tema.
- Participación en la cuarta fase del Programa de Mejoría Continua de la Calidad de la Atención Médica (para el caso de la SSA).
- El número de unidades en las entidades facilitaría el alcance de la cobertura propuesta (por lo menos mil unidades del primer nivel y 200 hospitales).
- Las delegaciones (para los casos del IMSS y del ISSSTE) han reportado bajo nivel de cumplimiento en los indicadores relacionados incluidos en su sistema de evaluación.

d. Factores de éxito

- **Compromiso de la Alta Dirección:** Para facilitar el desarrollo del Plan de Arranque, será necesario integrar un **Consejo** con los Directores Generales del IMSS e ISSSTE, así como con el Secretario de Salud. Dicho Consejo será responsable del arranque y seguimiento del Plan, del establecimiento, de ser el caso, de Acuerdos con las organizaciones de trabajadores y de formular los requisitos mínimos que deben cubrir los Acuerdos de Resultados de Desempeño que cada institución firmará con los directivos de delegaciones y entidades de su estructura territorial. Deberá definir, asimismo un esquema de medición de resultados, con un sencillo tablero de control, que puede ser de gran utilidad para la toma de decisiones sobre la operación del Plan de Arranque.
- **Orientación hacia resultados.** El Director General de cada institución, bajo el mismo esquema del Consejo, establece y signa Acuerdos de Resultados con cada Delegado Estatal ó Secretario de Salud en los Estados e integra un equipo de consultoría y seguimiento, para la implantación del Plan de Arranque; además, se obliga a entregar reportes mensuales de resultados para su presentación al C. Presidente de la República. Es recomendable insistir en que es indispensable acercar a los delegados y secretarios de salud estatales a las principales unidades operativas de su ámbito de responsabilidad, con reuniones periódicas en las que se definan metas específicas para la unidad y se dé seguimiento a los avances, se realicen ajustes y se mejore la oportunidad y precisión de las decisiones sobre los recursos e insumos. Asimismo, es importante que los equipos de consultoría de las diversas instituciones intercambien experiencias, métodos de trabajo e información.

- **Mediciones y consecuencias.** Es necesario definir claramente un grupo de indicadores de calidad percibida (Oportunidad, información y suficiencia) y de Demanda que permitan contar con un diagnóstico basal y de factibilidad de mejora en el Sistema y que se integren en reportes transmitidos mensualmente por *internet* para monitorear los resultados de cada institución y entidad federativa. Los Acuerdos de Resultados deben incluir los indicadores a mejorar, el estándar requerido y el compromiso específico para los cien días, así como las consecuencias que derivarían de no cumplir lo pactado. En este sentido, el Plan de Arranque puede, además, contribuir a mejorar los esquemas institucionales de selección y/o promoción de directivos y gerencias y cuerpos de gobierno con decisiones que premien el buen desempeño. El relevo de mandos intermedios por desempeño deficiente y en el contexto temporal del cambio de administración, puede ser parte de un paquete de señales positivas de transformación y cambio organizacional, que ponen barreras a la politización excesiva de las instituciones fortaleciendo el servicio de carrera y el sentido de pertenencia a las instituciones.
- **Recursos necesarios para el Plan de Arranque.** La relación costo-efectividad del Plan de Arranque debe asociarse a la necesidad de que se cumpla con la entrega oportuna de los recursos autorizados a cada institución por la SHCP, es decir que en lo fundamental no se generarán costos adicionales, excepto los necesarios para realizar visitas de verificación y apoyo a la operación, por parte de nivel central de cada institución y por los equipos de consultoría y seguimiento.

e. Escenarios de riesgo

Algunas situaciones que pudieran presentarse durante la ejecución del Plan de Arranque, incluso durante el desarrollo de la propia Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y dificultar el éxito:

- Circunstancias políticas locales que limiten o condicionen la participación en el Plan de Arranque.
- Procesos de atención con capacidad limitada en algunas zonas, que requieran inversión urgente de recursos para mejorar su estructura, en un entorno presupuestal de inicio de administración.
- Escasez de recursos informáticos en algunas entidades que dificulte la evaluación y seguimiento.
- Crecimiento desigual de las expectativas de la ciudadanía que haga más lento el cambio de percepción de las mejoras

DIAGNÓSTICO BASAL PARA EL PLAN DE ARRANQUE

Con el fin de establecer una plataforma sólida para el Plan de Arranque se diseñaron dos instrumentos que fueron aplicados a directivos de las instituciones que atienden a la mayor parte de la población: SSA, IMSS e ISSSTE. Estos instrumentos fueron, por un lado, una encuesta, integrada a su vez por dos cuestionarios, para evaluar condiciones que afectan la calidad de la atención médica, uno específico para el primer nivel y el otro para hospitales. Por otro lado, se organizó un taller para analizar la factibilidad de impulsar con éxito la mejora de los indicadores mencionados (tiempos de espera en consulta externa y urgencias, información proporcionada por el personal médico y surtimiento de recetas). En dicho taller participaron directivos de las tres instituciones, cuyas funciones y experiencia los han vinculado con la realización de esfuerzos formales para mejorar la atención, tanto en el nivel central como en el estatal o delegacional. A continuación se comentan las principales conclusiones obtenidas a partir de ambos instrumentos.

