

Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud

Propuesta de intervenciones



Calidad del primer nivel de atención
de los Servicios Estatales de Salud

Propuesta de intervenciones

Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud

Propuesta de intervenciones



Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Propuesta de intervenciones

Dirección y coordinación

Pedro J. Saturno y Juan Pablo Gutiérrez

Equipo de trabajo y autoría

Pedro J. Saturno, Juan Pablo Gutiérrez, Dulce María Armendáriz, Elizabeth Candia, María Fernández, Ángel Galván, José Luis Hernández, Juan Eugenio Hernández Ávila, Lina Sofía Palacio, Ofelia Poblano, Jesús Vértiz, Waldo Vieyra, Veronika Wirtz.

Primera edición, 2014

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

ISBN: 978-607-511-137-7

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Agradecimiento

A los responsables estatales de Calidad y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, que contribuyeron con sus valoraciones y comentarios a la priorización razonada de las intervenciones propuestas para la mejora del primer nivel de atención.

Citación sugerida

Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Candia E, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Propuesta de intervenciones. Cuernavaca, México: INSP, 2014.

Contenido

| | |
|---|-----|
| Prólogo | 9 |
| Mauricio Hernández Ávila | |
| Prólogo | 11 |
| Oswaldo Artaza Barrios | |
| Presentación | 13 |
| Ricardo Pérez Cuevas | |
| Introducción | 19 |
| Metodología para la identificación de recomendaciones y estrategias de intervención | 21 |
| Visión global | 25 |
| Intervenciones propuestas, componentes estratégicos priorizados e intervenciones destacadas | |
| Componente estratégico 1. Liderazgo | 31 |
| Estrategia de mejora de la calidad basada en el refuerzo del liderazgo: fomento del liderazgo y de su ejercicio, y reconocimiento de la responsabilidad con la calidad en los diversos niveles del sistema | |
| Componente estratégico 2. Sistema de información | 47 |
| Estrategia de mejora de la calidad basada en la información: diseño o rediseño de sistemas de información capaces de medir cambios en proceso y resultados, útiles y utilizados para la gestión de la calidad | |
| Componente estratégico 3. Participación de pacientes y población | 61 |
| Estrategia de mejora de la calidad basada en la participación del paciente y población: fomento y atención explícita al papel de pacientes y comunidades en la mejora de la calidad. Atención centrada en el paciente, familia y población | |
| Componente estratégico 4. Regulación y estándares | 81 |
| Estrategia de mejora de la calidad basada en regulación y estándares: desarrollo de normas e indicadores. Normalmente para ser utilizados en procesos de certificación, acreditación, supervisión o monitoreo externo. Se incluye también el desarrollo e implementación de normas o guías para la práctica clínica | |
| Subcomponente 4.1. Guías de práctica clínica | 81 |
| Subcomponente 4.2. Acreditación y certificación de unidades de atención | 96 |
| Componente estratégico 5. Capacidad organizacional | 109 |
| Estrategia de mejora de la calidad basada en la adecuación de la capacidad organizacional: desarrollo de infraestructura y recursos humanos adecuados para los servicios que se ofrecen y para el ejercicio de la función de calidad | |
| Subcomponente 5.1. Infraestructura y recursos humanos | 109 |
| Subcomponente 5.2. Suministro de medicamentos | 124 |
| Subcomponente 5.3. Financiamiento e incentivos | 141 |

| | |
|---|-----|
| Componente estratégico 6. Modelos de atención | 147 |
| Estrategia de mejora de la calidad basada en la implementación de modelos de atención: diseño integral de las actividades para la atención a problemas de salud o grupos de población específicos, incluyendo todas las dimensiones de la calidad, incorporando la evidencia y buenas prácticas existentes, e integrando todos los niveles y responsabilidades del sistema de salud | |
| Conclusiones | 159 |
| Estrategia integral para la mejora de la calidad del primer nivel de atención en los Sesa | |
| Anexos generales A-E | 161 |
| A. Cuestionario utilizado en el primer ejercicio de priorización | 163 |
| B. Cuestionario utilizado para el segundo ejercicio de priorización | 165 |
| C. Listado completo de recomendaciones propuestas tras el diagnóstico de situación y su puntuación en cuanto a relevancia y factibilidad en el primer ejercicio de priorización | 170 |
| D. Listado completo de recomendaciones priorizadas en el primer taller de priorización. Recomendaciones prioritarias para mejorar el primer nivel de atención según puntuación media (máximo: 5) de relevancia (R) y factibilidad (F) otorgada por REC y DGCES | 187 |
| E. Segunda priorización de intervenciones para la mejora de la calidad del primer nivel de atención, según puntuación de REC de 25 entidades federativas | 192 |

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) tiene como misión “contribuir a la equidad social y a la plena realización del derecho a la protección de la salud a través de la generación y difusión de conocimiento, la formación de recursos humanos de excelencia y la innovación en investigación multidisciplinaria para el desarrollo de políticas públicas basadas en evidencia”. Como una institución sectorizada a la Secretaría de Salud y al grupo de los Institutos Nacionales de Salud, el INSP enfoca sus programas de investigación en las prioridades nacionales, en especial, aquellas identificadas en el Programa Sectorial de Salud (Prosesa). En este contexto, la presentación de esta monografía cumple con los aspectos prioritarios marcados en el PSS y contribuye con el cumplimiento de nuestra misión.

En este proyecto, un grupo de investigadores tanto del INSP como externos, con el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo, se ha enfocado en el análisis del primer nivel de atención que proveen las entidades federativas. Fruto inicial del mismo es el diagnóstico comprensivo de la calidad de los servicios del primer nivel de atención que proporcionan las secretarías estatales de salud (Sesa), el cual permitió mostrar un panorama detallado de la situación de estos servicios, tan actualizado como la información disponible lo hizo posible.¹

A partir de las brechas que, con este diagnóstico, se identificaron entre la situación existente y la situación deseable, esto es, la definición de los “qué”, el siguiente paso en el proceso de mejora es identificar los “cómo”. La contribución de este libro es, justamente, abonar en la construcción de los mecanismos a través de los cuales se pueden cerrar estas brechas, mediante la identificación de un conjunto de estrategias específicas que buscan contribuir con la consecución del segundo objetivo del Programa Sectorial de Salud (Prosesa) 2013-2018, de “asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad” y, en particular, con la estrategia 2.2 del mismo Prosesa: “mejorar la calidad de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud”.

El ejercicio de identificación de estrategias y de priorización de las mismas refleja un abordaje participativo e integral. Es integral en el sentido de que incluye una mirada holística que considera los diferentes componentes para el análisis de la calidad:² el liderazgo, los sistemas de información, el grado de participación de los pacientes, las regulaciones y estándares, la capacidad organizacional y la implementación de modelos de atención. A partir de este enfoque holístico, considerado desde el diagnóstico y con base en la evidencia existente, se identificó un conjunto amplio de estrategias enfocadas en cerrar las brechas entre lo existente y lo deseable.

El abordaje es participativo porque, de forma explícita, consideró a un grupo amplio de funcionarios tanto del nivel federal como de las 32 entidades federativas para la priorización de las estrategias propuestas. En este sentido, también es innovador, al incluir en la priorización la visión sobre relevancia y factibilidad que tanto los funcionarios federales como los responsables estatales de calidad consideraron para cada estrategia propuesta.

De este ejercicio, que partió inicialmente de un total de 132 estrategias, se priorizaron 33 distribuidas en los seis componentes mencionados. Entre los componentes, el que resultó prioritario para atender fue el relacionado con el liderazgo que, en lo concreto, se traduce en la necesidad de fortalecer el rol de la calidad en la estructura formal en cada una de las 32 entidades, de forma que se cuente con un abordaje homogéneo tanto en contenido como en capacidad de incidir. Por lo que se refiere a los sistemas de información, se prioriza el rediseño del sistema de indicadores para asegurar su confiabilidad y, en este sentido, utilidad para la toma de decisiones.

Hay un énfasis en la necesidad de desarrollar competencias en la atención centrada en el paciente / familia / comunidad, como un eje del modelo de atención, para el que la priorización señala la relevancia de enfocarse en los mecanismos de referencia y contrareferencia.

Por lo que se refiere a la estandarización de la atención, se subraya la importancia de una política para el fomento del uso de vías clínicas y modelos de atención, en tanto que se llama a una evaluación de la efectividad y costo-efectividad del programa de acreditación.

En relación con aspectos estructurales, se prioriza la planificación de la construcción de nuevas unidades para buscar un equilibrio territorial, así como una política de recursos humanos que permita contar con un número adecuado y homogéneamente distribuido de los mismos. De la misma manera, se priorizó el utilizar información sobre necesidades como guía para el abasto de medicamentos.

En cuanto al financiamiento, se priorizó analizar esquemas de financiamiento para incrementar el gasto público en salud a los niveles de los países en la OCDE.

Las cinco estrategias que resultaron con mayor puntuación en la priorización se enfocan en el liderazgo, los sistemas de información, los recursos humanos y el financiamiento para la salud en general. La amplitud, en términos de lo que cubren las estrategias priorizadas, señala la relevancia de un abordaje integral para la calidad de los servicios de salud, lo que es consistente con el Prosesa 2013-2018. De hecho, para cada estrategia priorizada es posible identificar su alineación con los diferentes objetivos propuestos en el Prosesa 2013-2018.

La intención de este libro es poner a disposición de todos los actores relevantes en el sector salud el complemento necesario al ejercicio de diagnóstico desarrollado: el conjunto de estrategias que, de ser implementadas de forma integrada, contribuirán a mejorar la calidad del primer nivel de atención que se proporciona en los servicios estatales de salud. Éste es, en ese sentido, un paso adicional para la traducción en mejoras tangibles para la población de la investigación, en forma de un insumo que sirva de hoja de ruta para la mejora de la calidad.

Mauricio Hernández Ávila
Director General
Instituto Nacional de Salud Pública

Referencias

1. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
2. Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P: Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. Ginebra: WHO, 2006.

Todos los países aspiran a que sus ciudadanos gocen de la mayor calidad de vida posible. Así, la definición de salud, firmada por 61 Estados en la Conferencia Sanitaria Internacional (Nueva York, 22 de julio de 1946), y aún vigente, señala que *salud* “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo tanto, la idea universal de *salud* depende de la interacción de factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos. Los procesos anteriores no están aislados ni son independientes, sino que se imbrican unos con otros; de ahí que la *salud* sea un fenómeno social que sólo se puede explicar si se tiene en cuenta que se trata de factores de alto grado de complejidad: hechos humanos que involucran una elevada cantidad de variables con fuerte interacción entre ellas.

Dada esta comprensión universal, no es de extrañar que los líderes de las naciones que se reunieron en la Conferencia Internacional de Alma Ata (URSS, 6 a 12 de septiembre de 1978) hayan ratificado dichos conceptos agregando que *salud*:

es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud [...].

Para el cumplimiento de este derecho, señalan que:

la atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La descripción anterior no puede ser más clara: para lograr el estado de bienestar propuesto, así como el derecho a la salud, la herramienta esencial es la atención primaria a la salud (APS). Desafortunadamente, muchos interpretan la APS como “servicios pobres para los pobres”; nada más alejado al espíritu de Alma Ata.

Por esta razón, tras haber constatado los escasos avances en la materia y a solicitud de los países miembro, la OPS decidió examinar los principios que, décadas atrás, inspiraron la Declaración de Alma Ata. El objetivo era formular las futuras orientaciones estratégicas en APS. La estrategia resultante, que se presentó en 2003 dentro del documento *APS renovada*, buscaba reimpulsar el desarrollo de los sistemas de salud basados en APS.

Años después, al observar que millones de personas aún permanecían sin acceso a servicios esenciales de atención, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su 67º periodo de sesiones, invitó a los Estados miembro a que reconocieran “la importancia de la cobertura universal de salud en los sistemas nacionales de salud, especialmente mediante mecanismos de atención primaria de la salud”. En mayo de 2014, el Consejo Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su 154ª sesión, señaló que la cobertura universal en salud significa que:

todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados que necesitan a lo largo del curso de vida con calidad y sin dificultades financieras. Ésta se fundamenta en los valores de la atención primaria de salud (APS), en el espíritu de Alma Ata, y su valor central es el derecho que tiene toda persona al goce del grado máximo de la salud.

En estos días, la OPS lleva, a su cuerpo directivo, una propuesta de líneas estratégicas para lograr el “objetivo del siglo XXI y de la agenda pos 2015: la cobertura universal en salud”. Entre éstas, destaca la necesidad de que los países avancen en proveer acceso universal a servicios de salud integrales e inclusivos, que sean coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional; identifiquen las necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población, al igual que las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad; definan e implementen acciones para mejorar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, para lo cual han de aumentar la capacidad resolutoria del primer nivel mediante redes integradas de servicios de salud.

Una y otra vez, ha resurgido la siempre joven APS como la clave para lograr el derecho a la salud y como elemento sustancial de la vieja máxima “salud para todos”. Entonces, ¿qué ha pasado? En el discurso todos parecen estar de acuerdo pero, a la hora de las decisiones, los países siguen privilegiando un modelo centrado en el hospital, la alta tecnología y la curación de enfermedades. Cuando se trata de diseñar políticas, no priorizan la inversión en infraestructura, recursos humanos ni tecnologías sanitarias para un trabajo efectivo en la comunidad, capaz de actuar sobre las determinantes sociales y de acercar la salud al hábitat de las personas.

Esta falta mundial de coherencia entre el discurso y la acción hace pensar que hay fuertes intereses en juego y que éstos privilegian el modelo médico industrial, el que está al servicio de la “salud como negocio” sobre aquél que entiende la “salud como derecho”. Este modelo industrial, además de perpetuar las determinantes sociales de la salud, hace que los esfuerzos por implementar el espíritu de Alma Ata de manera real parezcan “contra corriente”.

Por lo anterior y como OPS, celebremos los esfuerzos que ha hecho México, uno de los cuales es esta publicación. Hagámoslo no sólo por el hecho de haber diagnosticado la situación actual, sino, especialmente, por el coraje de proponer soluciones concretas y prácticas que han nacido del diálogo, la escucha y la investigación rigurosa. Atención primaria a la salud: aún hay esperanzas en este enorme y diverso país que tanto te necesita.

Dr. Osvaldo Artaza Barrios
Asesor Sistemas y Servicios
OPS/OMS México

Esta aportación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) aborda la construcción de un conjunto de intervenciones que tienen el potencial de contribuir a mejorar la calidad del primer nivel de atención en México. Este documento complementa al trabajo del Diagnóstico estratégico de la calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud.

El INSP elaboró una propuesta que es congruente con un contexto de país complejo desde el punto de vista de la organización del sector salud, cuyas 32 entidades federativas presentan un mosaico organizacional, heterogéneo, con distintos grados de avance en sus capacidades y desempeño, y que tiene a su cargo una población con asimetrías profundas en sus necesidades y estado de salud.

Entre sus principales atributos es posible reconocer que es un libro útil y práctico porque representa un insumo confiable para quienes toman decisiones para el diseño e implementación de mejoras en el primer nivel de atención del país; el contenido describe las propuestas de intervención a partir del diagnóstico estratégico y reconoce frontalmente la problemática y limitaciones en cada componente, seguidamente establece un proceso de priorización, propone estrategias específicas e incluye el tiempo y los indicadores de seguimiento de la implementación, todo ello presentado de forma integral.

Las propuestas de intervenciones están sustentadas en una metodología robusta. El grupo de investigadores del INSP incluyó al personal de la Dirección de Calidad y Educación en Salud y a los representantes estatales de calidad de la mayoría de las entidades federativas. Esta decisión permitió que las propuestas de intervención logaran una visión comprensiva de la situación de forma que la visión académica se complementa con las aportaciones de quienes son responsables de la rectoría y la gestión de la calidad de los servicios. Esta característica brinda aplicabilidad y congruencia con el contexto en el cual las propuestas de intervenciones pueden ser potencialmente aplicables. Las intervenciones están descritas de acuerdo con la estructura del diagnóstico: (i) liderazgo; (ii) sistema de información para la calidad; (iii) participación de pacientes y población; (iv) regulación y estándares que incluye: acreditación y certificación y guías de práctica clínica y otras herramientas de diseño de procesos; (v) capacidad organizacional que abarca infraestructura y recursos humanos, sistema de suministro de medicamentos y financiamiento e incentivos; y (vi) modelos de atención.

El diseño de las intervenciones en cada componente tomó en cuenta los procesos o acciones existentes susceptibles de mejora y elaboró propuestas de innovaciones que complementan los vacíos existentes. Para cada componente, las recomendaciones se sometieron a un ejercicio de priorización que abarcó su relevancia para la mejora de la calidad y la factibilidad de la implementación además, identificó las acciones que requerirían recursos adicionales y las que podrían implementarse con los recursos disponibles. La propuesta metodológica de las intervenciones está respaldada por dos marcos de referencia: el esquema de componentes para el análisis y formulación de estrategias de mejora sistémicas propuesto por la Organización Mundial de la Salud y adaptado al contexto del sistema de salud mexicano y el segundo marco referencial se enfoca en la clasificación de las propuestas de intervención según su grado

de certeza y consenso acerca de su relevancia y factibilidad, y apoyado en el esquema de la matriz de Stacey¹, que consiste en una herramienta de gestión de innovaciones de ejercicio del liderazgo en las organizaciones. La descripción de cada intervención, indicadores de seguimiento y resultados, incluyendo el plazo esperado utiliza en forma didáctica cuadros y gráficos, lo cual brinda mayor posibilidad de comprensión y aplicabilidad. Asimismo los capítulos tienen anexos en los que se da cuenta de los aspectos cualitativos, testimonios de los participantes y se brinda mayor detalle de las calificaciones y puntuaciones para priorizar. Es conveniente mencionar que si bien algunos temas parecieran no ser exhaustivos en su manejo, una gran parte de la información que no se consideró relevante o prioritaria está contenida en los anexos, lo cual indica que los temas fueron discutidos a profundidad por los participantes.

A continuación se mencionan brevemente los principales contenidos de cada uno de los componentes.

Componente 1. Liderazgo

El componente reconoce la necesidad de fortalecer el ejercicio del liderazgo centrado en la calidad y enfocado en las prioridades de salud de la población, para lo cual se requiere ejercer el poder, cuya definición moderna es la capacidad de asignar recursos para la sociedad, y la autoridad. Estas acciones requieren del desarrollo de capacidades técnicas y gerenciales. El ejercicio de priorización identificó tres líneas estratégicas: (i) homogeneización del nivel jerárquico y redefinición del perfil y funciones de los representantes estatales de salud y gestores de calidad; (ii) formación en calidad y liderazgo de los responsables de calidad; (iii) establecimiento de líneas de coordinación entre los distintos componentes del sistema. Para cada línea estratégica se identificaron los indicadores de seguimiento y los resultados esperados de las intervenciones propuestas, y se identifica que estos pueden obtenerse en el corto y mediano plazo (6 meses a 2 años).

Componente 2. Sistema de información

El análisis del sistema de información confirma la necesidad apremiante de rediseñarlo hacia la calidad. El rediseño debe incluir sus indicadores; con lo cual mediante la utilización de indicadores internacionales y enriqueciéndolo con la introducción de indicadores de calidad de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, los cuales a la fecha no existen como parte de la medición de la calidad en el sector salud.

Las tres intervenciones priorizadas comprenden: (i) rediseño del sistema de indicadores sustentado en una metodología robusta que brinde validez, confiabilidad, utilidad y jerarquización; (ii) el fomento del uso de la información para la mejora de la calidad y (iii) evaluación integral del Sistema de Información de Calidad, que incluye Indicas. Los resultados de las propuestas se estima que sean visibles en un plazo de uno a cinco años, lo que indica la complejidad, el grado de compromiso e inversión necesarios para lograrlo.

Las recomendaciones son atinadas y aunque las propuestas están enfocadas hacia la utilización de un sistema de información, es razonable reconocer que se requiere una inversión constante en recursos humanos, tecnología, equipamiento y capacitación para construir y mantener un sistema de información confiable y que brinde datos útiles para la toma de decisiones. La heterogeneidad en la disponibilidad, uso y calidad de la información del país es un tema que es urgente afrontar como parte de las iniciativas. Actualmente ya existen tecnologías y herramientas para lograr que sistemas heterogéneos brinden información homogénea a través de minería de datos y bases de datos virtuales, aunque todavía se requiere construir las capacidades institucionales para lograrlo.

Componente 3. Participación de pacientes y población

En el país es creciente el interés y la apertura del sector salud para fomentar la participación del usuario y de la población en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios de salud. Este tema es de particular relevancia porque los servicios de atención primaria representan el punto de entrada del usuario al sistema de salud. La organización de los servicios centrados en el usuario, el reconocimiento de los derechos de los pacientes, la implementación de un sistema de quejas y sugerencia y del Aval Ciudadano son algunas de las múltiples facetas que requieren mayor desarrollo.

Las aportaciones del trabajo enriquecen lo que hasta ahora se ha avanzado en lo referente a la participación de pacientes, familia y población. Las intervenciones se agrupan en tres vertientes: (i) Marco conceptual, jurídico y normativo; (ii) Fomento de la participación del paciente y (iii) Fomento de la participación de la población. A su vez cada grupo aborda en forma meticulosa las intervenciones correspondientes, estableciendo sus indicadores y el tiempo para lograr los resultados esperados, el cual va de uno a cinco años.

Este componente requiere de un trabajo constante de capacitación y educación al personal de salud y la población, para lo cual se requiere de la participación de expertos en aspectos sociales, legales, antropológicos y en comunicación, lo que indica la complejidad de este campo cuya transformación es constante debido a la dinámica social. La propuesta tiene la perspectiva de la percepción y participación de los usuarios en las actividades de mejora de la calidad con lo cual se incrementaría la probabilidad de lograr cumplir sus expectativas y satisfacer sus necesidades.

Componente 4. Regulación y estándares

Este componente abarca dos subcomponentes: (i) desarrollo e implementación de normas o guías para la práctica clínica y (ii) estrategia de mejora de la calidad basada en regulación y estándares: Acreditación y certificación de unidades de atención.

Subcomponente 4.1. Desarrollo e implementación de normas o guías para la práctica clínica

México ha logrado un avance substancial en el diseño e implementación de guías de práctica clínica y el subcomponente 4.1. Guías de práctica clínica establece algunos aspectos específicos que contribuyen a consolidar el quehacer del sector en este campo. Las estrategias abarcan tres vertientes: (i) Estrategias con consenso de alta prioridad; (ii) Estrategias calificadas con alta relevancia y mediana factibilidad y (iii) Selección de estrategias adicionales con base en priorización parcial o la evidencia científica.

Las estrategias con consenso de alta prioridad incluyen intervenciones para especificar la metodología para seleccionar y priorizar temas, los procedimientos de actualización de las guías, el establecimiento de directrices para adaptación y dar formato, los mecanismos de valoración de evidencia y el diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad de guías de práctica clínica prioritarias. Las estrategias calificadas con alta relevancia y mediana factibilidad comprenden intervenciones que abordan los aspectos jurídicos hacia la homologación sectorial y su relación con las normas sobre procesos clínicos, además de intervenciones para evaluar e intervenir en los problemas de difusión e implementación de las guías. Las estrategias adicionales incluyen la incorporación de las guías a la docencia universitaria, la valoración sistemática de la calidad formal, los procedimientos de adaptación local y participación y la política sectorial. Los indicadores están definidos para cada una de las intervenciones y se asume que pueden brindarse resultados entre seis meses y dos años.