- **Encuesta de salud.** Se diseñaron dos cuestionarios, dirigidos a los directivos de las instituciones en las entidades federativas y delegaciones, orientados a obtener información sobre algunas condiciones clave que afectan la calidad de la atención médica tanto en unidades del primer nivel como en hospitales. Estos instrumentos podían ser consultados por internet, a través de la página electrónica del Equipo de Transición, y su respuesta era remitida por la misma vía. En los siguientes cuadros se presentan los principales resultados.

DIAGNÓSTICO ENCUESTA POR INTERNET		
NIVEL DE RESPUESTA		
INSTITUCIÓN	PRIMER NIVEL	HOSPITALES
Secretarías de Salud en las entidades federativas	10*	8*
Delegaciones IMSS	26	30
Delegaciones IMSS Solidaridad	12	11
Delegaciones ISSSTE	31	28

* De 19 invitadas

RESULTADOS PRIMER NIVEL			
INSTITUCIÓN	TIEMPO DE ESPERA EN CONSULTA GENERAL (EN MINUTOS)	INFORMACIÓN AL PACIENTE	PORCENTAJE DE RECETAS SURTIDAS EN FORMA COMPLETA
SSA	50%: 30 ó menos 50%: entre 31 y 60	20%: Buena 30%: Regular 40%: Mala 10%: no respondió	40%: más del 90% 30%: entre 80 y 90% 30%: no respondió
ISSSTE	45%: 30 ó menos 45%: entre 31 y 60 6%: más de 60 4%: no disponible	71%: Excelente 26%: Buena 3%: Regular	84%: más del 90% 16%: entre 80 y 90%
IMSS	77%: 30 ó menos 23%: entre 31 y 60	50%: Excelente 46%: Buena 4%: no respondió	50%: más del 90% 27%: entre 80 y 90% 4%: no disponible 9%: no respondió

DIAGNÓSTICO ENCUESTA POR INTERNET			
RESULTADOS HOSPITALES			
INSTITUCIÓN	TIEMPO DE ESPERA EN URGENCIAS (EN MINUTOS)	INFORMACIÓN AL PACIENTE	PORCENTAJE DE RECETAS SURTIDAS EN FORMA COMPLETA
SSA	13% 5 ó menos 13% entre 6 y 15 37% entre 16 y 30 24% más de 30 13% no disponible	76%: Buena 25% no disponible	13% más del 90% 25% menos del 80% 25% no disponible 37% no aplica
ISSSTE	4% 5 ó menos 32% entre 6 y 15 50% entre 16 y 30 11% más de 30 3% no respondió	32% Buena 50% Regular 14% Mala 4% no respondió	57% más del 90% 39% entre 80 y 90% 4% no respondió
IMSS	17% 5 ó menos 63% entre 6 y 15 13% entre 16 y 30 0% más de 30 3% no disponible 4% no respondió	43% Buena 40% Regular 7% Mala	63% más del 90% 17% entre 80 y 90% 20% no respondió

Fig. 22 / 23. Resultados de la encuesta sobre calidad de los servicios de salud realizada por internet entre titulares de los servicios de salud y delegados de IMSS e ISSSTE. 2000.

- **Taller de análisis de factibilidad del Plan de Arranque.** El Equipo de Transición organizó un taller, de ocho horas de duración, en el que participaron 20 directivos de la Secretaría de Salud, del ISSSTE y del IMSS, tanto de los niveles centrales, como de los delegacionales o estatales, que han estado involucrados en el desarrollo de acciones formales para la mejora de la calidad de la atención médica.

En dicho taller se revisaron las experiencias de las tres instituciones respecto de los indicadores considerados en el Plan de Arranque, se identificaron otros problemas que pudieran ser abordados y se analizó su prioridad y la factibilidad de la realización de acciones que produzcan un impacto en el corto plazo. Los participantes también delinearon las principales acciones que al respecto podrían impulsarse. Las conclusiones más importantes del taller son:

- La información inadecuada por parte del médico es un problema importante. Sin embargo, es necesario desarrollar un sistema para medir con precisión esta variable.
- Los tiempos de espera en unidades del primer nivel y en urgencias fueron percibidos de manera diferente en cuanto a su importancia. No obstante, fueron comunes las ideas de que tienen gran impacto en la percepción de los usuarios y de que se pueden reducir mediante acciones sencillas.
- El surtimiento de recetas es un indicador que se aplica con toda claridad a las unidades del IMSS y del ISSSTE, y sólo en algunas secretarías de salud estatales. Prevalció la opinión de que su

Como preámbulo a la siguiente etapa, y con la idea de allanar el camino para facilitar posteriormente la gestión clínica de la calidad, el Equipo consultor Sectorial propone algunos indicadores sobre atributos técnicos relacionados con la atención a la embarazada durante el control prenatal, al paciente diabético, al niño con enfermedad diarreica aguda y al niño con infección respiratoria aguda.

Entre las líneas de acción que determinan el desarrollo de esta etapa están:

- Establecimiento de proyectos de mejora continua de corto plazo (100 días) con resultados fehacientes (solamente para el sector público).
- Promoción de proyectos locales de mejora continua.
- Divulgación de la visión y los objetivos de la Cruzada.
- Recopilación de evidencias de oportunidades de mejora y de logros obtenidos entre el personal de salud.

En esta etapa destaca la participación del Equipo Consultor Sectorial como agente motivador y orientador de las estructuras formales y paralelas cuyas funciones están relacionadas con la realización de acciones para la mejora de la calidad. Es este equipo quien propone los atributos de los servicios que se han de mejorar, así como los indicadores correspondientes, y además diseña el sistema para llevar a cabo su monitoreo y da seguimiento a los avances.

Etapa II: énfasis en aprendizaje y respaldo

Se pretende consolidar el aprendizaje obtenido durante la etapa anterior enfocando los esfuerzos de mejora de la calidad en los servicios derivados de los Programas de Acción presentados en el Programa Nacional de Salud 2001 - 2006 (por ejemplo, "Arranque parejo en la vida", "Atención al paciente infectado por VIH - SIDA" y "Atención a la salud y nutrición de los pueblos indígenas"). En otras palabras, el papel del Equipo Consultor Sectorial empieza a dejar de lado el aspecto motivacional para convertirse en una instancia que apoya a los responsables de los programas prioritarios en los niveles nacional y estatal. El apoyo proporcionado consiste principalmente en la orientación para identificar los atributos que definen la calidad, para cada programa, tanto desde el punto de vista técnico como interpersonal; en el establecimiento de indicadores clave para dichos atributos; en el diseño de sistemas de información que faciliten la gestión directiva y operativa de la calidad basada en el comportamiento de los indicadores, y, por último, en el acompañamiento para la implementación de acciones de mejora.

De este modo, se pretende que la mejora de la calidad sea claramente asumida por las instancias de dirección de cada programa, las cuales podrán obtener respaldo técnico en las estructuras relacionadas con la mejora de la calidad (áreas institucionales o comités), así como en el Equipo Consultor Sectorial de la Cruzada.

Las líneas de acción que destacan en esta etapa son:

Divulgación de indicadores básicos de calidad.

Establecimiento de programas de educación sobre, para y de calidad para los profesionales de la salud en los que se enfatizan valores, métodos y actitudes.
Desarrollo de programas de actualización enfocada en competencias clave.
Evaluación periódica de la calidad de la atención.
Desarrollo de directivos de salud y de personal con bajo grado de entrenamiento.
Establecimiento de un sistema nacional de *benchmarking* de satisfacción y de calidad técnica.

Etapa III: énfasis en sustentabilidad

La institucionalización de la Cruzada no será posible en tanto los esquemas de asignación presupuestal no consideren criterios relacionados con la mejora continua de la calidad de los servicios en atributos clave de las dimensiones interpersonal (trato digno) y técnica (atención médica efectiva). Entre las líneas de acción que se espera consolidar en esta etapa se identifican las siguientes:

Establecimiento de reconocimientos para directivos y definición de consecuencias por un desempeño deficiente.
Establecimiento y actualización periódica de "acuerdos de resultados".
Vinculación del desempeño y la certificación al presupuesto de las organizaciones.

Se promoverá el uso de la "gestión por contrato" como el instrumento que permita a los altos funcionarios de las instituciones del sector público concretar el manejo del presupuesto vinculado a los compromisos y resultados en materia de mejora de la calidad.