Subcomponente 4.2. Estrategia de mejora de la calidad basada en regulación y estándares: acreditación y certificación de unidades de atención

Este componente aporta una visión crítica que precisa que estas actividades justifiquen su quehacer y al mismo tiempo propone reformas trascendentes, dada la distorsión que fue descrita en el diagnóstico situacional. En este sentido, las recomendaciones consisten en: (i) Armonizar la terminología (certificación y acreditación) con el contexto internacional; (ii) Hacer explícitos los objetivos de Programa (de Certificación), la participación deseable de la Secretaría, y los beneficios potenciales para el sistema de salud; (iii) Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades (que certifiquen y acrediten); (iv) Incrementar los niveles de transparencia; (v) Revisar los criterios (de acreditación) teniendo en cuenta las normas existentes; (vi) Evaluar efectividad y costo/efectividad de los Programas de Certificación y Acreditación y (vii) Ampliar cobertura (en acreditación), una vez comprobada su efectividad. La participación de todo el sector en este componente resulta vital para que evolucione la acreditación y certificación de establecimientos de salud en el país, para lo cual es necesario conducir estudios que brinden la evidencia sobre su impacto en la mejora de la calidad de los servicios.

Componente 5. Capacidad organizacional

En este capítulo, el componente se enfoca principalmente en los aspectos relacionados con infraestructura física y recursos humanos para la oferta de servicios de salud de calidad. Este componente reviste particular importancia porque existe una marcada asimetría en la capacidad de oferta y la función de producción de servicios de atención primaria en las entidades federativas² lo cual limita la posibilidad de que se brinden servicios con el mismo nivel de calidad en todo el sector, situación ya identificada hace tiempo por la propia Secretaría de Salud.³

Subcomponente 5.1 Infraestructura y recursos humanos

En lo referente a la estructura física, las principales tareas comprenden: (i) Diseño de indicadores sobre utilización y cobertura efectiva de las caravanas de salud; (ii) Establecer sistema de monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica; (iii) Definir los estándares del mínimos de infraestructura, equipo y material médico con el que deben operar las unidades de atención ambulatoria; (iv) Revisar la cédula de necesidades y catálogos de infraestructura y equipamiento y establecer procedimientos para su actualización y resolución; (v) Revisar el Plan Maestro de Infraestructura y establecer procedimientos para clarificar criterios de planificación de nuevas unidades; (vi) Completar infraestructura para tener establecimientos de primer nivel de atención con estructura adecuada; (vii) Establecer un sistema de seguimiento de condiciones estructurales de los establecimientos de salud.

En el tema de recursos humanos las tareas incluyen: (i) Integrar la política sobre planificación, formación y gestión de recursos humanos para el sistema de salud; (ii) Asegurar el incremento de recursos humanos en el primer nivel para alcanzar el objetivo de 25 profesionales por 10 mil habitantes, con criterios de equilibrio territorial; (iii) Diseñar e implementar un sistema de oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales y (iv) Educar profesionales en nuevas competencias que refuercen, cualifiquen y combinen las actividades médicas y las de gestión clínica.

La priorización subraya la necesidad de fortalecer y equipar las unidades existentes más que ampliar su número y el tema de los recursos humanos abarca aspectos relacionados a la política de planificación, formación y gestión de recursos humanos con criterios de equilibrio territorial y también aborda los temas contractuales.

Subcomponente 5.2. Suministro de medicamentos

El suministro de medicamentos representa un desafío constante para el sistema de salud; por un lado, tal como lo establecen los autores, es indispensable garantizar el acceso equitativo a medicamentos de calidad asegurada, a un precio accesible para la sociedad y de uso costo-efectivo; por otro lado, también es necesario promover su uso apropiado tanto por el personal de salud como por los usuarios. El enfoque de este componente se refiere a las estrategias para mejorar el Sistema de Suministro de Medicamentos (Sisumed), cuyo punto de partida es el diagnóstico situacional.

Las estrategias con alta prioridad comprenden: (i) Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento; (ii) Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del Sisumed.

Las estrategias de alta relevancia y mediana factibilidad incluyen: (i) Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real); (ii) Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de Precios de Medicamentos de Fuente Única; (iii) Calendarización y cumplimientos con los tiempos de entrega de medicamentos y completar infraestructura para la distribución; (iv) Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados. (v) Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias.

Las estrategias adicionales se refieren a (i) Unificar y transparentar los criterios de selección de medicamentos para la adquisición al nivel estatal, con la participación de los Comités de Farmacia y Terapéutica; (ii) Unificar y transparentar los criterios de selección de medicamentos para la adquisición al nivel estatal, con la participación de los Comités de Farmacia y Terapéutica y (iii) Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado.

Es evidente que la mejora en el suministro de medicamentos es una tarea compleja y que abarca múltiples etapas y distintas intervenciones prioritarias, la consecución de estas recomendaciones redundaría en una mejor disponibilidad de medicamentos para la población, la cual es una demanda no satisfecha cabalmente por el sector salud.

Subcomponente 5.3. Financiamiento e incentivos

La aspiración de las políticas de salud en el país es brindar servicios de salud efectivos y de calidad y para ello se ha incrementado substancialmente el presupuesto en salud en los últimos 10 años principalmente para la población sin seguridad social, no obstante, el gasto de bolsillo continua elevado (47%) y el gasto administrativo representa el 10.7%, más del doble del promedio de los países de la OCDE. En la presente propuesta se identificó la necesidad de incrementar el gasto público en salud, lo cual resultaría cuestionable debido al monto creciente que en términos reales entre 2004 y 2014 se incrementó de 4.4 a 60 mil millones de pesos⁴; si bien resulta razonable argumentar que se deberían incrementar y etiquetar los recursos financiero para la atención primaria a través de un programa de fortalecimiento específico de la estructura. En lo referente a los incentivos se proponen (i) Diseño, implementación y evaluación de esquemas de incentivos a proveedores asociados a medidas de resultados en salud y (ii) Estrategia de incremento en el acceso efectivo a los servicios de salud ambulatorios, con énfasis en poblaciones vulnerables. Esta última es una medida para valorar el efecto del financiamiento en salud en la reducción del gasto de bolsillo, la medición del acceso efectivo a servicios de salud y el establecimiento de piloto y evaluación de estrategias de incentivos para proveedores de servicios de salud en el primer nivel de atención. Si bien las propuestas resultan razonables, es indispensable considerar los mecanismos de recolección de información, criterios de evaluación e impacto fiscal de estas medidas.

Componente 6. Modelos de atención

La Secretaría de Salud tiene experiencia en el diseño e implementación de modelos de atención, principalmente dirigidos a población rural y recientemente a población con problemas de salud específicos, como enfermedades crónicas no transmisibles a través de las Unidades de Especialidades Médicas (Unemes). La importancia del modelo de atención específico en el primer nivel representa un reto, puesto que en la práctica este nivel de atención no ha evolucionado en las últimas décadas y la calibración de un modelo de atención innovador en un sistema poco flexible y con rezagos organizacionales en realidad puede resultar disruptiva. Esto resulta razonable puesto que en las secciones previas se identificó por los autores del trabajo el rezago en infraestructura, organizacional y de recursos humanos en este nivel de atención. La importancia de generar un modelo de atención debe estar vinculada para el propósito para el cual fue diseñado, aunque dentro del contexto de la atención primaria a la salud y en el marco de un sistema de salud con muchas brechas en la articulación con los demás niveles de atención. Las propuestas aquí presentadas justamente buscan cerrar dichas brechas y fortalecer una oferta a través de la integración de la red.

Siguiendo la lógica de los capítulos anteriores, las estrategias definidas son las siguientes: (i) Integración de los diversos subsistemas del primer nivel de atención; (ii) revisar y planificar la implantación del Modelo Integrador de Atención a la Salud (Midas); (iii) definición de las redes de atención funcionales; (iv) Modelo general de atención APS; revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel (v) Coordinar todas actividades de prevención y promoción de la salud integradas en el primer nivel; (vi) Revisión de los mecanismos de referencia y contra-referencia; (vii) Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: revisar criterios de referencia-contra-referencia y (viii) Evaluar y reforzar la utilización de las cartilla de salud.

En conclusión, es posible identificar el esfuerzo realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y las autoridades encargadas de la rectoría y gestión de la calidad en realizar un diagnóstico situacional y al mismo tiempo elaborar una serie de propuestas razonables, congruentes con el contexto del sector y que pueden resultar de utilidad en el diseño de las políticas públicas para mejorar la calidad de atención del primer nivel en el país.

Ricardo Pérez Cuevas
Especialista Senior en Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo

Referencias

1. Stacey RD. Complexity and creativity in organizations. San Francisco: Berrett-Koehler, 1996.
2. Ssa. Observatorio del desempeño ambulatorio 2010. Instituto Nacional de Salud Pública. México 2011.
3. Ssa. México: Hacia la integración del Sistema Nacional de Salud. México, 2010.
4. SHCP. Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2014. México, 2014. Disponible en: http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2014/docs/12/r12_ppcer.pdf

El primer nivel de atención de los sistemas de salud es la piedra angular que determina una atención sanitaria eficiente y adaptada a las necesidades de salud de la población. En la atención primaria se produce la mayoría de los contactos con el sistema y debe ser en ella donde se integren la prevención, curación y promoción de la salud para mantener, mejorar y rehabilitar la salud de la población, en coordinación con los otros dos niveles y contando con la participación de los pacientes y comunidad. La importancia del primer nivel de atención se acrecienta aún más con el cambio epidemiológico que exige continuidad de cuidados, no atención a episodios agudos, para una correcta atención a las enfermedades crónicas, cada vez más prevalentes. Su calidad estructural y de procedimientos es por tanto determinante para que se puedan alcanzar los mejores resultados en salud que cualquier sociedad pueda permitirse.

En México los servicios de primer nivel de los servicios estatales de salud han de prestar atención al conjunto de la población sin seguridad social, la cual, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, se integraba por 29.2 millones de personas sin esquemas de aseguramiento en salud (25.43% de la población) y 42 millones de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que cubría a 36.55% de la población. Un total de 71.2 millones de personas, que incluye a los segmentos poblacionales más vulnerables y necesitados de una atención primaria de calidad.¹ Sobre este total podría descontarse a la población que en principio atiende el IMSS-Oportunidades, estimada en 6 millones de personas, lo que dejaría la cifra en 65.2 millones de personas.^{2,3}

Gestionar y mejorar la calidad de los servicios de salud implica prestar atención explícita a un conjunto de dimensiones^{4,5} que funcionan sobre una base estructural determinada, algunas de las cuales aplican sobre todo a la atención clínica individual de aquellos que contactan el sistema (atención basada en la mejor evidencia científica que va pareja a su efectividad, eficiencia y seguridad), otras que implican un enfoque poblacional (accesibilidad, equidad) y otras, como la atención centrada en el paciente, familia y población, que aplican a ambos ámbitos y tienen sentido en todas y cada una de las acciones del sistema de salud. Las estrategias de mejora sistémicas son así también necesariamente complejas y deben basarse en un conocimiento detallado de las condiciones estructurales y procedimientos establecidos que dificultan o facilitan la atención de calidad.

La complejidad de los sistemas de salud y de las implicaciones operativas del concepto de calidad hacen necesaria una sistematización o marco referencial, parsimonioso pero a la vez integral, tanto para el análisis de los problemas existentes como para la formulación de las estrategias de mejora. Al mismo tiempo, particularmente en este último rubro y de cara a su implementación efectiva, es conveniente tener presente la propia complejidad del sistema y las implicaciones de la aplicación del marco conceptual de la ciencia compleja⁶ al introducir cambios e innovaciones.

En el estudio que da base a este documento hemos considerado ambos requerimientos, multidimensionalidad de la calidad y complejidad del sistema de salud, utilizando fundamentalmente dos marcos de referencia metodológicos, enriquecidos con otras metodologías y

marcos conceptuales puntuales. El primer marco es el esquema de componentes para el análisis y formulación de estrategias de mejora sistémica, contenido en un documento de la Organización Mundial de la Salud,⁴ y aplicado con éxito en otros proyectos y países,^{*,7} adaptado a las circunstancias del sistema de salud mexicano, sobre todo en la especificación de subcomponentes (como el suministro de medicamentos dentro del componente de capacidad organizacional o la doble problemática de los programas de certificación y acreditación dentro del componente de regulación y estándares).

La segunda referencia metodológica es la búsqueda de clasificación de las propuestas de intervención según su grado de certeza y de acuerdo (o consenso) sobre su relevancia y factibilidad, puesto que ello ha de influir en la formulación de las estrategias de implementación, siguiendo el esquema de la matriz de Stacey,⁸ una de las herramientas de gestión de las innovaciones derivadas de la aplicación de la ciencia compleja al ejercicio del liderazgo en las organizaciones.⁹ El grado de certeza se procura fundamentar con los datos del diagnóstico de situación, en el que se aplicaron esquemas metodológicos para cada componente refrendados por la literatura nacional e internacional; mientras que el grado de acuerdo se averigua de forma directa procurando la participación de los actores que han de estar implicados en la implementación de las intervenciones (en este caso fundamentalmente la Dirección General de Calidad y Educación en Salud [DGCES] y los responsables de calidad de las entidades federativas, aunque también se consultó a otras unidades como la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud), a los que se pidió una calificación explícita de la relevancia y factibilidad de las intervenciones que se derivaron del diagnóstico de situación. Las intervenciones sobre las que hay consenso o conflicto necesitan estrategias adicionales que implican normalmente negociación, capacitación y mayores niveles de comunicación y entendimiento e incluso de estudios demostrativos que serán también útiles

para aclarar o reforzar el nivel de certeza de aquellas intervenciones que lo necesiten.

El presente documento describe en detalle las propuestas surgidas del diagnóstico de situación realizado,¹⁰ y el proceso de priorización que, junto con lo que indica la literatura internacional en cada caso, culmina con una estrategia específica para cada uno de los componentes estratégicos considerados y los indicadores para el seguimiento de su implementación a corto y medio plazo. Se presenta también una estrategia conjunta, integral, priorizando las intervenciones sobre las que hay un mayor consenso, junto con las que pueden resultar imprescindibles aunque necesiten esfuerzos adicionales para lograr la aceptación y entendimiento.

Referencias

1. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl. 2:S83-S90.
2. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex* 2011;53 supl. 2:S220-S232.
3. Lazcano-Ponce E, Gómez-Dantés H, Rojas R, Garrido-Latorre F. Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación externa, 2012. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
4. Institute of Medicine: Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington: National Academy Press, 2001.
5. Bengoa R, Kawar R, Key P, Leathermam S, Massoud R, Saturno P. Quality of care. A process for making strategic choices in Health Systems. Ginebra: WHO, 2006.
6. Stacey RD. Strategic management and organisational dynamics: The challenge of complexity. 6a. ed. Nueva York: Prentice Hall, 2011.
7. Saturno PJ. Evaluación USAID/Guatemala: Diagnóstico estratégico de las iniciativas sobre el mejoramiento de la calidad en servicios de salud. Washington: GH Tech Bridge, 2012.
8. Stacey RD. Complexity and creativity in organizations. San Francisco: Berrett-Koehler, 1996.
9. Plsek P, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001;323:625-628.
10. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.

* Saturno PJ. Quality management systems in the CEE/CIS Region. Cross-cutting strategic issues. Ginebra: UNICEF, 2011. Documento sin publicar

Metodología para la identificación de recomendaciones y estrategias de intervención

La base principal de las intervenciones que se recomiendan para la mejora de la calidad del primer nivel de atención son las brechas encontradas en el diagnóstico estratégico de situación previamente realizado.¹

Agrupación de las intervenciones propuestas

Las intervenciones derivadas de las brechas que documentó el diagnóstico se agrupan, en primer lugar, según el componente estratégico del esquema de análisis utilizado: a) liderazgo; b) sistema de información para la calidad; c) participación de pacientes y población; d) regulación y estándares, incluyendo guías de práctica clínica y otras herramientas de diseño de procesos, y regulación y estándares; e) capacidad organizacional, incluyendo infraestructura y recursos humanos, sistema de suministro de medicamentos y financiamiento e incentivos; y f) modelos de atención. Una descripción conceptual de cada uno de estos componentes puede verse en el documento sobre el diagnóstico estratégico¹ y la referencia metodológica en que se basa.²

Con el objeto de sistematizar las intervenciones para todos los componentes y visualizar sus implicaciones prácticas, a continuación las presentamos clasificadas, según si inciden sobre procesos o acciones ya existentes, reformándolos, o según si son innovaciones completas por no estar contempladas en forma alguna en la situación actual. Adicionalmente, se reflexionó sobre cuáles de ellas necesitarían presupuesto específico o recursos adicionales para ser implementadas y cuáles podrían implementarse con los recursos existentes. Esta primera clasificación se puede consultar en los anexos A de los capítulos sobre las intervenciones propuestas para cada componente.

Listado depurado para el primer ejercicio de priorización

Tras una revisión adicional para evitar traslapes y repeticiones, se elaboró un listado depurado para ser sometido a un ejercicio de priorización por parte de los responsables estatales de calidad (REC) de las entidades federativas y del personal de la DGCES, en el que se explicó el proceso seguido hasta este momento y se les facilitó el cuestionario que puede verse en el anexo A de este documento, para que realizaran la priorización de forma numérica en cada una de las intervenciones propuestas, considerando separadamente la relevancia y el grado de factibilidad de cada una. La escala de puntuación para ambas características fue de 1 a 5, de menos a más relevante o factible, y realizado de forma individual (sin discusión previa), siguiendo los principios de la técnica de grupo nominal.³ En este listado se identificaron, de forma interna, las intervenciones que consideramos directas, de otras que implican capacitación y las que implican la realización de estudios o proyectos de investigación adicionales.

En el cuestionario se dio también espacio para que anotaran cualquier comentario que pareciera oportuno en relación con las propuestas. Una vez realizado el ejercicio de puntuación, se discutieron las propuestas para obtener información adicional sobre opiniones y actitudes determinadas. Ésta se analizó de forma cualitativa, agrupándolas en temas y cuestiones concretas y resumiéndolas en conclusiones que pudieran ser útiles para matizar la priorización numérica, con atención especial en las probables barreras y conflictos para la implementación de las intervenciones propuestas. El resultado del análisis cualitativo estructurado de la discusión en torno a las propuestas sobre cada componente

estratégico se incluye como anexo en el capítulo correspondiente y se utiliza para matizar la propuesta surgida de la puntuación numérica.

Análisis de los resultados del ejercicio de priorización

Los datos de las puntuaciones obtenidas en el ejercicio de priorización se analizaron de manera global y pormenorizada por componente estratégico, en ambos casos distinguiendo entre lo expresado por los responsables de calidad y el personal de la DGCES.

Valoración global

Para la valoración global se calculó el grado o porcentaje de acuerdo estandarizado para cada dimensión, teniendo en cuenta tanto las diversas recomendaciones que contiene cada componente como las personas que puntuaron en los dos colectivos. El porcentaje de acuerdo estandarizado resulta de la aplicación de la siguiente fórmula:

$$\text{Puntuación estandarizada componente X} = \frac{(\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible})}{(\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible})}$$

donde:

la puntuación obtenida es la suma de todas las puntuaciones, incluyendo todas las recomendaciones y todos los individuos que puntuaron;
la puntuación mínima posible es: $1 \times n^\circ$ individuos que puntuaron;
la puntuación máxima posible es: $5 \times n^\circ$ de individuos que puntuaron

La mecánica de cálculo es semejante a la utilizada para valorar cada uno de los dominios de la calidad formal de las guías de práctica clínica con el cuestionario AGREE.⁴ Un ejemplo de interpretación del mismo se describe en el cuadro adjunto.

Valoración específica

Para la valoración específica de las propuestas de intervención dentro de cada componente estratégico, se calculó el promedio de puntuación para cada una (en cuanto a relevancia y factibilidad separadamente para responsables de calidad y personal de DGCES). El resultado completo se describe en el anexo C, pero el objetivo principal fue destacar aquellas intervenciones que podríamos considerar prioritarias según la opinión de los responsables de calidad y de la DGCES. Para ello se utilizaron los siguientes criterios:

- Recomendaciones prioritarias (puntuación ≥ 4) en relevancia y factibilidad tanto por responsables de calidad como por DGCES. Éstas se consideran primero.
- Recomendaciones prioritarias según relevancia en ambos grupos, pero con factibilidad < 4 para uno de los grupos. Éstas se consideran en segundo lugar.
- Recomendaciones prioritarias en cuanto y relevancia y factibilidad en sólo uno de los dos grupos. Éstas se consideran en tercer lugar. Como la responsabilidad es compartida y no hay consenso, precisan de mayor negociación y quizá normatividad.

Ejemplo de cálculo del grado de acuerdo estandarizado por componente estratégico de la relevancia y factibilidad de las propuestas de intervención

Componente 1. Liderazgo

- Total de intervenciones propuestas: 8 (codificadas de i1 a i8)
- Número de participantes: 37 REC y 7 DGCES
- Escalas de puntuación para relevancia para mejorar la calidad y factibilidad de implementación de cada intervención: de 1 a 5. Con el siguiente significado:

| Relevancia para mejorar la calidad | Factibilidad de implementación |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 1 – Irrelevante | 1 – No factible |
| 2 – Poco relevante | 2 – Poco factible |
| 3 – Medianamente relevante | 3 – Medianamente factible |
| 4 – Muy relevante | 4 – Muy factible |
| 5 – Máxima relevancia | 5 – Totalmente factible |

a) Cálculo del grado de acuerdo o puntuación estandarizada para la relevancia de las propuestas de intervención del componente 1, según los REC, donde tres de los elementos fueron puntuados por 36 REC y los cinco restantes por todos:

- Puntuación obtenida = 181 (i1) + 183 (i2) + 176.5 (i3) + 170 (i4) + 175 (i5) + 165 (i6) + 158 (i7) + 172 (i8) = 1380.5
- Puntuación máxima posible = [5 (máxima relevancia) x 5 (ítems) x 37 (REC)] + [5 (máxima relevancia) x 3 (ítems) x 36 (REC)] = 925 + 540 = 1465
- Puntuación mínima posible = [1 (irrelevante) x 5 (ítems) x 37 (REC)] + [1 (irrelevante) x 3 (ítems) x 36 (REC)] = 185 + 108 = 293

Puntuación estandarizada del componente 1 = [(Puntuación obtenida – Puntuación mínima posible) / (Puntuación máxima posible – Puntuación mínima posible)]x100 = [(1380.5–293) / (1465 –293)] x 100 = (1087.5/1172) x 100 = 92.79 %

Interpretación. El componente 1 (liderazgo) ha sido calificado por los REC con 92.79 % sobre máxima relevancia

b) Cálculo del grado de acuerdo o puntuación estandarizada para la relevancia de las propuestas de intervención del componente 1, según personal de la DGCES, donde todos los elementos fueron puntuados por todos:

- Número de participantes: 7 DGCES, y todos puntuaron todas las propuestas de intervención:
- Puntuación obtenida = 31 (i.1) + 30 (i.2) + 32 (i.3) + 32 (i.4) + 35 (i.5) + 32 (i.6) + 29 (i.7) + 33 (i.8) = 254
- Puntuación máxima posible = 5 (máxima relevancia) x 8 (ítems) x 7 (DGCES) = 280
- Puntuación mínima posible = 1 (irrelevante) x 8 (ítems) x 7 (DGCES) = 56

Puntuación estandarizada del componente 1 para el personal de la DGCES = [Puntuación obtenida – Puntuación mínima posible /Puntuación máxima posible – Puntuación mínima posible]x100 = [(254 – 56) / (280 – 56)] x 100 = (198 /224) x 100 = 88.39 %

Interpretación: el componente 1 (liderazgo) ha sido calificado por la DGCES con 88.39 % sobre máxima relevancia

REC: responsable estatal de calidad; DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Los resultados completos de este ejercicio de priorización para las propuestas de cada componente estratégico se describen en el anexo C. Las intervenciones priorizadas a que dio lugar siguiendo los criterios descritos más arriba se explican en el capítulo correspondiente a cada componente y se recogen en su conjunto en el anexo D, precisando las puntuaciones según los criterios que las destacan como prioritarias.

Como complemento, dadas las limitaciones que pudiese tener en cuanto a representatividad de los participantes en el ejercicio de priorización (particularmente en relación con el personal de la DGCES), la propuesta final de intervenciones prioritarias tiene en cuenta los comentarios surgidos en la discusión analizados estructuralmente, que matizan barreras de implementación y ciertos disensos y lagunas conceptuales, y también la literatura nacional e internacional sobre cada uno de los componentes.

La propuesta de intervenciones priorizadas en cada componente constituye una verdadera hoja de ruta estratégica para incidir de forma significativa en la mejora de la calidad de la atención de primer nivel de los Sesa. No obstante, para completar la visión de intervenciones prioritarias, el listado resultante del primer ejercicio de priorización se presentó en un segundo taller, solicitando una segunda priorización más restrictiva, mediante el cuestionario que se adjunta como anexo B.

Segundo ejercicio de priorización

El listado de intervenciones priorizadas se sometió a un segundo ejercicio de dos partes. En primer lugar se pidió elegir sólo tres intervenciones en cada componente estratégico, se puntuaron de 1 a 3 de menor a mayor importancia; a continuación se pidió que se eligieran tres intervenciones, igualmente puntuadas de 1 a 3, considerando todas las del listado sea cual fuese el componente en que estuviesen encuadradas. El enfoque

fue, como para el primer ejercicio, basado en la técnica de grupo nominal. No se pidió la puntuación de la factibilidad por separado y explícitamente, para que el ejercicio reflejase lo que se percibe como más necesario o prioritario. Esto permitió destacar una intervención, por componente, y tres, en general. El resultado lo consideramos meramente orientativo, por una parte porque la participación en este segundo ejercicio fue sensiblemente menor, con ausencia además del personal de la DGCES, y por otra, y sobre todo, porque fueron muy numerosas las recomendaciones consideradas de muy alta relevancia tras el primer ejercicio, y no sería adecuado ignorar ese panorama más general.

El análisis de resultados de este segundo ejercicio de priorización explícita consistió en sumar las puntuaciones de los participantes a las recomendaciones que consideraron prioritarias, destacaron una recomendación por componente estratégico con base en la primera parte del ejercicio, y una selección ordenada con puntuación de mayor a menor, de todas aquellas que fueron elegidas por los participantes dentro de las tres prioritarias de forma global.

Referencias

1. Saturno PJ, Gutiérrez JP, Armendáriz DM, Armenta N, Candia E, Contreras D, Fernández M, Galván A, Hernández JL, Hernández Ávila JE, Palacio LS, Poblano O, Vértiz J, Vieyra W, Wirtz V. Calidad del primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud. Diagnóstico estratégico de la situación actual. Cuernavaca, México: INSP, 2014.
2. Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. Ginebra: WHO, 2006.
3. Delbecq AL, Van de Ven AH, Gustafson DH. Técnicas grupales para la planeación. México: Trillas, 1984.
4. Instrumento AGREE II. Instrumento para la Evaluación de las guías de práctica clínica, Consorcio AGREE [consultado mayo de 2000]. Disponible en: <http://www.guiasalud.es>

Visión global

Intervenciones propuestas, componentes estratégicos priorizados e intervenciones destacadas

El diagnóstico de situación realizado siguiendo modelos de análisis basados en publicaciones internacionales, pero adaptados al sistema de salud mexicano, puso de manifiesto una gran cantidad de brechas en todos y cada uno de los componentes estratégicos analizados. Las disfunciones y problemática encontrada y documentada dio lugar a una propuesta con un total de 132 intervenciones repartidas entre todos los componentes estratégicos en la forma que puede verse en la segunda columna del cuadro 1.

La mayor o menor cantidad de intervenciones propuestas en cada componente no se relaciona necesariamente con una mayor o menor problemática sino, entre otras cosas, con cuán detallado pudo ser el análisis en función de los datos disponibles, y con lo minucioso que sea el modelo de análisis utilizado en cada componente. Puede concluirse, sin embargo, que parece evidente la necesidad de un enfoque integral, con intervenciones en todos los componentes considerados, si se quiere diseñar una estrategia para mejorar la atención de primer

Cuadro 1. Propuestas de intervención para mejorar la calidad del primer nivel de atención, según componente estratégico. Total inicial y resultado de los talleres de priorización

| Componente estratégico | Intervenciones propuestas tras diagnóstico de situación | Intervenciones priorizadas en el primer taller de priorización* | Intervenciones priorizadas en el segundo taller de priorización [‡] |
|---|---|---|--|
| Liderazgo | 8 | 4 | 3 [§] |
| Sistema de información para la calidad | 14 | 5 | 4 [#] |
| Participación de pacientes y población | 16 | 13 | 2 |
| Regulación y estándares: acreditación y certificación | 12 | 12 | 6 |
| Regulación y estándares: guías de práctica clínica | 18 | 13 | 1 |
| Capacidad organizacional: infraestructura física | 9 | 4 | 1 |
| Capacidad organizacional: recursos humanos | 14 | 6 | 3 ^{&} |
| Capacidad organizacional: suministro de medicamentos | 22 | 9 | 4 |
| Capacidad organizacional: financiación e incentivos | 3 | 5 [¶] | 4 [∞] |
| Modelos de atención | 16 | 9 | 5 |
| Total | 132 | 80 | 33 |

* Tras puntuar de 1 a 5 todas las intervenciones en cuanto a relevancia y factibilidad

‡ Con alguna puntuación, tras puntuar de 1 a 3 las tres intervenciones más relevantes de entre el listado resultante de la primera priorización

§ Incluye la intervención más puntuada

Incluye la segunda intervención más puntuada

& Incluye dos de las tres intervenciones puntuadas en tercer lugar (*ex aequo* con otras dos)

¶ Dos de ellas fueron omitidas en el primer ejercicio de priorización pero se incluyeron para el segundo

∞ Incluye una de las tres intervenciones puntuadas en tercer lugar

nivel. No obstante, por un lado, dado el elevado número de intervenciones propuestas y, por otro, que para implementar cualquier estrategia es aconsejable tener en cuenta no sólo el grado de certeza sobre lo que hay que hacer sino también el grado de acuerdo¹ sobre las acciones por emprender entre los principales actores implicados en la implementación, merece la pena analizar los resultados de los sucesivos ejercicios de priorización.

Resultados globales del primer taller de priorización

Relevancia y factibilidad de los diversos componentes estratégicos. Consensos y disensos entre los responsables estatales de calidad y el personal de la DGCES

El análisis estandarizado de las puntuaciones otorgadas a las intervenciones propuestas (cuadro 2) revela una serie de datos que se deben tener en cuenta para el diseño de la estrategia integral de mejora. En primer lugar, destaca el alto grado de acuerdo con la relevancia de las propuestas de intervención, siempre por encima de 75%, tanto entre los responsables de calidad como entre el personal de la DGCES, y en su mayoría cerca-

nos o por encima de 90%. Este resultado avala en cierta forma la validez del estudio realizado y lo acertado de las propuestas. Sin embargo, un análisis más detallado pone de manifiesto también algunos matices adicionales de interés.

Se nota, por ejemplo, un gradiente general al considerar relevancia y factibilidad, en el sentido de que el acuerdo en cuanto a relevancia es constantemente mayor que en cuanto a factibilidad, con diferencias entre componentes que son también más acentuadas en el caso de la factibilidad. Este dato puede traducir un cierto grado de escepticismo en relación con la capacidad real de cambio por parte del sistema, a pesar de reconocer la relevancia y necesidad de que estos cambios se produzcan. En algunos componentes, la factibilidad de las propuestas para el personal de la DGCES está por debajo de 50%. No parece casual que los valores más bajos al respecto se den precisamente para los componentes que más precisarían de inversión (infraestructura y recursos humanos, y financiamiento e incentivos), y que también escapan mayoritariamente a la responsabilidad de los participantes en el ejercicio de priorización. Los diversos niveles de responsabilidad también pueden explicar que, salvo en un componente (sistema de información para la calidad) el acuerdo del

Cuadro 2. Porcentaje global de valoración de relevancia y factibilidad de los REC y personal de la DGCES sobre cada componente estratégico para la mejora de la atención del primer nivel. Puntuación estandarizada

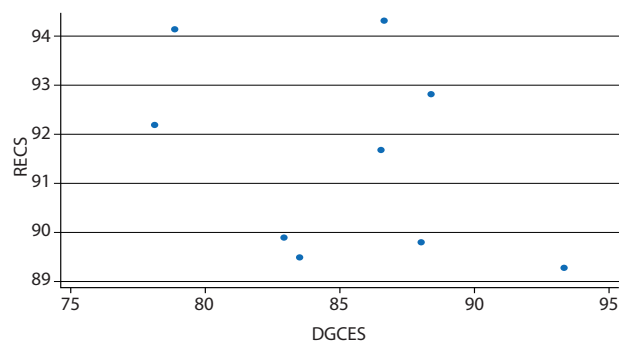
| Componente estratégico | Relevancia | | | Factibilidad | | |
|---|------------|-------|-------|--------------|-------|-------|
| | REC | DGCES | Total | REC | DGCES | Total |
| Liderazgo | 92.8 | 88.4 | 92.08 | 74.26 | 73.21 | 74.09 |
| Sistema de información | 89.25 | 93.37 | 89.91 | 78.16 | 81.89 | 78.82 |
| Participación de pacientes y población | 89.47 | 83.51 | 88.64 | 71.05 | 71.25 | 71.08 |
| Regulación y estándares 1: acreditación / certificación | 94.11 | 78.87 | 92.61 | 75.38 | 70.54 | 74.58 |
| Regulación y estándares 2: guías de práctica | 89.87 | 82.93 | 88.74 | 71.27 | 67.89 | 70.71 |
| Capacidad organizacional 1: infraestructura y RRHH | 91.65 | 86.56 | 90.88 | 60.14 | 47.77 | 58.23 |
| Capacidad organizacional 2: suministro de medicamentos | 92.17 | 78.12 | 90.03 | 65.01 | 51.84 | 62.99 |
| Capacidad organizacional 3: financiamiento e incentivos | 94.29 | 86.67 | 93.22 | 66.86 | 41.07 | 63.25 |
| Modelos de atención | 89.77 | 88.05 | 89.52 | 68.37 | 69.56 | 68.55 |

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud
REC: responsables estatales de calidad

personal de la DGCES es constantemente menor que para los REC, tanto en relevancia como en factibilidad, pero sobre todo en esta última. Sin embargo, lo más destacado sobre las diferencias en las apreciaciones de responsables de calidad y DGCES es el disenso en la importancia relativa de cada componente.

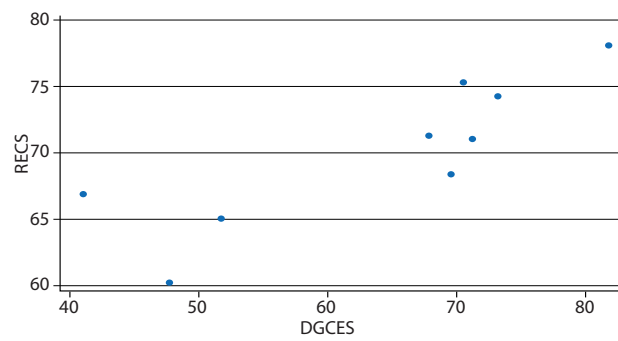
En efecto, al correlacionar el grado de acuerdo estandarizado por componente de responsables estatales de calidad y DGCES, vemos que si bien hay una alta y significativa correlación en cuanto a la valoración de la factibilidad (Spearman $r=0.83$, $p=0.005$) (figura 2), es prácticamente inexistente en cuanto a la relevancia (Spearman $r=-0.3$, $p=0.4$) (figura 1). Desde luego, puede aducirse que este hecho traduce diferentes puntos de vista y niveles de responsabilidad, pero para la implementación de intervenciones para mejorar es más relevante subrayar la necesidad de un mayor esfuerzo de negociación, comunicación, y entendimiento entre ambos niveles. Analizar las valoraciones particulares de cada componente tiene también un interés adicional desde el punto de vista estratégico.

Es posible ver que al margen de un orden de acuerdo y prioridades diferentes para los responsables de calidad y el personal de la DGCES (para los primeros el grado más alto de relevancia es el componente “financiación e incentivos”, mientras que para DGCES es “sistema de información”), junto a consensos importantes (por ejemplo en cuanto al componente “liderazgo”, y el



Spearman $r: -0.30$, $p=0.4328$
REC: responsables estatales de calidad

Figura 1. Valoración de relevancia de los REC y personal de la DGCES sobre cada componente estratégico para la mejora de la atención del primer nivel.



Spearman $r: -0.30$, $p=0.4328$
REC: responsables estatales de calidad

Figura 2. Valoración de factibilidad de los REC y personal de la DGCES sobre cada componente estratégico para la mejora de la atención del primer nivel.

de “infraestructura y recursos humanos”), destaca que los dos componentes con acuerdo general más bajo, aún dentro de los altos niveles de acuerdo, en cuanto a relevancia son la “participación de pacientes y población”, y el subcomponente de regulación y estándares relativo a las “guías de práctica clínica”. Podría pensarse que esto pueda responder a un menor acierto en cuanto a las propuestas de intervención, pero los análisis detallados de las puntuaciones específicas y los comentarios suscitados en el taller de priorización manifiestan, tal como veremos en el capítulo correspondiente, una situación de relativo desconocimiento y problemas actitudinales y opiniones contradictorias con relación a estos dos temas. La consecuencia sería que precisamente en estos dos ámbitos hay que hacer un esfuerzo pedagógico mayor para que los cambios que se quieren introducir puedan implementarse con menor dificultad.

Destaca también la diferente apreciación de la relevancia con relación a las propuestas sobre “acreditación y certificación” (segundo lugar para responsables de calidad y octavo para personal de DGCES) y “suministro de medicamentos” (cuarto lugar para responsables de calidad y noveno para DGCES), traduciendo probablemente el nivel de lejanía en relación con los problemas provocados por estos temas en la rutina diaria. De todas formas, la estrategia que se diseñará ha de basarse sobre todo en las consideraciones relacionadas con las propuestas de intervención específicas, tal como se de-

talla en los capítulos correspondientes de cada componente. En este sentido, tras el primer taller de priorización reducimos el número de intervenciones propuestas de 132 a 80, con la distribución por componentes que se describe en la tercera columna del cuadro I. Estas 80 son la base de la estrategia global integrada que proponemos, aunque fueron sometidas a un segundo ejercicio de priorización con la intención de subrayar los componentes y aspectos que parecieran más imprescindibles. Los resultados pormenorizados del primer taller de priorización se describen en el anexo C, que contiene también las 132 intervenciones derivadas del diagnóstico de situación.

Resultados del segundo taller de priorización

Confirmación de los componentes e intervenciones que se consideran prioritarios y aquellos sobre los que se necesitaría un mayor esfuerzo de negociación para implementarlos

En el segundo taller de priorización se pidió seleccionar las tres intervenciones más importantes en cada componente estratégico y tres de entre el listado general, de las 80 del primer taller. De nuevo pensamos que el primer dato destacable es que no hubo ningún componente para el que no se señalara en al menos una ocasión alguna de las intervenciones propuestas entre las tres a priorizar de entre las 80 propuestas. Hubo, desde luego, diferencias importantes en este sentido entre los diversos componentes, como puede verse en la cuarta columna del cuadro I, que confirmaron en gran medida las conclusiones que se desprendieron de los resultados del primer taller de priorización.

Destacamos, por ejemplo, que en relación con las propuestas relativas a “participación de paciente y población” y “guías de práctica clínica”, sólo fuese mencionada como prioritaria una propuesta en cada caso, a pesar de partir con el mayor número de intervenciones (13 cada una) priorizadas en el primer taller. Llegamos a la misma conclusión de que los cambios necesarios en estos dos ámbitos son los que necesitarán probablemente de un mayor esfuerzo de negociación, pedagogía y búsqueda de consenso. De igual manera, destaca la importancia y consenso otorgados a las propuestas relacionados con “liderazgo” (en donde se encuentra la propuesta de intervención más puntuada), “sistema

de información para la calidad” (con cuatro propuestas priorizadas, entre ellas la segunda más puntuada), “financiación e incentivos”, “recursos humanos” y “acreditación y certificación,” que ocupó el segundo lugar en cuanto a relevancia para los responsables estatales de calidad en el primer taller de priorización. Este personal fue el único grupo que participó en el segundo taller.

Intervenciones priorizadas e intervenciones consideradas en primer lugar en cada componente estratégico

El anexo E describe los resultados pormenorizados del segundo taller de priorización, tanto en relación con la selección de intervenciones dentro de cada componente como de la priorización global sobre el listado de 80 intervenciones, de las que se puntuaron 33 en al menos una ocasión. Merece la pena destacar cuáles fueron las intervenciones más puntuadas en cada componente, por su trascendencia y, en la mayoría de los casos, su transversalidad (cuadro 3). Así por ejemplo, se ve prioritariamente necesario “redefinir el perfil y funciones de los responsables de calidad y de gestores de calidad”, para poder aprovechar adecuadamente una estructura ya existente; “rediseñar el sistema de indicadores para monitorización de la calidad con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad”, traduciendo el descontento generalizado con el sistema y los indicadores que se manejan en la actualidad; “analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud acercándose al promedio de países de la OCDE”; “generar competencias para desarrollar la dimensión de atención centrada en paciente/familia/comunidad”, como reconocimiento tácito a las deficiencias en este sentido, o las relativas a los subcomponentes de Infraestructura física y recursos humanos, que apuntan a la definición de una política más explícita y mejor en relación con su planificación y gestión.

Puede decirse que todas las intervenciones del cuadro 3 tienen un carácter urgente e irrenunciable y no deberían dejarse de lado en el plan estratégico para mejorar el primer nivel de atención. Asimismo, todas se incluyen entre las más puntuadas en la priorización global, pero si hemos de destacar las cinco más puntuadas y los componentes estratégicos a los que hay que prestar atención prioritaria según los responsables de calidad, éstas son las incluidas en el componente “lide-

Cuadro 3. Intervenciones priorizadas en el segundo ejercicio de priorización

| Componente estratégico | Intervención más puntuada en el componente correspondiente* | Lugar en la puntuación global‡ | Recomendación del mismo componente más puntuada en la puntuación global (lugar) |
|--|---|--------------------------------|--|
| Liderazgo | Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad | 1º | - |
| Sistema de información para la calidad | Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad | 4º | Asegurar un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura (2º) |
| Participación de pacientes y población | Generar competencias para desarrollar la dimensión de atención centrada en paciente/familia/comunidad | 6º | - |
| Guías de práctica clínica y otras herramientas de diseño de procesos | Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención | - | Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con normas de procesos clínicos (9º) |
| Regulación y estándares | Evaluar efectividad y costo/efectividad del programa de acreditación | 9º | - |
| Infraestructura física | Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades, estableciendo criterios y normativa para lograr el equilibrio territorial | 5º | - |
| Infraestructura y recursos humanos | Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud, definiendo la composición del equipo de profesionales y estableciendo procedimientos para su cumplimiento | 3º | - |
| Sistema de suministro de medicamentos | Estimar las necesidades de adquisición de medicamentos con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real) | 5º | - |
| Financiamiento e incentivos | Analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud, acercándose al promedio de países de la OCDE | 3º | - |
| Modelos de atención | Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contrarreferencia e integrar al proceso de acreditación por redes | - | Integrar los diversos subsistemas (4º) |

* Según puntuación de 1 a 3 en tres intervenciones seleccionadas en cada componente

‡ Puntuación de 1 a 3 en tres intervenciones seleccionadas del listado de 80 priorizadas en el primer taller de priorización. Los puestos 3º, 4º, 5º, 6º, y 9º son compartidos con otras intervenciones que obtuvieron la misma puntuación

razgo” (en primer lugar), seguido de “sistema de información para la calidad” (con recomendaciones, en el segundo y cuarto lugar, entre las más puntuadas) y los subcomponentes “financiación e incentivos” y “recursos humanos” (incluyen recomendaciones transversales que ocuparon el tercer lugar entre las más votadas). Finalmente, el cuarto lugar otorgado a la recomendación de “integrar los diversos subsistemas” (dentro del componente “modelos de atención”), así como insistir en que el acuerdo y priorización resultantes han de orientar sobre los problemas y prioridades sentidas, lo que facilitaría en cierto modo su implementación pues fueron bien recibidas, pero que no hay que olvidar otros componentes e intervenciones sobre las que hay menor consenso, y si existe certeza sobre su relevancia, se sabe

que han de ir acompañadas de esfuerzos negociadores adicionales, de comunicación y probablemente también de capacitación.

En los siguientes capítulos se revisan y justifican las estrategias e intervenciones que se proponen para cada uno de los componentes, abundando en la idea general de que no parece conveniente olvidar ninguno de ellos en la estrategia general integrada para mejorar la atención de primer nivel.

Referencias

1. Stacey RD. Strategic management and organizational dynamics: The challenge of complexity. 6ª edición. Nueva York: Prentice Hall, 2011.

Componente estratégico 1. Liderazgo

Estrategia de mejora de la calidad basada en el refuerzo del liderazgo.

Fomento del liderazgo y de su ejercicio y reconocimiento de la responsabilidad con la calidad en los diversos niveles del sistema

Resumen

El liderazgo ocupa una posición central para cualquiera de las estrategias que se pongan en marcha para mejorar la calidad. Su ejercicio efectivo las hará avanzar, mientras que un liderazgo deficiente se asociará a implementación también deficiente e inefectiva de cualquier iniciativa. En los servicios de salud el liderazgo se puede y debe ejercer a cualquier nivel de la jerarquía establecida, en consonancia con la responsabilidad inherente en cada caso y que va desde la rectoría central a la organización y calidad de la atención que se ofrece en las unidades de atención.