RELACIÓN DE LA CRUZADA CON OTRAS ESTRATEGIAS, PROGRAMAS Y SISTEMAS DEL SECTOR

Las estrategias de la Cruzada, las 70 líneas de acción (agrupadas en los diez factores estratégicos) y el Plan de Arranque no pueden considerarse sino vinculados con los programas prioritarios relacionados con la prestación directa de servicios de salud (por ejemplo, Arranque Parejo en la Vida, Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas, Atención al Paciente con VIH – SIDA, entre otros), así como con otros programas de apoyo (como Capacitación Gerencial, Infraestructura en Salud y Gestión por Contrato, por citar sólo algunos).

El énfasis del vínculo con los programas prioritarios es el apoyo. Es decir, la Cruzada consistirá en el fortalecimiento del componente de gestión directiva, clínica y operativa de la calidad de dichos programas. Con los programas de apoyo, el vínculo principal será la coordinación, de modo que se eviten duplicidad y se impulse la sinergia entre las áreas participantes.



Fig. 24. Relación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud con otros programas

V. *Cómo medimos los avances*

El Equipo Consultor Sectorial desarrollará una serie de instrumentos y procedimientos que permitan al Comité Coordinador Sectorial, integrado por altos funcionarios de las principales instituciones de salud, determinar el grado de avance en las metas que se presentan más adelante. Dichas metas están basadas en los indicadores propuestos para evaluar el impacto de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, y se dirigen a constatar el grado en el que se irán superando los cuatro retos planteados (bajo nivel y heterogeneidad en el nivel de calidad, mala imagen de los servicios ante la población e información escasa y poco confiable). Asimismo, con estos indicadores se tratará de medir el grado de avance hacia el logro de los objetivos específicos de la Cruzada orientados, como se ha señalado en su oportunidad, hacia los usuarios, los prestadores, la población en general y hacia el sistema de salud.

En este planteamiento general de la Cruzada se presentan las metas de una manera global. Tal como se mencionó en la sección sobre monitoreo de resultados, cada una de ellas deberá ser especificada y desglosada en el plan de

acción correspondiente. Por otra parte, no se trata de elaborar una lista exhaustiva de indicadores y metas posibles sino de listar sólo aquellos que, de una manera sintética, permitan monitorear el proceso y los resultados de la Cruzada.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001 - 2006
CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
METAS

Línea de Acción	Meta
Definir códigos de ética para los profesionales de la salud	Por lo menos el 80% de las unidades del Sistema Nacional de Salud exhiben y difunden códigos de ética de los profesionales de la salud
Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos	Por lo menos el 80% de las unidades del Sistema Nacional de Salud exhiben y difunden "cartas de derechos" de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos
Establecer un sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias	Se cuenta con un Sistema de seguimiento y respuesta a quejas y sugerencias de los usuarios de los servicios de salud con la participación de las principales instituciones del sector
Educación sobre, para y de calidad	<p>El 80% de las escuelas y facultades que imparten carreras del área de la salud incluirán en los respectivos planes y programas de estudio asignaturas y contenidos referidos a la definición, medición, control y mejora de la calidad de la atención desde los puntos de vista técnico e interpersonal. En el 100% de los hospitales y el 80% de las unidades del primer nivel el personal utiliza un "Manual para la mejora de la calidad de los servicios de salud", tanto impreso como en versión electrónica (interactiva) en cuyo diseño participaron las principales instituciones del sector.</p> <p>Por lo menos el 80% de las facultades y escuelas que imparten carreras relacionadas con el área de la salud han sido certificadas y cuentan con un sistema de calidad o ejecutan un plan para la mejora de la calidad de la enseñanza.</p> <p>El 100% de internos y prestadores de servicio social son egresados de escuelas y facultades certificadas por la AMFEM y otros organismos académicos relacionados con otras profesiones del área de la salud</p>
Desarrollo de sistemas de información en torno al usuario y en torno al desempeño	<p>El 100% de las unidades de atención médica de las instituciones del sector aplican un sistema de información que permite identificar el nivel de satisfacción de los usuarios, así como sus principales motivos de insatisfacción, y difundir entre ellos aspectos esenciales de la organización y prestación de los servicios.</p> <p>El 100% de las unidades de atención médica de las instituciones del sector aplican un sistema único de información que considera indicadores clave de desempeño en materia de calidad (técnica e interpersonal), eficiencia y productividad. (NOTA: este sistema incluye los productos hospitalarios y las tarjetas de indicadores comentados enseguida).</p>
Desarrollar un sistema de información por productos hospitalarios y tarjetas de indicadores	El 100% de los hospitales de las instituciones de seguridad social y asistencia, y por lo menos el 25% de los hospitales del sector privado cuentan con sistema de información basado en los productos hospitalarios y en tarjetas de indicadores de procesos y resultados clave
Sistemas (estructuras y procesos)	Estructuras sectoriales de apoyo político y técnico funcionando en el nivel

Línea de Acción	Meta
de mejora continua	<p>federal y en las 32 entidades federativas (Comité Nacional de Calidad, Equipo consultor Sectorial, Comités Estatales de Calidad, Equipos Consultores Institucionales y Locales)</p> <p>Las instituciones de seguridad social y asistencia cuentan con sistemas para la mejora continua de la calidad vinculados a los programas prioritarios tanto del sector como institucionales.</p> <p>El 80% de las unidades de primero y segundo nivel de las instituciones de seguridad social y asistencia cumplen los estándares de calidad establecidos para índices e indicadores críticos definidos sectorialmente (tiempos de espera, información al usuario, cumplimiento de la normatividad)</p>
Establecer sistemas de reconocimiento del buen desempeño	Cada una de las instituciones de seguridad social y asistencia del sector cuenta con un sistema de reconocimiento al buen desempeño, para individuos y unidades de atención, basado en la propuesta, ejecución y resultados de proyectos orientados a la mejora de la calidad y la eficiencia
Estandarización de procesos.	El 100% de los hospitales, así como el 80% de las unidades del primer nivel de atención de las instituciones de seguridad social y asistencia llevan a cabo los procesos críticos de atención y de apoyo a la atención según los manuales correspondientes (avalados sectorialmente).
Promover el uso de guías clínicas	Por lo menos el 80% de los médicos que laboran en unidades del primer nivel y el 90% de los que laboran en hospitales conocen y aplican las guías clínicas para los principales padecimientos de acuerdo con el perfil epidemiológico
Monitoreo de resultados	El 100% de los hospitales, así como el 80% de las unidades del primer nivel de atención de las instituciones de seguridad social y asistencia realizan el monitoreo de los indicadores de calidad definidos en forma sectorial.
Promover la certificación de los profesionales y establecimientos de salud	<p>El 100% de los hospitales de las instituciones de seguridad social y asistencia, y por lo menos el 50% de los hospitales del sector privado han sido certificados al menos una vez.</p> <p>Por lo menos el 50% de los profesionales de la salud ha sido certificado o recertificado en el período 2002 - 2006</p>
Racionalización estructural y regulatoria	<p>Los 32 comités estatales de calidad incluirán en sus respectivas agendas la búsqueda de soluciones para problemas de estructura que puedan ser solucionados en forma sectorial.</p> <p>El 80 % de las unidades de primer nivel y el 100% de los hospitales de las instituciones de seguridad social y asistencia aplicarán de manera sistemática un sistema para evaluar el cumplimiento de estándares de utilización de los servicios.</p> <p>En la medida en que los procesos de certificación para establecimientos e individuos considerarán entre sus criterios el cumplimiento de la normatividad vigente, las meta planteada para dicha línea de acción aplican también en este caso.</p>

Además de las metas listadas en el cuadro anterior, se han definido siete metas globales, cuyo cumplimiento determinará en última instancia, el nivel de logro de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud al año 2006. Algunas de estas metas aportan información para el cálculo de los índices planteados en el Sistema de Evaluación y Compensación por Resultados de la Secretaría de Salud.

Trato digno

1. Nivel de satisfacción de los pacientes.

Meta: El 80% de los encuestados califican la atención como “satisfactoria” o “muy satisfactoria”

Atención Efectiva, Eficiente, Ética y Segura.

2. Grado de variación en el índice de calidad técnica entre organizaciones y regiones.

Meta: Reducción de un 50% en la variación existente al inicio de la Cruzada

Satisfacción de los prestadores de servicios.

3. Nivel de satisfacción de los prestadores

Meta: El 60% de los prestadores de los servicios se manifiestan “satisfechos” o “muy satisfechos” con el trabajo que desempeñan.

Percepción de la población

4. Lugar que ocupan los servicios de salud en la comunidad entre otro tipo de servicios.

Meta: Los servicios de salud pasan del 4°. AL 1° . lugar en la percepción de acuerdo con el criterio utilizado por la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud.

Rendición de cuentas y sistemas de información confiables.

5. Porcentaje de organizaciones con “informes de desempeño” confiables y comparables por tipo de organización.

Meta: 60% de las organizaciones prestadoras de servicios de salud en todo el país cuentan con informes de desempeño confiables.

Procesos de Mejora Continua.

6. Número de mejoras demostradas en los procesos de atención y de apoyo a la atención de los pacientes.

Meta: Incremento anual de 20% en el número de mejoras demostradas.