Material y métodos

A partir del modelo de gestión estratégica propuesto por Moore, en el que se identifican tres dimensiones de la gestión directiva (sustantiva, política y operativa), así como de las bases del poder social establecidas por French y Raven (cargo, persona y conocimiento), a las que se incluyó la capacidad administrativa, se analizó la estructura de apoyo directivo en función de los siguientes aspectos: fundamento legal de la función de calidad; estructura jerárquica y organizacional para la función de calidad, y desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad.

Las recomendaciones que se proponen se basan en los resultados obtenidos en el diagnóstico de situación, la priorización expresada por los responsables estatales de calidad y el personal de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud (DGACS), y la bibliografía internacional. El ejercicio de priorización incluyó una puntuación sobre relevancia y factibilidad de cada re-

comendación, y comentarios, tanto escritos como verbales, sobre las mismas.

Resultados

A partir del diagnóstico se identificaron ocho iniciativas para fortalecer el liderazgo para la calidad en la estructura de apoyo disponible en los Sesa y en la Secretaría de Salud. Después de que la relevancia y factibilidad de las iniciativas propuestas fue calificada por los responsables de calidad y funcionarios de la DGACS, cuatro resultaron con alta prioridad. Sin embargo, dada la estrecha relación entre las ocho iniciativas, y con base en los comentarios y sugerencias del personal de calidad y funcionarios de la DGACS, se propone la integración de tres líneas estratégicas:

- a) Homogeneizar el nivel jerárquico de los responsables de calidad y gestores de calidad (GC), primando la cercanía al máximo nivel de decisión y redefinir su perfil y funciones reorientándolos hacia la mejora de la calidad.
- b) Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema.
- c) Establecer líneas claras de coordinación para la mejora de la calidad entre los diferentes niveles del sistema, aprovechando las instancias existentes

Conclusiones

En síntesis, la estrategia general para el componente de liderazgo consistirá en fortalecerlo mediante un diseño institucional que ponga al centro la mejora de la calidad de los servicios de salud con foco en las prioridades de

salud poblacional y en torno de la cual giren el ejercicio del poder y la autoridad, el desarrollo de capacidades técnicas y gerenciales y la coordinación entre todas las instancias de apoyo directivo.

Introducción

En la literatura especializada en temas de gerencia, dirección y administración, hay un acuerdo general para entender el liderazgo como la capacidad de influir en otros para que participen en una iniciativa orientada hacia el logro de un objetivo. El liderazgo ha sido ampliamente reconocido como factor clave para asegurar la efectividad e impulsar el cambio en las organizaciones.¹⁻⁶

Si bien una parte importante de los trabajos hace referencia a organizaciones de tipo empresarial, el tema del liderazgo ha sido también destacado en la administración pública⁷⁻¹⁰ Quizá uno de los enfoques más difundidos al respecto ha sido el conocido como la nueva gestión pública.¹¹⁻¹³ Aun revisiones críticas de esta propuesta admiten la importancia del liderazgo en el sector público.^{14,15}

En congruencia con lo anterior, el liderazgo ocupa un lugar central en la implementación de sistemas de dirección por calidad como iniciativa estratégica en organizaciones tanto públicas como privadas.¹⁶⁻²⁰ De igual manera se le ubica en modelos y estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud.²¹⁻²⁴

La capacidad de liderazgo se relaciona estrechamente con el uso de las bases de poder disponibles para el líder. Al respecto, se han identificado las siguientes:²⁵

- *Cargo*. Ubicación en el organigrama y ostentación ante colaboradores y otras personas. Incluye la capacidad para otorgar premios y sancionar.
- *Conocimiento y experiencia*. Preparación, actualización, antigüedad en la institución y en la ocupación de puestos directivos. De manera particular interesa la formación en temas relacionados con la mejora de la calidad de los servicios de salud.
- *Coordinación y capacidad de relacionarse*. Su papel para desenvolverse entre los niveles encargados de velar por la mejora de la calidad de la atención de primer nivel.

La capacidad para administrar el trabajo se propone como una base adicional que puede contribuir al desarrollo del poder del líder.²⁰ Para contribuir al buen desempeño de las organizaciones, los planes y programas de actividades deben contemplar la definición de metas y objetivos claros, las principales acciones y mecanismos para darles seguimiento y evaluarlas.

No obstante lo anterior, es importante reconocer que el liderazgo por sí solo es insuficiente para superar la carencia de marcos institucionales sólidos,²⁶ por lo que tanto el diseño organizacional²⁷ como institucional pueden contribuir de manera importante al incremento de la calidad y la efectividad de las instancias públicas.²⁸ Con este marco teórico y estas limitaciones, el presente documento presenta las recomendaciones derivadas del diagnóstico de la situación actual en México y la priorización de los actores implicados (personal de calidad y de la DGACS), con los matices que pueda introducir la consideración de la literatura internacional.

Resultados

Recomendaciones para la mejora de la iniciativa sobre liderazgo derivadas del diagnóstico de situación

Listado extenso de intervenciones según la fase del modelo de análisis utilizado

Los ejes temáticos en torno de los cuales se realizó el diagnóstico sobre el ejercicio del liderazgo en los niveles federal, estatal y operativo para promover la mejora de la calidad fueron: a) el fundamento legal de la función de calidad; b) la estructura jerárquica y organizacional para la función de calidad, y c) el desempeño de la misma. Para cada eje se identificaron las brechas que se describen a continuación:

a) Fundamento legal

- La mejora de la calidad de los servicios de salud es un mandato vigente tanto para la Secretaría de Salud federal como para las secretarías estatales (con excepción de Hidalgo). No obstante, se identificó variación en el reconocimiento del derecho de la población a recibir atención

de elevada calidad, así como en el énfasis de la mejora de la calidad en algunos programas, acciones y tipos de unidad.

b) Estructura jerárquica y organizacional

- La función de calidad en el ámbito estatal se ubica en diversos niveles jerárquicos, con una considerable variabilidad según cada entidad. La más común es la de baja jerarquía y dependencia indirecta del titular.
- Los gestores de calidad (GC) suelen desempeñar múltiples funciones, distintas de la gestión para la mejora de la calidad, y presentan perfiles y capacidades heterogéneos.
- En el orden federal, la estructura organizacional para la función de calidad ha venido sufriendo cambios en los últimos años que han implicado cierto retroceso, y por ello se puede pensar en cierta inestabilidad o indefinición sobre el lugar jerárquico que debe corresponder a la función de la calidad a nivel central.
- No obstante la importancia formal del Comité Nacional por la Calidad en Salud (Conacas) y los Comités Estatales de Calidad en Salud (Cecas), en la práctica se identifican situaciones que limitan su funcionamiento y capacidad para coordinar acciones y dar seguimiento a los acuerdos establecidos durante las sesiones que logran llevarse a cabo.

c) Desempeño de la estructura directiva

- Se ha identificado la necesidad de un replanteamiento en profundidad de la estrategia para mejorar la calidad, así como del reforzamiento de la estructura de responsabilidades y liderazgo para llevarla a cabo.
- Se ha apuntado lo limitado e incorrecto de considerar el nivel de participación en las acciones definidas desde el ámbito federal como criterio único para evaluar el avance hacia la institucionalización de una cultura centrada en la mejora de la calidad.
- En los servicios estatales de salud (Sesa) se ha institucionalizado una dinámica centrada en el cumplimiento formal de la información requerida por la DGACS respecto a sus múltiples líneas de ac-

ción. El avance hacia el desarrollo de una cultura para la mejora de la calidad es incipiente.

- La mayoría de los GC desempeña otras funciones que corresponden a su designación formal. Esta situación propicia la dispersión y resta efectividad a la gestión de la calidad.
- Se han identificado problemas de comunicación y coordinación entre las diversas estructuras de apoyo directivo para la mejora de la calidad.
- El Conacas y los Cecas parecen ser instancias formales con capacidad ejecutiva muy limitada. La naturaleza jurídica del Conacas, y quizá de los Cecas, en tanto órgano concentrado y de carácter consultivo, restringe su capacidad para la coordinación sectorial. En el caso del primero es notoria la debilidad para hacer difusión e impulsar el cumplimiento sectorial de los acuerdos. Tanto para el Conacas como para los Cecas, circunstancias como la inasistencia de los titulares, el bajo promedio de asistencia y la rotación de sus integrantes dejan ver que no se les brinda la importancia que requieren para coordinar de manera efectiva y dar seguimiento a las estrategias institucionales para mejorar la calidad.

En función de los ejes temáticos y las brechas descritas, se formuló una primera propuesta de iniciativas estratégicas para fortalecer en el país la capacidad de liderazgo de la estructura directiva. Las intervenciones propuestas se dividieron en dos grupos: modificación de iniciativas existentes e iniciativas nuevas (Anexo 1.A), precisando también cuáles podrían necesitar de presupuesto específico para su implementación. La mayor parte consiste en una serie de ajustes en el entorno autorizador, así como en la reorientación de acciones institucionales ya existentes.

Listado reducido y distribución según tipo de intervención

Para la priorización se construyó un segundo listado de las iniciativas propuestas (cuadro 1.1), clasificadas con base en su correspondencia con acciones para el fortalecimiento de la de estructura (A) o procesos de capacitación (B). No se identificaron iniciativas relacionadas con la realización de estudios o evaluaciones especiales (C), pero sí se encontró en otros componentes estratégicos. Siete de las ocho intervenciones propuestas im-

Cuadro 1.1. Recomendaciones para la mejora estratégica del liderazgo derivadas del diagnóstico de situación

| | |
|-------|---|
| I.A.1 | Homogeneizar la legislación en los ámbitos nacional y estatal a modo de reconocer, donde sea necesario, la mejora de la calidad como uno de los principales objetivos de las secretarías de Salud y el derecho de la población a recibir atención de elevada calidad. |
| I.A.2 | Homogeneizar el nivel jerárquico que corresponde a los responsables de calidad en las entidades federativas, jurisdicciones y centros; prima la cercanía al máximo nivel de decisión en cada nivel. |
| I.A.3 | Redefinición del perfil y funciones de responsables de calidad y gestores de calidad. |
| I.A.4 | Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua. |
| I.A.5 | Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente. |
| I.A.6 | Reconocer y fomentar el liderazgo del personal de atención directa en las iniciativas de mejora. |
| I.A.7 | Implementar sistema de evaluación del liderazgo para la función de calidad que incluya los aspectos de cumplimiento de normas y de creación de valor público. |
| I.B.1 | Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema. |

A: Recomendaciones que implican intervenciones estructurales directas

B: Recomendaciones que implican capacitación

plican cambios estructurales directos y una se refiere a la necesidad de capacitación específica.

Todas estas iniciativas fueron sometidas a la consideración de los responsables estatales de calidad y de un grupo de funcionarios de la DGACS. En el siguiente apartado se describen los resultados de este ejercicio.

Recomendaciones prioritarias según los responsables de calidad de las entidades federativas y el personal de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud

Tal como puede verse en el cuadro II del apartado sobre la visión global (pág. 14 de este documento), en la valoración global de todas las recomendaciones agrupadas por componente estratégico, el liderazgo obtuvo el tercer lugar en relación con el total de los componentes tanto en relevancia (con 92.08 % de acuerdo) como en factibilidad (con 74.09 % de acuerdo). La valoración fue similar por parte de los responsables de calidad y la DGACS: segundo lugar para la DGACS y tercero para responsables de calidad, aunque éstos puntuaron con valores mayores que la DGACS y otorgaron valores estandarizados de 92.8 % para relevancia y 74.26 % para factibilidad, mientras que en la DGACS se puntuó la relevancia con valor estandarizado de 88.4 % y de 73.21 % en factibilidad.

El análisis pormenorizado del ejercicio de priorización subraya claramente cuatro de las ocho recomendaciones propuestas, tal como se describe a continuación.

Priorización según puntuación de relevancia y factibilidad

La relevancia y factibilidad de las iniciativas descritas en el apartado anterior fueron calificadas en una escala de 1 a 5 por 37 responsables de calidad y un grupo de siete funcionarios de la DGACS, con el resultado general que puede verse en el anexo 1.B.

En función de la puntuación obtenida, destacamos como prioritarias las iniciativas que hubieran obtenido una calificación promedio igual o mayor a cuatro en los dos criterios (relevancia y factibilidad) tanto por personal de calidad como por los funcionarios de la DGACS. En este caso resultaron las iniciativas: “Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad”, “Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua” y “Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema”.

Como segundo parámetro se determinó contemplar las iniciativas con promedio igual o mayor a cuatro en relevancia y factibilidad para alguno de los dos actores, y con promedio de relevancia al menos igual que la iniciativa calificada con menor relevancia en las de primera prioridad para el otro actor. Con este criterio destacó la recomendación “Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad, y comités de calidad y seguridad del paciente”. El cuadro 1.2 muestra el resul-

tado de este ejercicio de priorización, con las puntuaciones obtenidas por las cuatro recomendaciones que destacaron.

Como se puede observar, las estrategias del componente de liderazgo que resultaron con más alta prioridad (≥ 4 en relevancia y factibilidad), tanto para personal de las entidades de calidad como para los representantes de la DGACS, se relacionan con la redefinición de las funciones y responsabilidades de los primeros así como de los gestores de calidad; la reorientación de sus actividades, más hacia la mejora de la calidad y menos hacia el reporte de datos a los niveles centrales, y la necesidad de contar con responsables con formación en calidad en todos los niveles del sistema. En el cuadro se incluye además el fortalecimiento de la coordinación entre todas las estructuras de apoyo a la calidad, cuya relevancia obtuvo la calificación más alta por los representantes de la DGACS (5), y muy alta (4.7) por los responsables de calidad. La factibilidad en cambio recibió menor calificación de éstos (3.9) que de los funcionarios de la DGACS (4.4).

La relevancia de ubicar al personal de calidad en posiciones de alta jerarquía y dependencia directa de los titulares de los servicios de salud en las entidades federativas obtuvo elevada calificación promedio tanto por ellos mismos (4.95) como por los representantes de la DGACS (4.29), pero no se incluyó en el cuadro 1.2 debido a que ambos grupos de actores le otorgaron una calificación baja en factibilidad (responsables estatales de calidad: 3.8; DGACS: 3.0). No obstante, como se verá más adelante, sí se tomó en cuenta para la elaboración de la propuesta integrada debido a la riquísima

discusión en torno a las intervenciones propuestas para este componente.

Conclusiones del análisis cualitativo de los comentarios escritos y la discusión de las recomendaciones

El análisis de la discusión y los principales comentarios en torno de las intervenciones propuestas para este componente se resumen en el anexo 1.C. Se tenía previsto agrupar los comentarios matizando las propuestas, ya fueran de opiniones encontradas o conflictivas, con amplio consenso o poco comentadas y mal entendidas. Sin embargo, la discusión manifestó un amplio consenso sobre prácticamente todas las propuestas, así como sobre sus dificultades de implementación por la implicación mayoritariamente política y de importantes cambios estructurales que serían necesarios. En algunos casos estos condicionantes se traducen en escepticismo sobre su factibilidad, tal como se vio al otorgarles calificación.

Tres ejemplos destacados del tono general de la discusión son el amplio consenso sobre la necesidad de posicionar a los responsables de calidad de las entidades cerca de los titulares de los servicios de salud, definir claramente sus funciones y responsabilidad, y reenfoque sus actividades hacia la mejora de la calidad. Frente a ello se identifican entornos adversos en algunos estados donde el apoyo es prácticamente nulo, la coordinación entre niveles es muy poca y las instrucciones y estrategias exigidas desde el orden federal son múltiples y no enfocadas a la mejora sino al reporte. El escepticismo es aún mayor en relación con los incentivos al desempeño

Cuadro 1.2. Resumen de priorización según puntuaciones de REC y DGACES*

| Componente estratégico y recomendaciones | (1): R \geq 4 y F \geq 4 | | | | R \geq que en (1) y F \leq 4 | | | |
|---|------------------------------|-----|--------|-----|----------------------------------|-----|--------|---|
| | REC | | DGACES | | REC | | DGACES | |
| | R | F | R | F | R | F | R | F |
| I.A.3. Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad | 4.8 | 4.4 | 4.5 | 4.0 | | | | |
| I.A.4. Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua | 4.7 | 4.1 | 4.6 | 4.6 | | | | |
| I.A.5. Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad y comités de calidad y seguridad del paciente | | | 5 | 4.4 | 4.7 | 3.9 | | |
| I.B.1. Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles | 4.8 | 4.3 | 4.7 | 4.1 | | | | |

* Puntuación: mínima 1 y máxima 5

DGACES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

REC: responsable estatal de calidad

(recomendación finalmente no priorizada) y la voluntad política necesaria para homogeneizar las leyes estatales relacionadas con la función de calidad.

De acuerdo con los comentarios suscitados, si hay que destacar dos intervenciones a las que prestar atención específica urgente y cuidadosa, estas serían la redefinición clara del perfil y funciones de responsables y gestores de calidad, y la necesidad de capacitación a todos los niveles, pero fundamentalmente para quienes ocupan puestos directivos.

Propuesta de intervenciones estratégicas derivada de la priorización y comentarios de los responsables de calidad y personal de la DGACS

Aunando la priorización explícita (cuadro 1.2) y los comentarios surge un claro panorama de intervenciones enfocadas a la redefinición de funciones para la función de calidad, cambios estructurales que se desean homogéneos para todas las entidades federativas, y el fortalecimiento de las competencias para el liderazgo y la mejora de la calidad a través del establecimiento de perfiles profesionales claros y capacitación. Esta última fue una de las cuestiones sobre la que se mostró un mayor acuerdo tanto en puntuación como en los comentarios.

Propuesta integrada de estrategias de intervención en relación con el liderazgo

De acuerdo con lo comentado en el apartado anterior, se formula una estrategia general en la que detallamos tres líneas estratégicas. La estrategia general está basada en el rediseño institucional y organizacional para impulsar la mejora de la calidad de los servicios de salud enfocándose en las prioridades de salud poblacional en los órdenes nacional, estatal y local. Para que esto sea posible es necesario que el rediseño esté orientado a: 1) fortalecer el poder y la autoridad de las personas encargadas de promover la mejora de la calidad; 2) desarrollar sus capacidades técnicas y gerenciales, y 3) asegurar una coordinación efectiva entre todas las instancias de apoyo directivo.

A continuación se describen las tres líneas estratégicas con sus respectivas justificaciones:

Línea estratégica 1. Homogeneizar el nivel jerárquico de los responsables de calidad y gestores de calidad, primando la cercanía al máximo nivel de decisión, y redefinir su perfil y funciones reorientándolos hacia la mejora de la calidad

Justificación

Se requiere autoridad para el impulso efectivo de las acciones para la mejora de la calidad.

Los responsables y gestores de calidad deben convertirse en promotores (facilitadores-asesores) de la mejora, para lo cual requieren fortalecer sus capacidades técnicas y humanas. La responsabilidad del nivel de calidad debe recaer en los directivos de todos los niveles del sistema.

Las acciones deben estar orientadas más a la mejora efectiva de la calidad para mejorar la salud de la población y menos al reporte rutinario de acciones parciales.

Línea estratégica 2. Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema

Justificación

Los directivos deben tener claridad sobre el significado de la mejora y la responsabilidad que tienen al respecto.

Los responsables y gestores de calidad deben fortalecer su capacidad técnica y humana para promover la mejora de la calidad en todos los niveles del sistema.

Línea estratégica 3. Establecer líneas claras de coordinación para la mejora de la calidad entre los diferentes niveles del sistema, aprovechando las instancias existentes

Justificación

Se han duplicado estructuras sin lograr una adecuada coordinación entre los diferentes niveles ni dentro de cada nivel.

Las instancias creadas carecen de la capacidad para dar seguimiento a los acuerdos. Sus funciones se centran en la asesoría.

Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

En este apartado se describen los principales indicadores para el seguimiento de las líneas estratégicas propuestas, así como los resultados esperados tanto para el corto plazo (de 6 a 8 meses), como para el mediano (de 1 a 2 años) a partir de su puesta en marcha (cuadro 1.3).

Para la línea estratégica 1. Homogeneizar el nivel jerárquico de los responsables de calidad y gestores de calidad, primando la cercanía al máximo nivel de decisión, y redefinir su perfil y funciones reorientándolos hacia la mejora de la calidad

Indicador 1. Proporción de responsables estatales de calidad que dependen directamente del titular de los servicios de salud y ocupan un puesto de alta jerarquía.

Según el diagnóstico, en sólo 10 de las 26 estructuras estatales analizadas el responsable de calidad ocupa una posición de alta jerarquía y dependencia directa del titular de los servicios de salud. Para el corto plazo, se espera que al menos dos entidades federativas más ubiquen al responsable de calidad en esta situación. Si se llevan a cabo las gestiones necesarias, al transcurrir

dos años se esperaba que tres cuartas partes de los responsables estatales de calidad dependan del titular y ocupen una posición de alta jerarquía.

Indicador 2. Proporción de equipos de mejora por jurisdicción sanitaria con proyectos activos en centros de salud al momento de la evaluación

El diagnóstico reveló que una parte importante del tiempo laboral de los responsables de calidad en las jurisdicciones sanitarias y de los responsables de calidad está dedicada al procesamiento y envío de datos e información, respectivamente, al área de calidad estatal y de ahí a las diversas áreas de la DGACS. Esto ha condicionado que el tiempo dedicado a promover la formación de equipos para la mejora de la calidad, el asesoramiento en el planteamiento y ejecución de proyectos de mejora y el seguimiento a los mismos sea insuficiente.

| Cuadro 1.3. Líneas estratégicas, indicadores y resultados esperados para el componente de liderazgo | | | |
|---|---|------------------------|-------------------------|
| Detalle de recomendaciones | | | |
| Indicadores de seguimiento y resultados esperados para cada intervención propuesta prioritaria | | | |
| Componente de liderazgo, estrategias de alta prioridad (alta relevancia, alta factibilidad) | | | |
| Línea estratégica | Indicador | Resultados esperados | |
| | | Corto plazo: 6-8 meses | Mediano plazo: 1-2 años |
| I. Homogeneizar el nivel jerárquico de los REC y gestores de calidad, primando la cercanía al máximo nivel de decisión, y redefinir su perfil y funciones reorientándolos hacia la mejora de la calidad | 1. Proporción de REC que dependen directamente del titular de los servicios de salud y ocupan un puesto de alta jerarquía | 12/32=0.37 | 24/32=0.75 |
| | 2. Proporción de equipos de mejora por jurisdicción sanitaria con proyectos activos en centros de salud al momento de la evaluación | 234/234 = 1 | 2340/234 = 10 |
| | 3. Proporción anual de informes de mejora en centros de salud por jurisdicción sanitaria | 117/234 = 0.5 | 1170/234 = 5 |
| | 4. Proporción de directores de área de la DGACS que han cursado un posgrado o especialidad relacionados con la gestión de la calidad en servicios de salud | NA | 2/3 = 0.66 |
| II. Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema | 5. Proporción de subdirectores y jefes de departamentos de la DGACS que han cursado al menos un diplomado relacionado con la gestión de la calidad de los servicios de salud | NA | 8/12= 0.66 |
| | 6. Proporción de REC que poseen un posgrado o especialidad relacionados con la gestión de la calidad en servicios de salud | NA | 16/32 = 0.5 |
| | 7. Porcentaje de responsables de calidad en las jurisdicciones sanitarias que han cursado al menos un diplomado en temas relacionados con la gestión de la calidad en servicios de salud | NA | 117/234*100 = 50 |
| III. Establecer líneas claras de coordinación para la mejora de la calidad entre los diferentes niveles del sistema, aprovechando las instancias existentes | 8. Publicación de las líneas y mecanismos de coordinación entre DGACS, REC y responsables de calidad en las jurisdicciones sanitarias, así como entre las instancias anteriores y los directivos de los niveles que correspondan a cada una | 6 meses | NA |

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud
REC: responsable estatal de calidad

La redefinición de funciones de estos actores debe dar prioridad a las funciones de facilitación y asesoría para la gestión de la calidad. Si esto sucediera, para el corto plazo se podría establecer la meta de haber formado al menos un equipo de mejora en un centro de salud por cada una de las 234 jurisdicciones sanitarias que hay en el país.* Ahora bien, para reportar la existencia de un equipo será indispensable el cumplimiento de dos criterios: a) que sus integrantes estén ejecutando un proyecto para mejorar la calidad de los servicios a partir de las prioridades locales en materia de salud de la población, y b) que el fin último del proyecto sea, precisamente, contribuir a la mejora de la salud de la población que habita la zona de influencia del centro de salud.

Si se toma en cuenta la trayectoria y experiencia ya presente en algunas entidades federativas y jurisdicciones sanitarias en relación con la gestión de proyectos para la mejora de la calidad, así como el hecho de que la integración de equipos para la formulación de proyectos de mejora se facilita cuando existen prioridades y directrices claras, para un plazo de dos años podría ser razonable esperar que por cada jurisdicción sanitaria haya al menos 10 equipos ejecutando proyectos de mejora.

Indicador 3. Proporción anual de informes de mejora en centros de salud por jurisdicción sanitaria

Con base en lo anterior, acerca de la necesidad de contar con una definición precisa de la calidad de los servicios de salud, los informes de mejora que se consideran para este indicador tendrán que dar cuenta del grado en que los cambios realizados (en la estructura, en el proceso, o en ambos) corresponden al conocimiento profesional actual (tienen base científica) y han determinado una mejora en la salud de los pacientes o de la población. Es claro que los informes deberán corresponder a proyectos orientados por las prioridades locales en materia de salud. Un informe que solo dé cuenta de cambios en la estructura o los procesos o de acciones de capacitación, pero que no presente el efecto de estos en la salud de la población, no podrá ser considerado un informe de mejora de la calidad. De igual manera, serán excluidos los informes en los que no se demuestre relación entre los cambios en el estado de salud de la población y las

* Dato obtenido en: www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/rel_ef_js_mpios.xls, el 27 de julio de 2013.

modificaciones en la estructura y los procesos de los servicios de salud.

Dada la falta de datos que permitan constatar la consolidación de la mejora de la calidad en la cultura institucional, se propone de entrada una meta muy conservadora para este indicador en el corto plazo. Se esperaría que en un periodo de entre seis y ocho meses, al menos la mitad de las jurisdicciones sanitarias pudieran reportar un informe de mejora con las características descritas. Sin embargo, en la medida en que la metodología para la gestión de la calidad se asimila con cierta rapidez, se anticipa un incremento sobresaliente en un plazo de dos años, al final de los cuales se podría esperar que por cada jurisdicción sanitaria se reportaran al menos cinco informes de mejora.

Para la línea estratégica 2. Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema

Indicador 4. Proporción de directores de área de la DGACS que han cursado un posgrado o especialidad relacionados con la gestión de la calidad en servicios de salud

Al momento de la elaboración de este documento, la DGACS continuaba integrada por tres direcciones de área. Dada la imposibilidad de determinar con precisión el perfil profesional de los responsables de estas tres direcciones, así como de asegurar que en unos cuantos meses los tres obtengan un posgrado en gestión de la calidad, no se determinó una meta para este indicador en el corto plazo. Se está proponiendo que en el mediano plazo, al menos dos de ellos hayan obtenido el grado, o bien, se hay podido constatar que ya lo poseían.

Indicador 5. Proporción de subdirectores y jefes de departamentos de la DGACS que han cursado al menos un diplomado relacionado con la gestión de la calidad de los servicios de salud

Bajo las mismas condiciones y argumentos que se describieron para los directores de área de la DGACS en el indicador 4, para este se propone solo una meta para el mediano plazo que consiste en que al menos ocho de los 12 subdirectores y jefes de departamento hayan cursado un diplomado o un posgrado en gestión de la calidad.

Indicador 6. Proporción de responsables de calidad que poseen un posgrado o especialidad relacionados con la gestión de la calidad en servicios de salud

Se espera que al menos 16 de los 32 responsables de calidad en las entidades federativas hayan concluido un posgrado o especialidad en gestión de la calidad. No aplica meta de corto plazo para este indicador.

Indicador 7. Porcentaje de responsables de calidad en las jurisdicciones sanitarias que han cursado al menos un diplomado en temas relacionados con la gestión de la calidad en servicios de salud

Para el mediano plazo, al menos 50% de los 234 responsables de calidad en las jurisdicciones sanitarias debieron haber cursado un diplomado en gestión de la calidad. Tampoco en este caso se considera aplicable una meta para el corto plazo.

Para la línea estratégica 3. Establecer líneas claras de coordinación para la mejora de la calidad entre los diferentes niveles del sistema, aprovechando las instancias existentes

Indicador 8. Publicación de las líneas y mecanismos de coordinación entre DGACS, REC y responsables de calidad en las jurisdicciones sanitarias, así como entre las instancias anteriores y los directivos de los niveles que correspondan a cada una

Debido a que esta línea estratégica consiste más en el diseño de mecanismos de coordinación institucionales, y no tanto en la realización de acciones puntuales y repetitivas, el indicador propuesto es de naturaleza cualitativa y sus resultados esperados consisten en la elaboración de una propuesta institucional que cumpla una serie de atributos en el corto plazo.

En el transcurso de seis meses los actores involucrados deberán acordar un sistema de coordinación institucional en el que se formalicen las interacciones entre las diversas instancias de liderazgo involucradas en la mejora de la calidad. Se deberán definir los contenidos mínimos de la información que debe circular así como un conjunto de políticas que faciliten la toma de decisiones en todos los niveles. Será necesario además establecer los mecanismos mediante los cuales se buscará asegurar la coordinación (reuniones, acuerdos,

comunicados y correspondencia de carácter oficial), así como la periodicidad con que se realizarán.

Para este indicador, no aplican metas o resultados esperados en el mediano plazo.

En el cuadro 1.3 se resumen los indicadores y resultados esperados propuestos para cada línea estratégica.

Referencias

1. Prentice WCH. Comprendiendo el liderazgo. Harvard Business Review. Serie Clásicos HBR. Enero, 2004.
2. Zalesnik A. Gerentes y líderes: ¿son diferentes? Harvard Business Review. Serie Clásicos HBR, enero, 2004.
3. Kotter JP. Lo que de verdad hacen los líderes. Harvard Business Review. Serie Clásicos HBR, noviembre, 2005.
4. Goleman D. Liderazgo que obtiene resultados. Harvard Business Review. Serie Clásicos HBR, noviembre, 2005.
5. Collins, J. Liderazgo de nivel 5: el triunfo de la humildad y de la férrea determinación. Serie Clásicos HBR, noviembre, 2005.
6. Sánchez E, Rodríguez A. 40 años de la teoría del liderazgo situacional: una revisión. Revista Latinoamericana de Psicología 2010;42(1): 25-39.
7. Felcman IL, Blutman G. Nuevos modelos de gestión pública. La importancia de la cultura y el liderazgo después del *big bang* paradigmático. Buenos Aires: Temas Grupo Editorial, 2011.
8. Moore M. Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. México: Paidós, 1998.
9. Moore M, Khagram S. On creating public value. CSRI, Working Paper 3, Harvard University Press, 2004.
10. Casares D. Liderazgo. Capacidades para dirigir. México, FCE, 1994.
11. Bañón R, Carrillo E. La nueva administración pública. Alianza Editorial, Madrid, 1997.
12. Friedmann R. La gestión pública en el siglo XXI. Anticipando los cambios que vienen. Hacia un sector público inteligente y en constante aprendizaje. Documentos de Facultad. Instituto de Estudios y Gestión Pública de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Central de Chile, 2003 [consultado el 26 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.uazuay.edu.ec/estudios/com_exterior/etica_profesional/VII_La_gestion_publica_en_el_siglo_XXI.pdf
13. Yamamoto H. New public management – Japan's practice. Intitute for International Policy Studies. Tokyo, 2003.
14. Cabrero E, Peña JA. Instrumentos del *new public management para construir una new public governance*: el caso de los gobiernos locales en México. En: Pardo MC y Velasco E, coords. La gerencia pública en América del Norte. Tendencias actuales en Canadá, Estados Unidos y México. México: El Colegio de México, Instituto de Administración Pública de Nuevo León, México, 2009: 303-342.
15. Longo F, Echebarría K. La nueva gestión pública en la reforma del núcleo estratégico del gobierno: experiencias latinoameri-

- canas [consultado el 22 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/CLAD0040203.pdf>
16. Deming WE. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 1989.
 17. Juran JM. Juran y el liderazgo para la calidad: un manual para directivos. Madrid: Díaz de Santos, 1990.
 18. Ishikawua K. Guía de control de calidad. EUA: Unipub, 1985.
 19. Moyado F. Gestión pública y calidad: hacia la mejora continua y el rediseño de las instituciones del sector público. VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 de octubre de 2002 [consultado el 29 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://analisispoliticas.files.wordpress.com/2009/05/gestionpublicaycalidad.pdf>
 20. Morales ML. La calidad de los servicios públicos: reformas de gestión pública en Chile (1990-2009). (Tesis). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede Académica de México. México, agosto de 2011.
 21. Rovetta, J, Armella R. Los beneficios de implementar sistemas de gestión de la calidad certificados bajo normas ISO 9000 en organizaciones de salud [monografía en internet]. Buenos Aires: Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales privados de la República Argentina, s. a. [consultado 17 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.raa.com.ar/nota01.html>
 22. Saturno PJ. Calidad en salud. En Hernández M, Lazcano E. Salud pública. Teoría y práctica. México: El Manual Moderno, 2013.
 23. Secretaría de Salud. Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud, 2001.
 24. Secretaría de Salud. Modelo de gestión de calidad total [monografía en internet]. México: Secretaría de Salud, 2013 [consultado 3 de julio de 2013]. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/pnc>
 25. French JRP, Raven B. Bases del poder social. En Cartwright D, Zander A. Dinámica de grupos. Investigación y teoría. México: Trillas, 1971.
 26. Longo F. Ejes vertebradores de la gobernanza en los sistemas públicos. Un marco de análisis en clave latinoamericana. Publicado en la Revista del CLAD Reforma y Democracia, núm. 46. Caracas, febrero de 2010 [consultado el 30 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/046-febrero-2010/longo>
 27. Khandwalla PN. Design of organizations. EUA: Harcourt Brace Jovanovich, 1977.
 28. Pardo MS. El rediseño institucional rediseña la administración pública. XVII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Cartagena, Colombia, 30 de octubre-2 noviembre de 2012 [consultado el 1 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.dgsc.go.cr/dgsc/documentos/cladxvii/pardolop.pdf>

Anexo 1.A

Propuestas de intervención en liderazgo

| Aspectos analizados (modelo de análisis) | Sobre iniciativas existentes | Nuevas iniciativas |
|---|--|---|
| Estructura jerárquica y organizacional para la función de calidad | <ul style="list-style-type: none"> • Homogeneizar el nivel jerárquico que corresponde a los responsables de calidad en las entidades federativas, jurisdicciones y centros. • Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad, y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente. • Reconocer y fomentar el liderazgo del personal de atención directa en las iniciativas de mejora. | <ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema.*, ** |
| Desempeño de la estructura directiva para la calidad | <ul style="list-style-type: none"> • Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua. | <ul style="list-style-type: none"> • Implementar sistema de evaluación del liderazgo para la función de calidad que incluya los aspectos de cumplimiento de normas y de creación de valor público* |

* Intervenciones que precisarían de inversión.

** Intervenciones que se beneficiarían de estudio o revisión sistemática sobre su efectividad

Anexo 1.B

Calificaciones/puntuaciones medias (puntuación de 1 a 5) sobre las estrategias sugeridas según los responsables de calidad de las entidades federativas y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

| Estrategias para el componente 1. Liderazgo | | REC | | DGCES | |
|--|---|--------|-------|--------|-------|
| | | Relev. | Fact. | Relev. | Fact. |
| I.A.1 | Homogeneizar la legislación en los ámbitos nacional y estatal a modo de reconocer, donde sea necesario, la mejora de la calidad como uno de los principales objetivos de las secretarías de salud y el derecho de la población a recibir atención de elevada calidad. | 4.89 | 3.86 | 4.29 | 3.14 |
| I.A.2 | Homogeneizar el nivel jerárquico que corresponde a los responsables de calidad en las entidades federativas, jurisdicciones y centros, primando la cercanía al máximo nivel decisonal en cada nivel. | 4.95 | 3.76 | 4.5 | 3 |
| I.A.3 | Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad | 4.77 | 4.37 | 4.57 | 4 |
| I.A.4 | Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua. | 4.72 | 4.1 | 5 | 4.57 |
| I.A.5 | Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad, y comités de calidad y seguridad del paciente. | 4.73 | 3.92 | 4.57 | 4.43 |
| I.A.6 | Reconocer y fomentar el liderazgo del personal de atención directa en las iniciativas de mejora. | 4.46 | 3.84 | 4.14 | 4 |
| I.A.7 | Implementar sistema de evaluación del liderazgo para la función de calidad que incluya los aspectos de cumplimiento de normas y de creación de valor público | 4.39 | 3.7 | 4.71 | 4.14 |
| I.B.1 | Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema. | 4.78 | 4.28 | 5 | 4.14 |

Análisis cualitativo de los comentarios de los REC y personal de la DGCES sobre las propuestas de intervención para la mejora del primer nivel de atención

| Componente estratégico: liderazgo | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Aspectos analizados | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
| Fundamento legal de la función de calidad | Necesidad de homogeneizar las leyes estatales | Factibilidad en función de la voluntad política | <p>“Sin modificaciones a las leyes y sin la homogeneización de la jerarquía de los REC, todas las demás propuestas salen sobrando”</p> <p>“Es factible si hay voluntad política. Es deseable desde la perspectiva de las entidades federativas.”</p> <p>“Se requiere de actualizar los Reglamentos Interiores y consecuentemente, los Manuales de Organización en los estados, con elementos de la calidad.”</p> <p>“Modificar la legislación es más complicado. Corresponde al Consejo General de Salud generar una iniciativa”</p> <p>“falta ser explícito en la normatividad y legislación ” “ calidad sólo parece un concepto para el discurso político”</p> | Si bien hay acuerdo sobre la importancia de la iniciativa, se reconoce que su implementación es compleja y su factibilidad depende de factores políticos |
| Estructura jerárquica y organizacional para la función de calidad | Reorganización de la estructura jerárquica y organizacional | Procedimiento para la reorganización | <p>“Mientras (la modificación de las leyes) no ocurra se seguirán desperdiciando recursos en reuniones como esta, debido al caso omiso que hacen de quien se desempeña como REC, pero en una posición de bajo nivel de autoridad.”</p> <p>“Hacer una propuesta de organigrama (tipo) para todas las secretarías de Salud”</p> <p>“En 13 años, aunque se ha solicitado la homogeneización de la jerarquía de los REC en la estructura de los Sesa, ha faltado energía para conseguirlo”</p> <p>“La homogeneización de normatividad, puestos, perfiles, actividades, etc., está condicionado a darle prioridad a los acuerdos del Consejo Nacional de Salud y a que existan decisiones verticales de nivel federal, para que se apliquen en los Estados.”</p> <p>“Actualmente el director general de los servicios de salud no está de acuerdo con posicionar a la figura del responsable estatal / Jurisdiccional / Hospital, etc., en un nivel jerárquico clave.... Por lo anterior sugiero que la indicación sea directa de la subsecretaría / DGCES para que esto se lleve a cabo y verificar su cumplimiento.”</p> <p>“No hay el interés por las áreas de calidad y solo parece un concepto para el discurso político.” “..en función del acuerdo de Conasa. Acerca de la dependencia de las áreas de calidad unificar esto en todos los Estados”</p> <p>“En el GC no puede asistir a las reuniones mensuales debido a que no se le autorizan viáticos porque no aparece en la estructura”</p> | Hay consenso en la necesidad de reorganizar normativamente la estructura jerárquica y organizacional para la función de la calidad, al tiempo que se manifiestan opiniones escépticas a que esta se realice a nivel estatal y se propone que la iniciativa sea federal. |

continúa...

continuación...

| Componente estratégico: liderazgo | | | | |
|---|---|--|--|--|
| Aspectos analizados | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
| | Reorganización de la estructura jerárquica y organizacional | Posición del os REC en la estructura orgánica | <p>“ caso omiso que hacen de quien se desempeña como REC, pero en una posición de bajo nivel de autoridad.”</p> <p>“Cuando la jerarquía es baja no hay respuesta por parte de los niveles operativos.” “..El REC no tiene acceso al Secretario de Salud Estatal..</p> <p>“..emular la estructura en organizaciones de carácter privado donde la función de calidad ocupa una posición tipo “staff”.</p> <p>“El REC debe tener jerarquía sobre las jurisdicciones y los hospitales, con contrapartes en esos niveles.”</p> <p>“ en función del acuerdo de Conasa acerca de la dependencia de las áreas de calidad, de línea directa de los Secretarios de Salud “</p> | Parece existir un amplio consenso acuerdo en la necesidad de ubicar a los REC en una posición cercana a los titulares de los servicios de salud y consolidar su autoridad. Sin embargo, se identifican entornos adversos en algunos Estados donde el apoyo es prácticamente nulo. |
| Estructura jerárquica y organizacional para la función de calidad | | Responsabilidad sobre el nivel de calidad de la atención | <p>“El verdadero responsable de calidad en los establecimientos debe ser el director. Los gestores de calidad en las jurisdicciones sanitarias deben ser sustituidos por coordinadores que dependan del coordinador o director del nivel estatal.”</p> <p>“El gestor es un asesor. La calidad es responsabilidad del directivo de cada unidad médica.”</p> <p>“..(el GC) tampoco es reconocido en el primer nivel de atención”</p> <p>“A nivel estatal no se han recibido códigos para calidad. Entonces el gestor de calidad es polivalente y no se enfoca a la gestión de la calidad.”</p> <p>“La mejora continua debe partir de los operativos no considerado factible en algunos Estados, aunque se apuntan alternativas para estimular la participación del personal operativo hacerlos responsables de las áreas de enseñanza” “ La mejora continua debe partir de los operativos. Si el personal operativo esta empoderado habría cambios.”</p> <p>“ el fortalecimiento debe dirigirse involucrando la alta dirección desde el nivel federal”</p> | Se reconoce la importancia de la responsabilidad sobre calidad a todos los niveles y se manifiestan las dificultades estructurales para su ejercicio, las indefiniciones, y las múltiples disfunciones existentes. Parece necesario prestarle una atención específica y cuidadosa a esta cuestión en la estrategia para mejorar el liderazgo |
| Perfil y funciones de los REC y gestores de calidad | | Perfil profesional | <p>“ es necesario establecer el perfil debe de considerar poseer grado de licenciatura y promover nivel de maestría con orientación a la gestión de la calidad “. “No está definido el perfil del GC. No importa licenciatura pero sí antigüedad en operatividad y conocimiento previo de la calidad “</p> <p>“La profesionalización debería ser un factor a considerar en relación con la continuidad en el puesto”</p> | Los comentarios expresados apuntan a que la indefinición del perfil profesional para REC y GC se siente como problema, particularmente la ausencia como requisito de un conocimiento previo sobre calidad. |

continúa...

continuación...

| Componente estratégico: liderazgo | | | | |
|---|---|--|---|--|
| Aspectos analizados | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
| Desempeño de la estructura directiva para la mejora de la calidad | Enfoque y coordinación para la mejora de la calidad | Enfoque hacia la mejora de la calidad | <p>“La estructura actual no está enfocada a realizar la mejora continua. Por ejemplo, los gestores de los hospitales están orientados a reportar pero no utilizan la información.”</p> <p>“El enfoque hacia la mejora de la calidad no se perdió. Si ocurrió, fue por “el mar de instrucciones” que emitió la DGCES. ...mal diseño y mala aplicación de estrategias y políticas diseñadas “desde el escritorio.” La multiplicidad de líneas distrae y entorpece el avance.”</p> <p>“Las intervenciones deben estar enfocadas. De hecho esto sí ocurre, aunque con gran esfuerzo del personal operativo”</p> | Se percibe la falta en general de un enfoque a la mejora de la calidad. La causa estructural más comentada son las instrucciones y estrategias exigidas desde el nivel federal, que son múltiples y no enfocadas a la mejora sino al reporte. |
| | | Alineación entre las iniciativas propuestas en los niveles federal y estatal | <p>“Necesario alinear las políticas federales con las estatales”</p> <p>“Hay ambigüedad en las líneas de autoridad federal y estatal.”</p> | Se percibe poca coordinación entre los diversos niveles y la necesidad de líneas de acción claras y unificadas. |
| | Fortalecimiento del liderazgo en todos los niveles | Necesidad de capacitación | <p>“es necesario se fomente sobre todo en los Secretarios de Salud, Directores de Área y de unidades médicas y jefes de jurisdicción para dirigir los servicios de salud con calidad”</p> <p>“Se propone incluir la formación en calidad desde la base, en la currícula de las facultades y escuelas de medicina.”</p> <p>“asegurar la formación en los directivos y los responsables de calidad.”</p> <p>“Antes existía el curso de inducción”</p> | Se reconoce la necesidad de formación y capacitación en liderazgo para calidad para personal de los servicios de salud en todos los niveles, en especial para quienes ocupan puestos directivos. Esta es una de las cuestiones que mostraron mayor nivel de acuerdo, y sería necesario abordarla de forma prioritaria. |
| | | Manejo de incentivos | <p>“El reconocimiento se puede dar de diversas formas. Pero en los estados hay diferentes escenarios donde en algunos no se reconocen los resultados y los incentivos no les llegan porque se roban los recursos.”</p> <p>“Los reconocimientos en especie son muy factibles, pero los económicos no llegan frecuentemente.”</p> | Parecen haber condiciones para desarrollar un sistema de incentivos para quienes ejerzan un liderazgo efectivo hacia la mejora de la calidad, aunque con cierto escepticismo sobre el manejo de incentivos monetarios. |
| | | Evaluación del liderazgo | <p>“Es necesario que se realice una evaluación específica sobre el liderazgo hacia la calidad, sobre todo porque éste se requerirá para producir los cambios propuestos.”</p> <p>“hacer evaluación de liderazgo conlleva riesgos de movimientos de personal. los fines pueden atender a o intereses ajenos a la mejora de la calidad” “Es una prioridad la evaluación, pero debe de orientarse hacia elementos de auditoría administrativa y financiera indicadores y aplicación por parte de la DGCES.” “También se puede hacer una evaluación no del liderazgo, pero sí del desempeño”</p> | Se admite que la evaluación del liderazgo para la mejora de la calidad es necesaria, pero al mismo tiempo se identifican dificultades en su aplicación, que deberían tenerse en cuenta en caso de implementarla. |

continúa...