Desarrollo de la capacidad directiva

7. Porcentaje de directivos seleccionados con criterios explícitos o capacitados para el desempeño de su función.

Meta: 100% de los directivos del sector público y 60% del sector privado.

Bibliografía

1. Donabedian, Avedis. (1984). La calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana.
2. --- (1990). Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Perspectivas en salud pública 10 1-73
3. --- (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica. En Frenk, J. Investigación en servicios de salud: una antología. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Págs. 382-404.
4. --- (1992). Defining and measuring the quality of health care. En Wenzel, R.P. Assessing quality health care. Perspective for clinicians. Baltimore, USA: Williams & Wilkins. Págs. 41-64.
5. --- (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud pública de México 35 238 - 247
6. Frenk, J., Lozano, R., González-Block, M.A., et al. (1994). Economía y salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
7. Frenk, J., Nigenda, G., Hernández, Héctor., et al. (1994). Médicos, educación y empleo. Universidad de Guadalajara.
8. Frenk, J. y cols. (1997). Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
9. Gilmore, C.M. y Moraes Novaes, H. (1996). Manual de gerencia de la calidad. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud.
10. Ginebra, Joan y Arana, R. (1991). Dirección por servicio. México: Mc Graw Hill.
11. Giral, José. (1993). Cultura de efectividad. México: Grupo Editorial Iberoamérica.
12. Jiménez, Jaime (editor). (1991). Organización y sistemas. Participación, calidad, competitividad en fabricantes de clase mundial. México: Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas, Universidad Nacional Autónoma de México.
13. Juran, J.M. (1990). Juran y el liderazgo para la calidad: un manual para directivos. Madrid: Díaz de Santos.

14. Moliner, María. (1994.) Diccionario de uso del español. Madrid ; Gredos.
15. Ruelas, Enrique. (1990). De la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. Salud Pública de México **32** 108-109
16. --- (1992). Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Salud Pública de México **34** 29-45
17. --- (1993). Calidad, productividad y costos. Salud Pública de México **35** 298-304
18. --- (1994). Sobre la garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones. Gaceta Médica de México **130:4** 218-230
19. --- (1995). Aspectos gerenciales en relación a la calidad en la educación médica. Revista Mexicana de Educación Médica. 6:1, 11-17.
20. --- (1996) Calidad de la atención médica y calidad de la educación médica: encuentros y desencuentros. En: De la Fuente, J. R. y Rodríguez, R. La educación médica y la salud en México. México; Siglo XXI.
21. --- (1997). Los paradigmas de la calidad en la atención médica. Gaceta médica de México. **133:2** 141-146.
22. --- (1997b). Estándares de Calidad Hospitalaria. Memorias del Ciclo de Simposios “Problemas Hospitalares Ayer y Hoy”. Academia Nacional de Medicina. 25-24.
23. --- Organización y dirección de los servicios de salud en contextos turbulentos. En Bronfman, M. y Castro, R. (1999). Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México; Edamex. 323-332.
24. Ruelas, E. y Querol, J. (1994). Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Fundación Mexicana para la Salud.
25. Secretaría de Salud (2001). Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México; Secretaría de Salud.
26. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad (s/a). Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Fundamentos. México; Secretaría de Salud.

27. Shaw, Ch. D. (1997). Accreditation and ISO: international convergence on health care standards. ISQua position paper - october 1996. International Journal for Quality in Health Care 9 11-13.
28. Treviño, N., Valle, A., Fierro, H. y De la Loza, A. (1994). Indicadores de servicios de salud. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
29. Vidal, L. M., Reyes, H. (1993). Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Salud Pública de México 35 326-331

Anexo I.

**Integrantes del Comité Nacional por la Calidad de los
Servicios de Salud
(al 30 de noviembre de 2001)**

Presidente

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Coordinador General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Coordinador Ejecutivo

Dr. Miguel Romero Téllez
Director general de Calidad y Educación en Salud

Organismos del Sector Público

Secretaría de Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Petróleos Mexicanos
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Organismos del Sector Privado

Academia Nacional de Medicina
Academia Mexicana de Cirugía
Academia Mexicana de Pediatría
Asociación Mexicana de Bioquímica Clínica
Asociación Mexicana de Medicina Interna
Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
Asociación Mexicana de Hospitales
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
Asociación Nacional de Hospitales Privados
Asociación Neoleonesa de Calidad de Atención a la Salud
Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica
Colegio de Profesionales por la Calidad de la Atención a la Salud de Occidente
Comisión Interinstitucional de Enfermería
Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería
Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica
Federación Nacional de Facultades y Escuelas de Odontología
Sociedad de Arquitectos especializados en Salud
Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud
Sociedad Mexicana de Calidad en Radiología e Imagen
Sociedad Mexicana de Cardiología
Sociedad Mexicana de Ingeniería Biomédica, A.C.
Sociedad Mexicana de Salud Pública