Componente estratégico 2. Sistema de información en salud para la calidad Estrategia de mejora de la calidad basada en la información. Diseño o rediseño de sistemas de información capaces de medir cambios en proceso y resultados, útiles y utilizados para la gestión de la calidad

Resumen

Los sistemas de información son prioritarios para la generación de evidencia con la cual se pueda planear, evaluar o medir resultados de las intervenciones implementadas para el mejoramiento del sistema de calidad. En este sentido, es necesario proponer intervenciones que redunden en el fortalecimiento del sistema de información sobre calidad y de esta manera contar cada vez con información más oportuna, válida y confiable para la toma de decisiones.

Material y métodos

Las recomendaciones que se proponen se basan en los resultados obtenidos en el diagnóstico de situación, la priorización expresada por los responsables estatales de calidad y el personal de la Dirección General de calidad y Educación en Salud (DGCES) y las investigaciones internacionales publicadas. El ejercicio de priorización incluyó una puntuación sobre relevancia y factibilidad de cada recomendación y comentarios, tanto escritos como verbales.

Resultados

Tras el diagnóstico se recomendaron 14 acciones que afectan a todos y cada uno de los aspectos del sistema de información. Tras la priorización se destacaron tres intervenciones: a) rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad; b) fomentar el uso de la información para mejorar la calidad, y c) evaluación integral y a profundidad del sistema de información de calidad,

entre ellos el Indicas. En general todos los actores y usuarios del sistema están de acuerdo en la necesidad de rediseñar el sistema de información para la calidad, especialmente sus indicadores. Las acciones sugeridas, apoyadas también por las experiencias internacionales, se basan en incluir indicadores probados que midan la calidad, que sean comparables con estándares internacionales e incluir indicadores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Conclusiones

Se propone una estrategia integrada para el rediseño del sistema de indicadores para monitoreo de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad, jerarquización según nivel de responsabilidad y comparación internacional, incluyendo indicadores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, e integrando fuentes de información para su producción.

Introducción

El sistema de información para la calidad es aquel que registra de forma organizada todas las acciones o servicios en salud prestados, de la misma forma almacena y reporta la información sobre la prestación de servicios con calidad para ayudar a los tomadores de decisiones en todos los niveles.

El establecimiento de un sistema de información eficaz para la vigilancia de la calidad, depende de la participación activa de los gestores a todos los niveles; asumiendo la responsabilidad del proceso de seguimiento y el compromiso de utilizar la información sobre calidad para hacer mejoras. El monitoreo de calidad con información válida y oportuna es sólo una parte del

enfoque integral para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, éste debe estar acompañado de la retroalimentación permanente a los trabajadores de la salud, formación y motivación del personal para llevar a cabo mejoras en los problemas detectados, y el diseño de soluciones para disminuir la brecha de calidad.¹⁻³

Un sistema de información de vigilancia de la calidad favorece la identificación de los recursos y actividades necesarias para producir ese efecto deseado (reducir la brecha de la calidad) que apoye la generación de servicios de atención en salud efectivos y eficientes. La tarea básica es medir el cumplimiento, por medio de indicadores, de las normas de calidad tanto en estructura, como en proceso y resultado, contando con normas que proporcionen un punto de referencia válido para evaluar el desempeño del proveedor o el rendimiento del sistema.¹

En este documento se presentan las intervenciones priorizadas para el fortalecimiento del sistema de información para la calidad, considerando como punto de partida las propuestas de intervención planteadas por el diagnóstico estratégico de la situación actual de los servicios de salud ambulatorios de los Servicios Estatales de Salud, específicamente el componente 2 sobre sistemas de información.

Resultados

Recomendaciones para la mejora de la iniciativa sobre sistemas de información derivadas del diagnóstico de situación

Listado extenso de intervenciones según la fase del modelo de análisis utilizado

De acuerdo con los resultados del diagnóstico, se elaboraron 14 propuestas de intervención para el fortalecimiento del sistema de información para la calidad, afectando a todos los aspectos del análisis: recursos, indicadores, fuentes de datos, manejo de la información, productos de la información, difusión y uso. Las propuestas se organizaron adicionalmente en dos grupos, aquellas que se pueden aplicar a lo ya existente y aquellas que son nuevas iniciativas. A su vez se señala aquellas que precisarían de presupuesto o inversión para poder llevarlas a cabo. Este listado inicial se describe en el anexo 2.A.

Listado reducido y distribución según tipo de intervención

Posteriormente, las iniciativas se depuraron y organizaron de acuerdo con el tipo de intervención: a) intervención directa sobre la estructura; b) capacitación, y c) estudios que serían necesarios realizar. El listado final, considerado después para el ejercicio de priorización, plantea diez propuestas estructurales, una de capacitación y tres de estudios a realizar (cuadro 2.1).

Recomendaciones prioritarias según los responsables estatales de calidad y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Teniendo en cuenta la puntuación global de todas las recomendaciones propuestas, el sistema de información fue encontrado como un componente estratégico altamente prioritario (cuadro 2.2, capítulo 3.0). Para el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) fue el más puntuado, además fue el único para el que la puntuación del personal de la DGCES fue mayor que para los responsables de calidad. Considerando tanto a DGCES como a REC, las intervenciones sobre el sistema de información obtuvieron el sexto lugar en relevancia pero primero en factibilidad. Para la DGCES sería el componente estratégico prioritario, tanto en relevancia como en factibilidad (valores estandarizados de 93.37% y 81.89%, respectivamente). Los responsables de calidad, con una puntuación en cuanto a relevancia de 89.25%, encontraron más relevantes los otros componentes.

El listado completo de puntuaciones promedio en cuanto a la relevancia y factibilidad de todas las intervenciones propuestas, discriminando por personal de calidad y de la DGCES se muestra en el anexo 2.B.

Priorización según puntuación de relevancia y factibilidad

Todas las estrategias propuestas, ordenadas a partir de los componentes para el fortalecimiento del sistema de información, fueron presentadas al personal de calidad y de la DGCES de 31 estados (con excepción de los representantes de Chiapas y Guerrero) durante una reunión/taller fueron valoradas y puntuadas individual-

Cuadro 2.1. Recomendaciones para la mejora derivadas del diagnóstico de situación

| | |
|---------|---|
| II.A.1 | Asegurarse un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura en todo el sistema de salud |
| II.A.2 | Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad |
| II.A.3 | Aumentar la cobertura de establecimientos que reportan al Indicas en las instituciones del sector salud |
| II.A.4 | Rediseño del resumen de la información para que sea clara y útil en los diversos niveles de responsabilidad |
| II.A.5 | Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad |
| II.A.6 | Integrar las fuentes de información y bases de datos existentes con criterios de complementariedad y eficiencia |
| II.A.7 | Establecer sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos |
| II.A.8 | Asegurarse comparabilidad entre unidades, entidades federativas y a nivel internacional |
| II.A.9 | Incorporar información sobre iniciativas de mejora y sus resultados |
| II.A.10 | Rediseño integral del sistema de información para la calidad |
| II.B.1 | Asegurarse personal especializado o al menos capacitado para garantizar la calidad de la información |
| II.C.1 | Revisar metodología de recolección de datos, tanto de los registros como de las encuestas |
| II.C.2 | Identificar e integrar indicadores de salud pública (protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en el sistema de indicadores para la calidad |
| II.C.3 | Evaluación integral y a profundidad dirigida del sistema de información de calidad entre ellos el Indicas |

A: Intervenciones en la estructura

B: Intervenciones que implican capacitación

C: Estudios

mente de 1 a 5 (de menor a mayor), de acuerdo con la relevancia y factibilidad (anexo 2.B)

En el ejercicio de valoración, resultaron priorizadas cinco intervenciones (cuadro 2.2). Tres de éstas, destacadas en el cuadro 2.2 con sombreado, obtuvieron puntuaciones por encima de cuatro en relevancia y en factibilidad, tanto para personal de calidad como de la DGCES que participó en el ejercicio de priorización.

En otras dos existió consenso en cuanto a la relevancia, pero fueron consideradas menos factibles, por uno (responsables de calidad) o por ambos grupos (responsables de calidad y DGCES).

En el anexo 2.B puede apreciarse que algunas de las intervenciones que no fueron consideradas prioritarias, podrían ser abordadas de forma indirecta en las intervenciones priorizadas. Quedan del siguiente modo:

- Las intervenciones II.A.4, II.A.6, II.A.8, II.A.9, y II.C.2 se integraban en la II.A.2.
- De igual forma la intervención II.C.1 está relacionada e integrada en II.A.2. y II.C.3.
- La intervención II.B.1 quedó integrada como requisito de II.A.7.
- Y finalmente la II.A.10 es una intervención general e incluye todas las demás.

El resumen de este ejercicio de priorización señala la siguiente clasificación de prioridad:

- Las intervenciones “Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad”; “Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad” y “Evaluación integral y a profundidad del sistema de información de calidad entre ellos el Indicas”, pueden ser consideradas como las de mayor prioridad de forma conjunta por los responsables de calidad y por la DGCES.
- La intervención “Establecer un sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos” podría ser considerada en segundo lugar si nos atenemos a su factibilidad según los responsables de calidad.
- La intervención “Asegurarse un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura en todo el sistema de salud”, considerada altamente relevante, necesita de esfuerzos adicionales que contribuyan a su factibilidad, puntuada con valores bajos por los dos colectivos.

Cuadro 2.2. Recomendaciones prioritarias para mejorar el primer nivel de atención según relevancia y factibilidad otorgada por REC y DGCEs*

| Componente estratégico y recomendaciones Sistema de información | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥ que en (1) y F≤4 | | | |
|--|----------------|-----|-------|-----|---------------------|-----|-------|-----|
| | REC | | DGCEs | | REC | | DGCEs | |
| | R | F | R | F | R | F | R | F |
| II.A.1. Asegurar un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura en todo el sistema de salud | | | | | 4.7 | 2.9 | 5 | 3.6 |
| II.A.2 Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad | 4.8 | 4.1 | 4.9 | 4.9 | | | | |
| II.A.5. Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad | 4.7 | 4.4 | 5.0 | 5.0 | | | | |
| II.A.7. Establecer un sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos | | | 4.9 | 4.3 | 4.7 | 3.8 | | |
| II.C.3. Evaluación integral y a profundidad del sistema de información de calidad entre ellos el Indicac | 4.6 | 4.0 | 4.6 | 4.6 | | | | |

* Puntuación: mínima 1 y máxima 5

DGCEs: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

REC: responsable estatal de calidad

Conclusiones del análisis cualitativo de los comentarios escritos y la discusión de las recomendaciones

Los comentarios verbales y escritos realizados por personal de calidad y los miembros de la DGCEs en el taller de priorización, analizados de forma cualitativa, matizaron y reforzaron la priorización objetivada por la puntuación.

El detalle de este análisis se describe en el anexo 2.C, pero a continuación se ofrecen las conclusiones principales:

Cuestiones con amplio consenso

En general hay un gran consenso sobre la inadecuación del sistema actual de indicadores, en lo referente tanto al número, duplicidades, ausencias, obsolescencia, tipo y adecuación de los mismos, y que el rediseño de un sistema de indicadores integrado, válido, confiable y útil sería un proyecto muy necesario. El consenso en los comentarios se extiende también al objetivo principal del SIS (herramienta para la toma de decisiones) no cumplido en la actualidad, así como sobre lo escasamente útil que resulta y utilizado que es.

El problema de la inadecuación del recurso humano a cargo del sistema de información es también sentido y reconocido sin contradicciones. Hay asimismo una sensación general de necesidad y abandono, en cuanto a equipamiento e infraestructura, dicho de diversas formas y matices, desde la escasez de presupuesto, hasta

la dificultad de ejecución; problemas todos ellos que contribuyen a la sensación de baja factibilidad otorgada a la intervención relativa al despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura.

Cuestiones poco comentadas, con disenso o no bien entendidas

Los comentarios confirman que la información disponible se considera generalmente poco confiable. Hay en cambio variedad y un cierto disenso o conocimiento parcial sobre las causas, que son diversas y tienen que ver tanto con la forma en que está diseñado el sistema como con la escasez de personal y supervisión. Los aspectos relacionados con las fuentes de información no recibieron muchos comentarios, aunque apuntan igualmente a una necesidad de revisión e integración de fuentes de información para la construcción de los indicadores, teniendo en cuenta niveles, metodología y confiabilidad de los datos.

Propuesta de intervenciones estratégicas derivada de la priorización y comentarios de los responsables estatales de calidad y de personal de la DGCEs

Resulta interesante señalar que, según lo expuesto en los dos apartados anteriores, las intervenciones estratégicas resultantes tras la priorización abordan las cuestiones más centrales y básicas del sistema de información, sin que haya grandes fisuras en la apreciación

de los dos colectivos. Una consideración objetiva, atendiendo a lo que la literatura sobre el tema señala como más relevante, hubiese producido probablemente la misma priorización. Es de destacar asimismo el hecho de que las intervenciones en torno a este componente estratégico constituyen la prioridad número uno para el personal de la DGCES que participó en el ejercicio de priorización.

Propuesta integrada de estrategias de intervención en relación con el sistema de información para la calidad

Considerando conjuntamente las intervenciones derivadas del diagnóstico de situación, la priorización expresada por personal de calidad y de DGCES, y lo que subraya la literatura científica sobre el tema, podemos concluir con una propuesta integrada que incluye tres grandes líneas de actuación: a) rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad; b) fomentar el uso de la información para mejorar la calidad, y 3) evaluación integral y a profundidad del sistema de información de calidad entre ellos el Indicas.

Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad

Se plantea un rediseño del sistema de indicadores para monitorear la calidad que permita evaluar las principales acciones del programa de calidad de México, y que estos indicadores cumplan con características necesarias como la validez, fiabilidad y utilidad, distinguiendo los diversos niveles jerárquicos del sistema de salud.¹⁶

Para elaborar los indicadores, algunas experiencias plantean la necesidad de que sean producto de un consenso entre los actores involucrados en todos los niveles de responsabilidad, lo que incluiría prestadores de servicios, gestores de calidad, aval ciudadano, directores de calidad jurisdiccionales y estatales, así como federales de la DGCES, junto con instituciones académicas. No hay que perder de vista sin embargo, que el consenso de los actores involucrados no debe obviar la necesidad de que los indicadores estén basados en evidencia científica, aunque adaptados a las características y prioridades del

sistema de salud, y con la posibilidad de comparación internacional. Sería necesario integrar los indicadores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tan fundamentales para el primer de atención, como por ejemplo los monitoreados en el programa “caminando a la excelencia”,^{4,5} que actualmente se analizan de forma separada a los indicadores de calidad.

El esfuerzo de integración debe incluir también las fuentes de información necesarias en un sistema único de información que genere los indicadores de monitoreo.

Igualmente, será preciso rediseñar los formatos de recolección de la información con los nuevos requerimientos, así como la forma de transmisión y los flujos de la información. En suma un rediseño integral del sistema de información para la calidad. Esta sería la principal y más básica línea de acción sobre la que se podrían añadir las demás y que habría de iniciarse necesariamente con la definición de los indicadores a utilizar por el sistema, con los principios y precauciones que se describen a continuación.

Indicadores de calidad

Los indicadores son una herramienta de medición, pueden ser utilizados para supervisar y evaluar la calidad de la gobernanza (a nivel de sistema), la gestión clínica (a nivel organizacional) y las funciones de soporte (a nivel servicios) en rasgos observables, tienen como objetivo identificar cambios significativos (deterioro o mejora) de un rasgo o característica de la atención que por lo general es difícil de observar directamente.⁶⁻⁸ Se han establecido tres variables fundamentales para la medición de la calidad: la estructura, el proceso y los resultados. Los indicadores de estructura evalúan las características de las instituciones, las capacidades de los profesionales en salud y el personal en general, así como el entorno político en el que se entrega el cuidado de la salud. Es decir, se centran en los atributos relativamente “fijos” de una organización o de sus profesionales y el personal.^{9,10}

Los indicadores de proceso, por su parte, evalúan el quehacer de los prestadores de salud, observando las actividades en cada uno de los momentos de la atención individual y poblacional.^{9,10} Los indicadores de resultado, a su vez, miden el estado de salud y satisfacción o de desenlace después de una atención en salud prestada; pueden estar afectados por variables externas, no controlables por el prestador, por lo tanto,

para que un resultado se considere una medida válida de la calidad, debe estar estrechamente relacionada con procesos de atención que puedan ser manipulados para afectar el resultado.^{5,8,9}

Definición, identificación y selección de indicadores

Al seleccionar indicadores de calidad es importante verificar si cumplen los requisitos de calidad de los mismos, tales como validez, confiabilidad, relevancia y aplicabilidad (aceptable, comprensible),¹⁰ que estén basados en la evidencia y tengan la flexibilidad para la obtención de los datos⁷ (medibles).⁸ La Agencia para la Investigación y Calidad utiliza las siguientes variables para identificar, seleccionar y evaluar la calidad de los indicadores de calidad para pacientes hospitalizados: validez aparente, la precisión, el sesgo mínimo, la validez de constructo, que fomente la mejora real de la calidad, así como su aplicabilidad.¹¹

Principios para el desarrollo de indicadores

Para el desarrollo de indicadores se deben poner en consideración tres variables. La primera es definir qué aspectos de la atención en salud se desea evaluar: Estructura (personal, equipo, sistemas de información), proceso (prescripción médica, uso de evidencia científica, interacción entre profesionales, pacientes y comunidad) o de resultado (mortalidad, morbilidad y atención centrada en las preferencias del paciente, comunidad y población). La segunda es la perspectiva de la calidad que tiene cada parte interesada, es importante tener claro qué y quiénes están siendo representados en el desarrollo de los indicadores. Por último, contar con la suficiente información o elementos de prueba de cada indicador lo cual puede derivarse por métodos sistemáticos o no sistemáticos.¹⁰ Los métodos no sistemáticos son rápidos y simples, pero los indicadores resultantes pueden ser menos creíbles que las desarrolladas mediante el uso de métodos sistemáticos. Los métodos sistemáticos pueden basarse directamente en la evidencia científica o guías clínicas o combinar pruebas y opinión profesional. Independientemente del método utilizado todos los indicadores deben someterse a la prueba de aceptabilidad, factibilidad, fiabilidad, sensibilidad al cambio, y la validez.⁶

Componentes o dimensiones de la calidad

Los componentes o atributos de la calidad en la atención en salud individual constituyen otro marco de referencia por tener en cuenta a la hora de elaborar indicadores para el sistema de información. Incluyen la alta calidad técnica;¹² la atención humanizada o el buen trato;¹³ la atención centrada en las preferencias de los pacientes, familia y comunidad de la cual la satisfacción del usuario es un componente;⁴ y finalmente la seguridad del paciente.^{6,12} Un esquema más completo de componentes o dimensiones, incluye también aspectos relevantes desde el punto de vista poblacional o comunitario, como son la accesibilidad y la equidad.¹⁷

Indicadores de calidad en primer nivel de atención

El primer nivel de atención hace hincapié en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, junto con la atención de los problemas de salud, así como en la prestación de cuidados paliativos y al final de su vida. La orientación se centra tanto en las necesidades de salud del individuo como de la población.¹⁴ En este sentido, la práctica de la atención clínica general, y las funciones de salud pública están orgánicamente alineados,¹⁴ incluyendo:

- **Promoción de la salud.** Cubre áreas importantes de la conducta relacionada con la salud que se dirigen típicamente a la educación y sensibilización del paciente y campañas de divulgación para el cuidado de la salud. Estas incluyen entre otros el tabaquismo, la obesidad, el ejercicio físico, las enfermedades de transmisión sexual y el aborto, la prevalencia de enfermedades crónicas evitables como diabetes o hipertensión.¹⁵
- **Atención preventiva.** La prestación sistemática y sistémica de servicios dirigidos a la población en áreas tales como la vacunación, la detección y la atención prenatal.¹⁵ Siguiendo el desarrollo de las normas comunes de calidad para la prevención cardiovascular y la gestión del riesgo en Europa, la definición de indicadores en prevención se puede enfocar en cuatro ámbitos fundamentales: a) la gestión de estilo de vida; b) los procesos clínicos, resultados y evaluación/comunicación de riesgo; c)

la organización de la atención, y d) la perspectiva del paciente. Cubriendo la prevención primaria, secundaria y terciaria.¹⁵

- **Atención clínica primaria.** Subconjunto de actividades de diagnóstico y terapéuticos en la que se basa la prestación de atención clínica primaria.¹⁵ Algunos ejemplos de indicadores para este nivel son: diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, el tratamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva, las tasas de abandono de tratamiento en pacientes crónicos, dejar de fumar, y un indicador agregado que describe las tasas de hospitalización por condiciones usualmente manejados en la atención primaria.¹⁵

Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad

Teniendo un esquema de indicadores adecuado, válido, fiable y jerarquizado, la información debe ser procesada, analizada, comparada y difundida, generando conocimiento sobre la calidad de la atención de la salud a nivel local, estatal, nacional e internacional. Esta

información puede ser presentada a través de diversos medios, páginas web, tableros de control, boletines, documentos de análisis de la calidad entre otros, que apoyan la toma de decisiones con base en la evidencia. En este sentido es necesario sensibilizar al personal que recolecta la información sobre la importancia en que esta sea de calidad, con cobertura y oportunidad, y también a los tomadores de decisiones sobre la importancia de utilizar esta información para la toma de decisiones. La información que no se utiliza es información desperdiciada, así como es también un desperdicio los recursos utilizados en generarla.