Anexo II. **Integrantes del Comité Coordinador Sectorial**

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Director de Prestaciones Médicas del IMSS

Dra. Elsa Carolina Rojas Ortíz
Subdirectora General Médica del ISSSTE

Ex - oficio Dr. Miguel Romero Téllez
Director General de Calidad y Educación en Salud de la Secretaría de Salud

Ex - oficio Lic. Roberto Lara Arreola
Contralor Interno del IMSS

Anexo III. **Integrantes del Equipo Consultor Sectorial**

Secretaría de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Dr. Miguel Romero Téllez
Dr. Alfredo Peniche Quintana
Lic. Jesús Vértiz Ramírez

Instituto Mexicano del Seguro Social

Lic. Roberto Lara Arreola
Dr. Juan Garduño Espinosa
Dr. Sigfrido Rangel Frausto
Dr. Guillermo Galindo Mendoza
Lic. Ariel Leyva Almeida
Lic. Rosa María Ramírez Tenorio
Lic. Leslie Carrascosa

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Marco Antonio Olaya Vargas
Dr. José Medésigo Micete

IMSS - Solidaridad

Dra. Celia Escandón Romero

Anexo IV.
Consejo Asesor de la Cruzada
(Los cargos de los integrantes son los que ocupaban en noviembre del 2000)

Dr. Héctor Aguirre Gas

Director

Hospital de Especialidades “Bernardo Sepúlveda”, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Donato Alarcón Segovia

Director General

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Expresidente

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Dr. Francisco De Urioste

Director Médico

Nuevo sanatorio Durango

Dra. Zeta Melva Triana

Presidenta

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Dr. Héctor Moreno Sánchez

Gerente de Servicios Médicos

Clínica Cuauhtémoc y Famosa, Monterrey

Lic. José Carlos Pérez y Pérez

Director General Corporativo

Servicios Administrativos PROA, S.A. de C.V.

Dra. Hilda Reyes Zapata

Consultora

Afluentes, S.C.

Lic. Susana Salas Segura

Directora

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM

Dr. Luis Felipe Torres de la Garza

Director General

Hospital ABC

Ing. Adriana Velásquez Berúmen

Presidenta

Sociedad Mexicana de Ingeniería Biomédica

Dr. Luis Miguel Vidal Pineda

Director Corporativo de Redes Médicas y Hospitalarias

Grupo Nacional Provincial

Dr. Sergio B. Barragán Padilla

Socio

Grupo Médico Pediátrico “Del Valle”

Dr. Alberto Lifshitz

Director General de Insumos para la Salud, SSA

Dra. Raquel Ocampo

Directora Médica

Hospital Angeles del Pedregal

Lic. Javier Potes González

Director General

Consultores en Servicios de Salud e Imagen

Dr. Romeo Rodríguez Suárez

Director General

Hospital Infantil de México

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán

Secretario de Salud del Estado de Jalisco

Ing. José Ramón Sida Medrano

Director General

Fundación Mexicana para la Calidad Total (FUNDAMECA)

Dr. Alfredo Tolsá

Profesor

Facultad de Odontología de la UNAM

Dr. Rogelio Villanueva

Representante

Clínica Mayo

Dr. Jesús Zacarías Villarreal Pérez

Secretario de Salud del Estado de Nuevo León

Dr. Fernando Cano Valle

Investigador

Instituto de Investigaciones Jurídicas Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Alberto Sahagún Jiménez

Director General

Clínica Hospital San José Zamora, Michoacán

Anexo V

Miembros del Consejo Asesor del Grupo de Trabajo de la Cruzada (Los cargos de los integrantes son los que ocupaban en agosto - noviembre del 2000)

Dr. Héctor Aguirre Gas

Director

Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda",

Centro Médico Nacional Siglo XXI

Dr. Donato Alarcón Segovia

Director General

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

Mtra. Graciela Arroyo de Cordero

Asesora

Subsecretaría de Coordinación Sectorial, SSA

Dr. José Ángel Córdoba Villalobos

Expresidente

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Dr. Francisco De Urioste

Director Médico

Nuevo Sanatorio Durango

Dra. Gladys Faba Beaumont

Directora

Centro Nacional de Información y Documentación sobre Salud, SSA

Dr. Héctor Fernández Varela Mejía

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Lic. Roberto Lara Arreola

Director de Organización y Calidad

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Lucio Galileo Lastra Escudero

Secretario de Salud de Estado de Tabasco

Dr. Armando Martínez Ramírez

Director General

CEINCAS; Guadalajara, Jal.