Evaluación integral y a profundidad del sistema de información de calidad entre ellos el Indicas

Esta línea de acción podría en cierto modo preceder al rediseño, o incorporarse. Se sugiere una evaluación integral del sistema de información de calidad actual (incluido el Indicas), revisar las fuentes de información, cómo se recolectan los datos en campo, y un diagnóstico de las principales dificultades para la recolección de in-

Cuadro 2.3. Tareas, indicadores de seguimiento y resultados por intervención

Detalle de recomendaciones, indicadores de seguimiento y resultados esperados para cada intervención propuesta prioritaria
Componente 2. Sistemas de información para la calidad

| Tarea | Indicador | Resultados esperados | |
|---|--|--|---|
| | | Corto plazo 1-2 años | Mediano plazo 3-5 años |
| Revisión de la validez, fiabilidad y utilidad de cada uno de los indicadores del Indicas | Documento de informe de la revisión de la fiabilidad, validez y utilidad de cada uno de los indicadores del Indicas | Indicadores actuales revisados | Indicadores propuestos con criterios de validez, fiabilidad y utilidad |
| Revisión sistemática de las experiencias internacionales de indicadores para la medición de la calidad | Documento propuesta de indicadores para la medición de la calidad | Listado de indicadores sugeridos para la medición de la calidad | Actualización continua de los indicadores sugeridos para la medición de la calidad |
| Integración de los indicadores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, trabajados en el programa de caminando a la excelencia | Propuesta de integración de los indicadores de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dentro del Indicas | Listado de indicadores de promoción y prevención homologados con caminando a la excelencia | Actualización continua de los indicadores de promoción y prevención para el monitoreo de la calidad |
| Reunión nacional de todos los niveles para la selección y consenso de los indicadores para la medición de la calidad | Documento propuesta de indicadores para la medición de la calidad consensado | Listado de indicadores consensados para la medición de la calidad | Actualización continua de los indicadores sugeridos para la medición de la calidad |
| Rediseño de los formatos de recolección de la información necesaria para el cálculo de los indicadores | Formatos de recolección manual y automatizados | Formatos de recolección manual y automatizados | Recolección de información automatizada en todos los niveles |
| Integración de fuentes de información como el expediente clínico electrónico, el SIS y el SAEH para la consolidación de bases nominales para la construcción de los indicadores | Porcentaje de fuentes de información integradas | Integración del expediente clínico electrónico y el Indicas | Integración de fuentes adicionales que ayuden a la construcción de indicadores |

formación de acuerdo al tipo de fuente, analizando que cumpla con los criterios de calidad, exhaustividad, cobertura, oportunidad, validez, fiabilidad y utilidad. Esta evaluación permitiría tener mayor información para plantear el rediseño del sistema de información para la calidad, construyendo sobre la base de lo ya existente. No obstante, las grandes deficiencias y brechas identificadas en el diagnóstico de situación sugieren que más que evaluar en profundidad el sistema existente podría ser oportuno plantearse de entrada un rediseño del mismo con los principios antes apuntados.

Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

La implementación de las intervenciones señaladas requiere establecer metas con indicadores de seguimiento y tiempos diferentes para su desarrollo, con el fin de asegurarse que se cumplen los objetivos establecidos. Por ello se estableció para cada una de las tres estrategias priorizadas, el siguiente cuadro de tareas, indicadores y metas a corto y mediano plazo (cuadro 2.3). Algunos de estos tiempos están influidos por el acuerdo y colaboración de varias dependencias, entre ellas las Secretarías de Salud de los estados, pero constituyen, no obstante, un esquema de implementación que consideramos razonable.

Referencias

1. United States Agency for International Development. Monitoring the quality of primary care. Disponible en: www.k4health.org/sites/default/files/hmngfinal.pdf
2. Clark DM, Silvester K, Knowles S. Lean management systems: creating a culture of continuous quality improvement. *J Clin Pathol.* 2013;66(8):638-643.
3. De Vos M, Graafmans W, Kooistra M, Meijboom B, Van Der Voort, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care* 2009;21(2):119-129.
4. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Indicadores Caminando a la Excelencia, 2011.
5. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. Manual metodológico de Caminando a la Excelencia, 2008-2012.
6. Mills I, Batchelor P. Quality indicators: the rationale behind their use in NHS dentistry. *Br Dent J* 2011;211(1):11-15.
7. Sibanda T, Fox R, Draycott TJ, Mahmood T, Richmond D, Simms RA. Intrapartum care quality indicators: a systematic approach for achieving consensus. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;166(1):23-29.
8. Peña A, Virk SS, Shewchuk RM, Allison JJ, Williams OD, Kiefe CI. Validity versus feasibility for quality of care indicators: expert panel results from the MI-Plus study. *Int J Qual Health Care* 2010;22(3):201-209.
9. Jozette JC, Stienen, Merit M. Tabbers et al. Development of quality indicators based on a multidisciplinary, evidence-based guideline on pediatric constipation. *Eur J Pediatr* 2011;170:1513-1519.
10. United States Department of Health & Human Services. Validity of Clinical Quality Measures. Agency for healthcare research and quality. Disponible en: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/tutorial/validity.aspx>
11. Catumbela E, Certal V, Freitas A, Costa et al. Definition of a core set of quality indicators for the assessment of HIV/AIDS clinical care: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:236.
12. Marshall M, Leatherman S, Mattke S. Selecting indicators for the quality of health. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/33865865.pdf>
13. Brook R, McGlynn E, Shekelle P. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care* 2000;4:281-295.
14. Agency for Healthcare Research and Quality's. Guide to patient safety indicators. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality, marzo de 2003 versión 3.0 (20 de febrero de 2006).
15. Sahota N, Hood A, Shankar A, Watt B, Ramaiah S. Developing performance indicators for primary care: Walsall's experience. *Br J Gen Pract* 2008;58(557):856-861.
16. Saturno PJ. Actividades para la monitorización. Construcción y análisis de indicadores. Planes de monitorización. Manual del máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 4: Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Unidad temática 19. Universidad de Murcia, 2008.
17. Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of Care. A process for making strategic choices in health systems. WHO: Ginebra, 2006.

Propuestas de intervención sobre iniciativas existentes y nuevas

| Aspectos analizados (modelo de análisis) | Sobre iniciativas existentes | Nuevas iniciativas |
|--|---|---|
| Recursos | Asegurar equipamiento e infraestructura para el sistema de información en todas las unidades del sistema de salud | Asegurarse personal especializado o al menos capacitado para garantizar la calidad y el uso de la información |
| Indicadores | Rediseño del sistema de indicadores, con criterios de oportunidad, cobertura, integridad, validez, veracidad, consistencia y utilidad, y jerarquización según nivel de responsabilidad, promoviendo la participación de los actores en todos los niveles, generando indicadores de proceso, resultado e impacto | Identificar e integrar indicadores de salud pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en el sistema de indicadores para la calidad, mediante una revisión de experiencias en otros países |
| Fuente de datos | Revisar metodología de recolección de datos, tanto de los registros como de las encuestas | Integrar sectorialmente los sistemas de información oficial de forma nominal como expediente clínico electrónico, Sinos, entre otros, con criterios de complementariedad y eficiencia, en la promoción de redes de servicios para la medición de la calidad |
| Manejo de información | Aumentar la participación de unidades de salud que reportan los indicadores de calidad en las instituciones del sector salud | Establecer un sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos |
| Productos de información | Rediseño del reporte de indicadores, resumen de la información en tableros de control, para el monitoreo del programa de forma clara y útil en los diversos niveles de responsabilidad | Asegurarse comparabilidad entre unidades, entidades federativas y a nivel internacional |
| Difusión y uso | Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad | Incorporar información sobre iniciativas de mejora y sus resultados |
| Global | Se necesita una evaluación integral y a profundidad dirigida únicamente a evaluar el sistema de información de calidad entre ellos el Indicas ^{*,**} . Se precisa un rediseño integral del sistema único de información para la calidad | |

* Intervenciones que precisarían de inversión

** Intervenciones que se beneficiarían de estudio o revisión sistemática sobre su efectividad

Anexo 2.B

Calificaciones/puntuaciones medias sobre las estrategias sugeridas según los responsables de calidad de las entidades federativas y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

| Estrategias para el componente 2. Sistemas información | | REC | | DGCES | |
|---|---|--------|-------|--------|-------|
| | | Relev. | Fact. | Relev. | Fact. |
| II.A.1 | Asegurarse un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura en todo el sistema de salud | 4.65 | 2.85 | 5 | 3.57 |
| II.A.2 | Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad | 4.81 | 4.14 | 4.86 | 4.86 |
| II.A.3 | Aumentar la cobertura de establecimientos que reportan al Indicas en las instituciones del sector salud | 4.43 | 3.67 | 3.86 | 3.29 |
| II.A.4 | Rediseño del resumen de la información para que sea clara y útil en los diversos niveles de responsabilidad | 4.53 | 4.06 | 4.43 | 4.29 |
| II.A.5 | Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad | 4.73 | 4.39 | 5 | 5 |
| II.A.6 | Integrar las fuentes de información y bases de datos existentes con criterios de complementariedad y eficiencia | 4.39 | 3.68 | 5 | 4.57 |
| II.A.7 | Establecer sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos | 4.72 | 3.78 | 4.86 | 4.29 |
| II.A.8 | Asegurarse comparabilidad entre unidades, entidades federativas y a nivel internacional | 4.35 | 3.53 | 4.71 | 4.14 |
| II.A.9 | Incorporar información sobre iniciativas de mejora y sus resultados | 4.32 | 3.92 | 4.71 | 4.14 |
| II.A.10 | Rediseño integral del sistema de información para la calidad | 4.59 | 3.92 | 4.71 | 4.43 |
| II.B.1 | Asegurarse personal especializado o al menos capacitado para garantizar la calidad de la información | 4.65 | 3.42 | 4.86 | 3.86 |
| II.C.1 | Revisar metodología de recolección de datos, tanto de los registros como de las encuestas | 4.47 | 3.92 | 4.86 | 4.43 |
| II.C.2 | Identificar e integrar indicadores de salud pública (protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en el sistema de indicadores para la calidad | 4.73 | 3.94 | 4.86 | 4.43 |
| II.C.3 | Evaluación integral y a profundidad dirigida del sistema de información de calidad entre ellos el Indicas | 4.59 | 4.03 | 4.57 | 4.57 |

Análisis cualitativo de los comentarios de los responsables estatales de calidad y personal de la DGCEs sobre las propuestas de intervención para la mejora del primer nivel de atención

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|-------------------|--------------------------------|--|--|---|
| Recursos | Infraestructura y equipamiento | Asegurar equipamiento uniforme e infraestructura en todo el sistema de salud | <p>"Este punto es muy importante..."</p> <p>"Existe limitado equipamiento, y conectividad en el primer nivel de atención (está abandonado). En la cruzada por la calidad les dieron computadoras pero se acabaron de viejos"</p> <p>"importante asegurar los insumos mínimos para la captura de información"</p> <p>"la adquisición de equipo tiene muchas restricciones...se necesita conectividad y computadores hay una computadora de Sinos y no lo dejan usar para nada diferente"</p> <p>"...cómo asegurar un presupuesto destinado para infraestructura y equipamiento en los Sesa." "hay un presupuesto pero no los dejan ejercerlo, o no se lo dicen" "...requiere un presupuesto que no tenemos como hacerlo factible" "El equipamiento no puede ser uniforme, depende de voluntades y presupuestos"</p> <p>"se necesita solicitud de vehículos para supervisión"</p> <p>"la escases de estructura y personal afecta la aplicación de encuestas"</p> <p>"Garantizar financiamiento y recursos humanos para el sistema"</p> | Sensación general de necesidad y abandono, dicho de diversas formas y matices, desde la escasez de presupuesto, hasta la dificultad de ejecución, e incluso recursos que se determina sean utilizados sólo para determinados proyectos o Programas (por ejemplo: Sinos) |
| | Recurso humano | Asegurar personal especializado o al menos capacitado para garantizar la calidad de la información | <p>"quién alimenta el sistema debe ser sensible a las consecuencias de los datos que introduce"</p> <p>"es importante capacitación y/o actualización sobre el uso de la información"</p> <p>"El Indicas es alimentado sin una capacitación adecuada y sin supervisión"</p> | El problema de la inadecuación del recurso humano a cargo del sistema de información es sentido y reconocido sin contradicciones |

continúa...

continuación...

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|-------------------|--|----------------------------------|---|--|
| Indicadores | Adecuación de los indicadores actuales | Número y características | <p>“Que exista una comisión para unificar los indicadores, hay muchos indicadores por cada uno de los programas no duplicar información debe alinearse internamente y a nivel internacional”</p> <p>“Urge la revisión del Indicas”</p> <p>“Los indicadores no sirven para lo que se necesita.”</p> <p>“los indicadores son absurdos y no indican nada”</p> <p>“indicadores iguales para todos.”</p> <p>“debe haber un solo sistema de información”</p> <p>“Contar con un sistema de información integrado”</p> <p>“creación de sistemas únicos”</p> <p>“homogéneo e integrado”</p> <p>“Revisar los eslabones críticos de atención”</p> <p>“El trabajo no se ve reflejado en los indicadores”</p> <p>“Las instituciones además tienen que reportar otros indicadores y los responsables de hacerlo se ven abrumados”</p> <p>“Por cada indicador hay un responsable de programa intentando justificarlo”</p> <p>“exceso de indicadores y la falta de combinación entre ellos, en la Secretaría de Salud”</p> <p>“Se ha perdido la rectoría a nivel federal”</p> <p>“...Ser homogéneo y permitir mayor articulación entre los niveles de atención”</p> <p>“El rediseño es sencillo pero implementarlo es complicado”</p> <p>“otro punto es la confiabilidad del indicador”</p> | Es abrumador el consenso sobre la inadecuación del sistema actual de indicadores, con comentarios tanto por el número, duplicidades, ausencias, obsolescencia, tipo y adecuación en general. El rediseño de un sistema de indicadores integrado, válido, confiable y útil parece que sería un proyecto extraordinariamente bien recibido |
| | | Tipos de indicador | <p>“Buscar congruencia entre la información que se genera en calidad con la de caminando a la excelencia.”</p> <p>“Redefinir y orientar indicadores, hay una gran brecha entre la prevención y promoción con los indicadores de calidad, impacto en salud”</p> <p>“el sistema debe incluir indicadores útiles en diferentes áreas, calidad técnica, calidad percibida y financiera, además de resultado e impacto, tanto de atención médica como de salud pública”</p> <p>“Indicadores administrativos”</p> | |
| Fuentes de datos | Tipo y características | Bases de datos y niveles | <p>“Considerar desde nivel nacional el reporte de información solamente de lo necesario para no mantener a las entidades como maquila de información innecesaria, injustificada y sin retroalimentación”</p> <p>“Debe haber un solo sistema de información, basado en el expediente clínico”</p> <p>“La información debe ser confiable, quién alimenta el sistema debe ser sensible a las consecuencias de la información que introduce”</p> | Este aspecto del SIS no suscitó muchos comentarios, aunque apuntan igualmente a una necesidad de revisión e integración, teniendo en cuenta niveles, metodología y confiabilidad de los datos |
| | | Metodología de recogida de datos | <p>“Una deficiencia del procedimiento es la falta de consideración de los plazos para las mediciones, pues no es lo mismo levantar datos a al inicio, cuando se dispone de insumos”</p> <p>“Es necesario revisar la metodología ya que es absurda y aburrida”</p> <p>“Supervisión como medio para la correcta recolección de datos”</p> <p>“El Indicas es alimentado por los avales ciudadanos y los trabajadores, sin una capacitación adecuada y sin supervisión”</p> | |

continúa...

continuación...

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|--------------------------|---|--|--|---|
| Manejo de la información | Calidad de la información que se maneja | Supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos | “Es muy importante asegurar que los datos reflejen la realidad. El procedimiento para la captura y envío de la información es complicado y engorroso. Se facilitaría si se contara con una plataforma en línea que sea muy amigable al usuario.”“El trabajador en la unidad es el mismo y tiene que llenar muchos informes es común que se incurra en la práctica de inventar datos.”“El manejo estadístico de los datos propicia manipulación y ocultamiento de información”“Los que ganan premios son los que mejor maquillan los datos” | La información se considera generalmente poco confiable e incluso en ocasiones intencionalmente manipulada. Las causas que se comentan son diversas y tienen que ver tanto con la forma en que está diseñado el sistema como con la escasez de personal y supervisión |
| Productos de información | Comparabilidad, y articulación | Comparabilidad entre unidades, entidades y a nivel internacional | “ Se necesita asegurar comparabilidad”, “Alinear indicadores con otras instituciones”“Debe alinearse internamente y a nivel internacional”“permitir mayor articulación entre los niveles de atención | Los pocos comentarios registrados apuntan a la necesidad de revisar también este tema, el cual se relaciona a su vez con el tipo de indicadores a utilizar |
| Difusión y uso | Actores y utilidad de la información | Uso de la información para toma de decisiones y mejorar la calidad | “La revisión de los datos del Indicas, cuando se llega a realizar, es muy superficial. No pasa de ser una presentación que no da lugar al análisis ni al planteamiento de acciones. ¿De qué sirve la información si no se utiliza?”“Debe permitir la toma de decisiones para la mejora continua., así como identificar los factores que favorecieron la mejora”“Pobre utilidad para la toma de decisiones”“...que se usen, incluso para la alineación financiera.”“visibilizar, impulsar y requerir la administración basada en evidencias”“No debe ser informar por informar, sino informar para decidir y mejorar” | Hay claridad y consenso sobre el objetivo principal del SIS (herramienta para la toma de decisiones), así como sobre lo escasamente útil y utilizado que resulta en la actualidad |
| | | Protagonistas | “La competencia del uso de la información corresponde a todo directivo tomador de decisiones” “Hay una obligación de la retroalimentación hacia el personal operativo”“fomentar el uso de la información en el personal en formación. (Medicina, odontología enfermería) ya que son nuestros futuros analizadores de la información y tomadores de decisiones” | Los comentarios apuntan a tres actores en la utilización de la información: directivos, personal operativo, y personal en formación. No se comentó la inclusión de pacientes/ población |

En este componente hubo un amplio consenso en los comentarios. La práctica totalidad de ellos reforzaron, con matices enriquecedores, las recomendaciones propuestas. Puede concluirse que la intervención en este componente estratégico es una clara y sentida prioridad.

Componente estratégico 3. Participación de pacientes y población

Estrategia de mejora de la calidad basada en la participación del paciente y población, fomento y atención explícita al papel de pacientes y comunidades en la mejora de la calidad, atención centrada en el paciente, en la familia y en la población

Resumen

El fomento de la participación del paciente y de la población es el eje fundamental de la dimensión centrada en el paciente familia, comunidad, cuyo concepto “atención sanitaria que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios y la cultura de la comunidad” ha sido ampliamente difundida en el ámbito internacional y evaluada a través de un modelo y componentes propuestos por diversos organismos internacionales. En este marco se realizó el diagnóstico de la participación de pacientes y comunidad en la mejora de la calidad en México, cuyos resultados permiten proponer intervenciones que contribuyan a satisfacer las necesidades y expectativas de la población como fin último de la calidad. Se incluyen indicadores para su implantación y metas de corto y mediano plazo para su desarrollo.

Metodología

Las intervenciones propuestas se basan en los resultados obtenidos en el diagnóstico de situación, la priorización expresada por el personal estatal de calidad y de Dirección General de Calidad y Educación en Salud DGCE y consideraciones extraídas de la literatura internacional sobre el tema. Se consideraron tres criterios para la categorización de las intervenciones de mejora: relacionadas con acciones directas que ya han iniciado pero requieren mejorarse, requieren capacitación para su desarrollo, y requieren la realización de estudios. El ejercicio de priorización consideró los aspectos de relevancia y factibilidad con una escala de puntuación de 1 a 5 para cada recomendación, se consideran como prioridad uno las calificadas ≥ 4 en ambos. Con estos resultados se realizó el análisis cuantitativo y cualitativo

para retroalimentar la propuesta de estrategia integrada que se apoya en la bibliografía internacional disponible, incluyéndose indicadores para su implantación y metas de corto y largo plazo que faciliten el seguimiento.

Resultados

El diagnóstico de situación identificó que la incorporación de la dimensión de la atención centrada en el paciente, alineada con el concepto establecido en el orden internacional, requiere mejorar los sistemas y procesos actuales e incorporar nuevas intervenciones, fundamentalmente la utilización del máximo posible de formas de participación y herramientas de medición válidas y útiles para la monitorización y mejora continua, así como integrar sus resultados en el sistema nacional de información para la gestión de calidad. Se formularon 16 recomendaciones.

Las puntuaciones realizadas por los responsables de calidad y personal de la DGCE priorizaron ocho, cinco de primer orden, incluyendo tanto intervenciones directas como actividades de capacitación y la realización de estudios necesarios.

Conclusiones

La estrategia integrada propone fortalecer la participación de pacientes y población en la evaluación y mejora de la calidad de la atención primaria a la salud en las unidades médicas del primer nivel de atención, mediante la unificación de criterios para el diseño de nuevos procesos y fortalecimiento de los que han mostrado su utilidad, relacionados con los derechos de los pacientes, sistema de quejas y con la participación del paciente y el Aval Ciudadano en la toma de decisiones

para la mejora, así como el uso de instrumentos de medición confiables y útiles para demostrar resultados de satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes, familias y comunidad.

Introducción

La participación del paciente y de la población es el eje central de la atención centrada en el paciente, familia y comunidad; se le considera una dimensión de calidad, el concepto manejado en el ámbito internacionales es un referente importante para el desarrollo de la mejora de la calidad: “atención sanitaria que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios y la cultura de la comunidad”.¹ Este enfoque resalta los valores del paciente y de la comunidad para guiar su participación en las decisiones de mejora^{2,3} así como principios para su aplicación ya que su desarrollo es clave para obtener mejores resultados y uso óptimo de los servicios.^{4,5}

La participación del paciente, de las familias y la comunidad puede realizarse en forma “activa” o “solicitada por el sistema” utilizando diversas metodologías⁶ y debe monitorearse con herramientas válidas y útiles para evidenciar la mejora. Existe un modelo propuesto⁷ y componentes que facilitan la evaluación de resultados.^{8,9} En el ámbito internacional se reconoce la necesidad de que los países establezcan una política pública con este enfoque, ya que ayuda a abordar de manera más adecuada las disparidades sociales, étnicas y socioeconómicas de la calidad de la atención y sus resultados en la salud.¹⁰

El diagnóstico realizado mostró que México cuenta con un marco jurídico-normativo suficiente para la participación ciudadana y del paciente; sin embargo, la participación activa es limitada, además de que la iniciativa Aval Ciudadano, solicitada por el sistema, no ha sido aprovechada lo suficiente y plantea problemas metodológicos. La información disponible de los resultados de ambas formas de participación evidencia falta de unificación de criterios de las instancias participantes en el proceso de participación de las diversas intervenciones, deficiencias en el método de medición y en los resultados de la mejora de la calidad en el primer nivel de atención.

En este marco de referencia se presentó el diagnóstico a los equipos de la DGCE y, de acuerdo con la metodología definida en sesión de taller, se propusieron intervenciones para que el personal de la DGCE y los responsables estatales de calidad las priorizaran con la

finalidad de contribuir en la propuesta de la estrategia integrada, que además se sustentará en la literatura internacional. Los resultados se reportan en este documento y se establecen indicadores y un marco temporal que permita su implementación.

Resultados

Recomendaciones para la mejora derivadas del diagnóstico de situación

Listado extenso de intervenciones según la fase del modelo de análisis utilizado

Con base en el diagnóstico de situación se formularon recomendaciones agrupadas según se trate de fortalecer iniciativas existentes o nuevas, relacionadas con el esquema de análisis utilizado: a) marco conceptual de la dimensión centrada en el paciente, familia, comunidad y aspectos jurídico-normativos de los derechos de los pacientes y participación de la población en la mejora de la calidad; b) fomento de la participación de pacientes relacionada con el sistema de reclamos cuya duplicidad de procesos entre instituciones y falta de supervisión del sistema impide el uso de la información en la mejora, integrando además otras iniciativas como el consentimiento informado en la monitorización de la mejora y el sistema de voluntades anticipadas, y c) funcionamiento del Aval Ciudadano. La descripción de las recomendaciones propuestas se encuentra en el anexo 3.A, en donde se señalan asimismo aquellas intervenciones que precisarían de presupuesto específico.