Dr. José S. Medésigo Micete

Coordinador de Asesores de la Coordinación General de Atención al derechohabiente

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dra. Zeta Melva Triana

Presidenta

Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina

Dr. Héctor Moreno Sánchez

Gerente de Servicio Médicos

Clínica Cuauhtémoc y Famosa Monterrey

Lic. José Carlos Pérez y Pérez

Director General Corporativo

Servicios Administrativos PROA, S.A. de C.V.

Dra. Hilda reyes Zapata

Consultora

Afluentes, S.C.

Lic. Susana Salas Segura

Directora

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM

Dr. Luis Felipe Torres de la Garza

Director General

Hospital ABC

Act. José Torres

Comité de Dirección

Grupo Nacional Provincial

Ing. Adriana Velásquez Berúmen

Presidenta

Sociedad Mexicana de Ingeniería Biomédica

Dr. Luis Miguel Vidal Pineda

Director Corporativo de Redes Médicas y Hospitalarias

Grupo Nacional Provincial

Lic. Recaredo Arias Jiménez

Coordinador del Comité de Salud de la AMIS

Dr. José Hugo Arredondo Galán

Presidente del Consejo Administrativo

Grupo Radiología del Futuro

Dr. Sergio B. Barragán Padilla

Socio

Grupo Médico Pediátrico "Del Valle"

Dra. María Elena Espino Villafuerte

Presidenta

Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Enfermería

Dr. Héctor Fernández González

Presidente

Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica

Dr. Alberto Lifshitz

Director General de Insumos para la Salud, SSA

Dra. Raquel Ocampo

Directora Médica

Hospital Angeles del Pedregal

Lic. Javier Potes González

Director General

Consultores en Servicios de Salud e Imagen

Dr. Julio Querol Vinagre

Presidente

SOMECASA

Dr. Manuel Robles Linares Negrete

Secretario de Salud del estado de Sonora

Dr. Romeo Rodríguez Suárez

Director General

Hospital Infantil de México

Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán

Secretario de Salud del estado de Jalisco

Ing. José Ramón Sida Medrano

Director General

Fundación Mexicana para la Calidad Total (FUNDAMECA)

Dr. Roberto Simón Sauma

Director Ejecutivo Corporativo

Grupo Empresarial Angeles

Dr. Alfredo Tolsá

Profesor

Facultad de Odontología de la UNAM

Dr. Christobal Torres Ortía Ocampo

Secretario de Salud del Estado de Colima

Dr. Rogelio Villanueva

Representante de la Clínica Mayo

Dr. Enrique Wolpert

Presidente

Academia Nacional de Medicina

Dr. Jesús Zacarías Villarreal Pérez

Secretario de Salud del estado de Nuevo León

Anexo VI
GRUPO DE ENFOQUE
(Los cargos de los integrantes son los que ocupaban en noviembre del 2000)

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Alfredo Peniche Quintana

Director de Calidad

Dr. Enrique Gómez Bernal

Subdirector de Análisis

OPD SALUD DE TLAXCALA

Dra. Martha Elena Celis Téllez

Directora General

Dr. Miguel Palafox Torres

Director de Servicios de Salud

Dr. Víctor Manuel Gómez Campos

Jefe de Jurisdicción Sanitaria No. 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Ernesto Martínez Ponce

Director de la UMF no. 18

Dr. Miguel Romero Téllez

Asesor Regional de la Dirección de Organización y Calidad

Dr. Humberto Badillo Gómez

Director de HGZ No. 32

Dr. Gerardo Velásquez Espejel

Director de la UMF No. 7

Dr. Manuel Fresnedo Villegas

Jefe de la División de Desarrollo de Procesos

Lic. Ariel Leyva Almeida

Coordinador de Organización

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS

TRABAJADORES DEL ESTADO

Dr. José Antonio Rojo Padilla

Subdirector General Médico

Dr. Jorge Durán Triay

Subdirector de Planeación

Dra. Elsa Carolina Rojas Ortiz

Directora del H.R. "Lic. Adolfo López Mateos"

Dr. Federico Díaz Ávila

Jefe de Servicios de Enseñanza

Dr. José Medésigo Micete

Coordinador de Asesores de la Coordinación General de Atención al derechohabiente

Lic. Marte Fernando Trejo Sandoval

Subdirector Administrativo del H.R. "Lic. Adolfo López Mateos"

FACILITADORES

Ing. Armando Campos Medina

Asesor de la Dirección de Organización y Calidad del IMSS

Lic. Jesús Vértiz Ramírez

Director Académico de Qualimed