Listado reducido y distribución según tipo de intervención

Con la finalidad de proponer intervenciones de mejora al personal de la DGCE y a los responsables de calidad de los servicios estatales de Salud se elaboró un listado único considerando tres criterios para la categorización de las intervenciones: a) las relacionadas con acciones directas que ya han iniciado pero requieren mejorarse; b) intervenciones que requieren capacitación para su desarrollo, y c) requieren la realización de estudios. Este listado presentado para priorización se describe en el cuadro 3.1.

Entre las propuestas de intervención directa (A.III.1 a 6), se incluyeron recomendaciones para fortalecer as-

Cuadro 3.1. Recomendaciones para la mejora derivadas del diagnóstico de situación

| | |
|---------|---|
| III.A.1 | Asegurar la difusión de los derechos de los pacientes al personal de los servicios de salud y a la población |
| III.A.2 | Asegurar la difusión por los medios disponibles y supervisar la operación del sistema de quejas |
| III.A.3 | Asegurar que las unidades médicas cuenten con buzones de quejas, materiales e insumos |
| III.A.4 | Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente en sustitución de la actual encuesta de satisfacción |
| III.A.5 | Incluir en el sistema de monitorización e información de la calidad, la implantación y uso del consentimiento informado |
| III.A.6 | Incluir en el sistema de información de calidad los resultados del monitoreo de los derechos de los pacientes |
| III.B.1 | Asegurar la difusión y generar competencias para desarrollar la "dimensión de la atención centrada en el paciente, familia-comunidad" |
| III.B.2 | Establecer acuerdo con la dirección de enseñanza para generar competencias en los internos de pregrado sobre la dimensión de la atención centrada en el paciente, familia, comunidad acción previa a la realización del servicio social |
| III.B.3 | Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias que se haya definido |
| III.B.4 | Capacitar en forma teórico-práctica al personal de los Sesas en el monitoreo comunitario efectivo |
| III.B.5 | Capacitar a los AC para realizar el monitoreo comunitario |
| III.C.1 | Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de los derechos de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas |
| III.C.2 | Revisar con las instancias correspondientes el concepto: Dimensión de la asistencia sanitaria centrada en el paciente, familia y comunidad |
| III.C.3 | Delimitar atribuciones, competencias y unificar criterios de coordinación de los sistemas de reclamos y quejas en las unidades médicas y valorar mecanismos para incluir el sistema de la comunidad |
| III.C.4 | Instaurar un Sistema de Voluntades Anticipadas (petición consciente y voluntaria del paciente de no prolongar el sufrimiento o la vida) (enfoque tanatológico) |
| III.C.5 | Evaluar los efectos del Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso a la mejora, si se decide mantener su enfoque actual |

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

B: recomendaciones sobre intervenciones que requieren capacitación

C: recomendaciones sobre intervenciones que requieren la realización de estudios

pectos que ya se han iniciado pero que requieren mejorar, por ejemplo, asegurar la difusión de los derechos de los pacientes, la dimensión centrada en el paciente y en la población y el sistema de quejas. Así como garantizar que las unidades médicas cuenten con insumos y buzones de quejas y supervisar la implantación y operación del sistema. De igual manera, para contar con información útil para la mejora con participación del paciente, se proponen nuevas iniciativas como sustituir la actual encuesta de trato digno por la encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente cuyos resultados deben reflejarse en el sistema de información de la calidad.

Las propuestas de mejora que implican capacitación (B.III 1 a 5) están asociadas a generar competencias directivas y operativas sobre la dimensión de la atención centrada en el paciente, familia-comunidad y sus componentes. En determinados temas sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias y, particularmente, sobre la nueva iniciativa de monitoreo comunitario, debe incluir no sólo al personal directivo y operativo de las unidades médicas y jefes de programas jurisdiccionales, sino además, al Aval Ciudadano por las funciones que puede desempeñar en los procesos señalados. Adicionalmente parece importante establecer acuerdos con la dirección de enseñanza de

la misma dirección general para capacitar a los futuros médicos durante el internado de pregrado (periodo de entrenamiento previo a la realización del servicio social), con lo que se podría garantizar que, durante el año que tienen bajo su responsabilidad los servicios de atención primaria en las unidades médicas del primer nivel de atención, los pasantes de medicina mantengan la continuidad de los procesos de mejora centrados en la dimensión propuesta.

Entre los estudios a realizar (C.III. 1 a 5), podemos destacar la delimitación de atribuciones y competencias y unificar criterios con las instancias del sector salud sobre la Carta de los derechos generales de los pacientes y los sistemas de reclamos y quejas en las unidades médicas ya que en ambos casos se observan ambigüedades y duplicidades. Asimismo, se recomienda valorar mecanismos para incluir el sistema de voluntades anticipadas y una evaluación de la estrategia Aval Ciudadano como mecanismo de participación en la mejora de la calidad si se decide mantener la participación social en la mejora de la calidad.

Recomendaciones prioritarias según personal de calidad y de la DGCES

En la valoración global de las recomendaciones del componente de participación de pacientes y población en relación con el total de los componentes del diagnóstico estratégico (cuadro 3.2 del apartado 3), su relevancia obtuvo el último lugar (con 88.64% de acuerdo), debido fundamentalmente a la puntuación otorgada por los responsables de calidad (octavo puesto de nueve, valor estandarizado de 89.47%) mientras que la valoración para el personal de la DGCES ocupa el sexto puesto (valor estandarizado de 83.51%). Estos datos globales subrayan un substrato preocupante de relativa minusvaloración de este componente estratégico. Sin embargo, en relación con la factibilidad, las propuestas de mejora quedaron en los lugares medios/altos: quinto para personal de calidad (valor estandarizado de 71.05%) y tercero para la DGCES (valor estandarizado de 71.25%).

Los cuadros completos del resultado del ejercicio de priorización con la puntuación otorgada a cada propuesta de intervención pueden verse en el anexo 3.B.

Priorización según puntuación de relevancia y factibilidad

El análisis numérico y cualitativo (anexo 3.B) de la priorización realizada en relación con las 16 intervenciones inicialmente propuestas subraya 10 propuestas: 5 de primer orden (muy relevantes y factibles tanto para personal de calidad y de la DGCES), tres de segundo (con menor factibilidad para uno de los dos grupos) y dos de tercero (relevantes y factible sólo para un grupo, o relevantes pero menos factibles para los dos grupos). Estas 10 propuestas son las que recoge el cuadro 3.2.

Las recomendaciones prioritarias en relevancia y factibilidad, para ambos grupos, incluye cinco propuestas: “Asegurar difusión de los derechos y dimensión de la atención centrada en el paciente familia comunidad”, “Asegurar que las unidades cuenten con buzones de quejas materiales e insumos”, “Incluir en el sistema de monitorización e información de calidad, la implantación y uso del consentimiento informado”, “Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias” y “Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de los derechos generales de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas”.

En segundo lugar según la priorización numérica sobre factibilidad en alguno de los dos grupos, pero no por eso menos relevantes, figuran las intervenciones “Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente en sustitución de la encuesta actual de satisfacción”. Generar competencias para desarrollar la dimensión de la atención centrada en el paciente, familia comunidad y asegurar su difusión y “Evaluar los efectos del Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso a la mejora”.

El panorama lo completan dos intervenciones que parecieron menos factibles en ambos grupos (“Asegurar la difusión por los medios disponibles y supervisar la operación del sistema de quejas”, “Capacitar a los avales para realizar el monitoreo comunitario”), y otras dos que sólo fueron consideradas relevantes (puntuación media por encima de cuatro) en uno de los dos grupos.

| Cuadro 3.2. Resumen de priorización según puntuaciones REC y DGCES* | | | | | | | | |
|--|----------------|-----|-------|-----|---------------------|-----|-------|-----|
| Componente estratégico y recomendaciones Participación de pacientes y población | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥ que en (1) y F≤4 | | | |
| | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | R | F | R | F | R | F | R | F |
| III.A.1. Asegurar difusión de los derechos y dimensión de la atención centrada en paciente/familia/comunidad | 4.8 | 4.0 | 4.5 | 4.4 | | | | |
| III.A.2. Asegurar la difusión y supervisar la operación del sistema de quejas | | | | | 4.6 | 3.6 | 4.4 | 3.4 |
| III.A.3. Asegurar que las unidades cuenten con buzones de quejas, materiales e insumos | 4.7 | 4.2 | 4.5 | 4.6 | | | | |
| III.A.4. Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente, en sustitución de la actual encuesta de satisfacción | 4.5 | 4.1 | | | | | 4.7 | 3.9 |
| III.A.5. Incluir en el sistema de monitorización e información de la calidad la implementación y uso del Consentimiento informado | 4.7 | 4.2 | 4.5 | 4.1 | | | | |
| III.A.6. Incluir en el sistema de información de calidad el monitoreo de los derechos de los pacientes | | | 4.5 | 4.0 | | | | |
| III.B.1. Generar competencias para desarrollar la dimensión de calidad "atención centrada en paciente/familia/comunidad" | | | 4.8 | 4.2 | 4.5 | 3.7 | | |
| III.B.2. Establecer acuerdo con la Dirección de Enseñanza para generar competencias en internos de pregrado sobre "atención centrada en paciente/familia/comunidad", previo al servicio social | | | | | 4.8 | 3.7 | | |
| III.B.3. Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias que se haya definido | 4.8 | 4.2 | 4.2 | 4.3 | | | | |
| III.B.4. Capacitar al personal de los Sesa en monitoreo comunitario | | | | | | | 4.7 | 3.2 |
| III.B.5. Capacitar a los AC para realizar monitoreo comunitario | | | | | 4.6 | 3.6 | 4.5 | 3.6 |
| III.C.1. Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de Derechos de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas | 4.7 | 4.1 | 4.3 | 4.0 | | | | |
| III.C.5. Evaluar el Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso de mejora | | | 4.3 | 4.3 | 4.7 | 3.9 | | |

* Puntuación: mínima 1 y máxima 5

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

REC: responsable estatal de calidad

Conclusiones del análisis cualitativo de los comentarios escritos y la discusión de las recomendaciones

Los temas e intervenciones propuestas en este componente estratégico suscitaban mucha discusión, se evidenció el interés pero también un grado considerable de conflicto debido, en parte, a las diversas responsabilidades de los dos grupos que participaron, pero sobre todo a problemas de carácter conceptual, actitudinales y de experiencia, ante un tema tan sensible como la participación de los pacientes, la familia y la comuni-

dad en la evaluación de la calidad del primer nivel de atención. El anexo 3.C describe de forma sistematizada el análisis realizado de los comentarios recogidos, agrupándolos en tres grandes aspectos (marco conceptual y normativo, participación de pacientes, y participación de la población). Dentro de cada uno merece la pena destacar: a) aquellas cuestiones sobre las que parece haber conflicto o cuestionamiento; b) otras sobre las que hay amplio consenso, y finalmente c) aquellas otras sobre las que hay disenso o un cierto desconocimiento a pesar de ser recomendaciones con respaldo en la literatura. Estas consideraciones matizan, aclaran y gene-

ralmente corroboran, los resultados de la puntuación (cuadro 3.1) y pueden ser útiles en el diseño de la implementación de las propuestas.

En relación con el marco conceptual y normativo los participantes manifestaron cierta resistencia a incorporar la dimensión de la atención centrada en el paciente-familia-comunidad; sin embargo la DGCE ha propuesto que el sistema de gestión de calidad coloque en el centro de su atención al paciente, aunque no consideró ni a la familia ni a la comunidad. A pesar de esta contradicción hubo amplio consenso sobre la importancia de su difusión y capacitación al personal para su desarrollo (intervenciones que fueron priorizadas con más de 4.5 puntos en relevancia y más de 4 en factibilidad por ambos grupos), pero, en cambio, opiniones francamente contrapuestas en relación con su difusión y monitoreo. La Carta de los derechos de los pacientes también suscitó discusión, su difusión fue altamente priorizada, la Conamed y las instituciones del sector salud, a través de la Cruzada Nacional por la Calidad, unificaron criterios y la difundieron en 2002. Sin embargo, se ha perdido interés y la difusión ha quedado en manos del Aval Ciudadano, sin que se tenga información sobre sus efectos. Los responsables estatales de calidad y el personal de la DGCE identifican la carta del Sistema Integral de Calidad en Salud (Sicalidad) con 10 derechos y parecen desconocer la carta de derechos de los beneficiarios del Seguro Popular establecida en la Ley General de Salud (LGS) 2004 integrada por 17 de éstos.

Sobre las diversas formas de participación de pacientes y las intervenciones incluidas en la propuesta, no suscitó mucho debate la construcción e implementación de una nueva encuesta de calidad percibida, cuestión sobre la que parece haber consenso en ambos grupos e interés. También se discutieron y se aportaron otras ideas, sin gran controversia, sobre diversas cuestiones relacionadas con el sistema de quejas y reclamaciones y el uso del consentimiento informado. No así en relación con el sistema de voluntades anticipadas, que suscitó diversos comentarios en contra de su implantación, no se sabe si por cierto temor o desconocimiento, aunque ya cuenta con marco legal en el Distrito Federal, y en los estados de Michoacán y Guanajuato.¹¹⁻¹³ De hecho las recomendaciones sobre este tema no resultaron priorizadas en el ejercicio de puntuación.

Las recomendaciones relacionadas con la participación de la población fueron las que suscitaron más comentarios y opiniones contrapuestas, e incluso actitu-

des negativas, particularmente sobre diversos aspectos relacionados con el concepto y funcionamiento del Aval Ciudadano (anexo 3.C). Destaca así la necesidad de evaluarlo y redefinirlo, a sabiendas de que es un asunto conflictivo y controvertido.

Las propuestas sobre monitoreo comunitario también fueron controvertidas, aunque parece que más bien por desconcierto conceptual, subrayando así la necesidad de un esfuerzo de capacitación en este sentido. Se debe reconocer además que es hasta época reciente que se enfatiza la importancia de desarrollar mecanismos permanentes para monitorizar y evaluar el punto de vista de los pacientes, la población y los proveedores sobre la mejora de la calidad de la atención primaria.¹⁴ Los aspectos más discutidos sobre el monitoreo comunitario giraron en torno a clarificar cuestiones como si éste debiera realizarse en la comunidad o si la escolaridad de los avales lo permitiría. Sin embargo, se reconoce la importancia de la capacitación a los grupos de monitorización para comprender lo que significaría dicho proceso.

Propuesta de intervenciones estratégicas derivada de la priorización

El ejercicio de priorización y la discusión suscitada por las recomendaciones sobre la participación de pacientes, familia y comunidad identificó acciones prioritarias en la mayoría de los aspectos analizados en el diagnóstico de situación, pero también puso de manifiesto un alto grado de controversia y una cierta inmadurez y desconocimiento sobre el tema. La consecuencia es que hay que acompañar las actuaciones prioritarias o matizarlas de otras que se desprendan de la experiencia internacional, a la vez que se hará necesario un gran esfuerzo pedagógico, de compromiso y discusión con todos los implicados, para lograr que se implementen de forma efectiva. Todas estas consideraciones se incorporan a la propuesta de estrategia integrada que describimos a continuación.

Propuesta de estrategia integrada del componente estratégico

La estrategia integrada se sustenta en los resultados del diagnóstico y consenso de priorización de las intervenciones de mejora realizado con los responsables estatales de calidad de los Sesa y personal de la DGCE,

así como con el resultado del análisis cualitativo de la literatura pertinente, frente al desafío del incremento de necesidades y baja satisfacción de la población por la calidad de los servicios recibidos.

La propuesta se estructura de acuerdo con los aspectos del marco conceptual y jurídico-normativo, conceptualización y fomento de la participación del paciente y población en la mejora de la calidad, e incluye indicadores para su implantación y metas propuestas de corto y mediano plazo para su seguimiento.

Intervenciones sobre el marco conceptual y jurídico-normativo

Asegurar la difusión de los derechos de los pacientes, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de los derechos generales de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas

Esta intervención fue considerada altamente relevante y factible. Por otra parte se puede fundamentar y justificar con base en los hechos y argumentos que se describen a continuación.

El actual Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018) señala como indispensable la acción del Estado para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos, así como resolver importantes retos vinculados con la forma en que se conceptualizan y se ejercen las políticas públicas como en el caso de los servicios de salud que no han logrado el mejoramiento de la calidad. Adicionalmente la Asamblea Médica Mundial,²⁵ de la que México es miembro, señala en la Declaración de Lisboa (actualizada en Chile 2005), que los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar los derechos de los pacientes y, cuando se les niegan, deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos. Por tanto estas políticas deben ser claras, definirse en forma coordinada entre los diferentes órdenes de gobierno y que se creen las condiciones adecuadas para su implementación, monitorización y evaluación.²¹

Este marco permite reforzar la importancia de contar con una política pública actualizada, que facilite a los pacientes conocer sus derechos. Para ello es indispensable unificar previamente los criterios de las cartas actuales entre las instituciones involucradas, a fin de definir una sola tomando en cuenta las reformas de los

marcos jurídico-normativos tanto internacionales como nacionales, ya que existen nuevas informaciones al respecto, por ejemplo en las reformas de la Constitución mexicana de 2011,²² que establecen el derecho a la protección de la salud como derecho humano; de la LGS de 2014,²³ que resalta la importancia de la reglamentación de otros derechos cuyos contenidos deben ser consultados para dicha actualización y unificación de criterios; como los derechos de las embarazadas, indígenas, pacientes con trastornos mentales, el derecho a participar en la mejora de la calidad, de los pacientes en situación terminal y los de la población vulnerable, entre otros.

En las cartas actuales de los derechos no se incluye como en otros países, el derecho a morir con dignidad²⁴ y el derecho de no discriminación que sólo está presente en la carta de derechos del Seguro Popular. Las dos cartas cuentan con algunos criterios comunes pero otros deben ser clarificados figura 3.1. Un ejemplo se aprecia en el derecho número 1 de Sicalidad: “Recibir atención médica oportuna”, mientras que en la carta del Seguro Popular dice: “Recibir servicios de salud integrales”, la pregunta sería: ¿si un paciente recibe atención médica adecuada, no tiene derecho a recibir servicios de salud integral, o viceversa? Estas descripciones generan complicaciones de interpretación y aplicación en las unidades médicas donde se brindan servicios de salud a ambos tipos de pacientes ya que es necesario precisar cómo se difunden, cómo diferenciar a los pacientes en la consulta médica para aplicar los derechos que les corresponden a unos y otros y qué criterios utilizar para evaluar su cumplimiento y tutela.

Por lo anterior se consideró relevante tanto unificar criterios que faciliten a los pacientes comprenderlos, ejercerlos, exigirlos y nutrirlos y al personal de salud aplicarlos, así como delimitar atribuciones con las instancias del Sistema Nacional de Salud para su implantación, monitorización y evaluación.

Esta propuesta contribuiría de forma importante al cumplimiento de los derechos, la declaratoria propuesta por la asamblea debe ser motivo de análisis profundo, ya que si bien los médicos, deben participar en el aseguramiento de que se cumpla con los derechos del paciente, se requiere una política pública que clarifique el alcance de las responsabilidades, de médicos y del equipo de salud, y de los directivos de toda la estructura del sistema, así como garantizar los recursos para implantarlos, desarrollarlos, tutelarlos y evaluar su cumplimiento con indicadores consensuados.^{26,27}

| 2002-2012 SiCalidad | 2004-2012 Seguro Popular |
|---|---|
| 1. Recibir atención médica adecuada | Recibir servicios integrales de salud |
| 2. Recibir trato digno y respetuoso | Recibir trato digno, respetuoso y atención de calidad |
| 3. Recibir información suficiente, clara oportuna y veraz | Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto a la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen |

Figura 3.1. Descripción comparativa de la Carta de Derechos de los Pacientes

La carta unificada facilitaría al Sistema Nacional Salud responsable de coordinar y concertar acciones entre los sectores público, social y privado para la consecución del derecho a la protección de la salud, definir responsabilidades de las diversas instituciones de la Secretaría de Salud y concretar un programa interinstitucional e intersectorial para la difusión de los derechos de los pacientes, donde se señalen las estrategias de comunicación para que los pacientes los conozcan y se empoderen de ellos a fin de que los puedan ejercer, así como los mecanismos accesibles para exigirlos y enriquecerlos.

Capacitar al personal para desarrollar la dimensión de la atención centrada en el paciente, la familia y la comunidad y asegurar su difusión

Esta recomendación fue considerada altamente relevante tanto por la DGCEs como por los responsables de calidad, aunque estos últimos consideran que puede tener algunos problemas de factibilidad. La lógica y la literatura internacional abogan también por procurar su implementación, partiendo de una conceptualización clara, explícita y adecuada.

El concepto implica “atención sanitaria que tiene en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios y la cultura de la comunidad”, y significa como principio colocar en el centro de la organización del sistema de salud al paciente, la familia y la población, reforzando en ellos la percepción de que forman parte del sistema de salud, que existe una verdadera preocupación por la calidad de los servicios y que pueden tomar decisiones desde su perspectiva para mejorarla;

así mismo que sus propuestas son valiosas y su participación ayudará a consolidar un sistema de salud que responda a sus necesidades y expectativas. Esta decisión no es sencilla sobre todo cuando las instituciones de salud están convencidas de que ya saben lo que los pacientes necesitan; que la fragmentación de la atención es más fácil que la integridad y que la asistencia sanitaria tiene mejores respuestas en los hospitales que en la red de atención primaria.²⁸

El nuevo paradigma de la calidad de la atención debe superar estos esquemas de pensamiento e incluir no sólo la transformación profunda de la cultura organizacional de los servicios de salud y una nueva actitud en los directivos, los profesionales, los equipos de salud y la población a fin de identificar como prioritarios los valores, conocimientos, necesidades y preferencias de los pacientes y la comunidad, así como su efectivo involucramiento para participar en el autocuidado de la salud, con un rol más protagónico y de corresponsabilidad en las decisiones de gestión clínica, en el establecimiento de prioridades para mejorar la salud y en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios.

El desarrollo de esta recomendación requiere definir en el nivel de rectoría de la Secretaría de Salud una política pública que incorpore esta dimensión en el sistema de gestión de la calidad y permita su evaluación sistemática²⁹ para fortalecerla. Dicha política podrá constituirse como un marco de referencia teórico metodológico para la capacitación y su efectiva implantación.

Intervenciones encaminadas al fomento de la participación del paciente

Asegurar que las unidades cuenten con buzones de quejas materiales e insumos y capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias

Esta intervención fue considerada altamente relevante y factible en el ejercicio de priorización, y existe la suficiente base conceptual y normativa como para incidir en su implementación, teniendo en cuenta varias consideraciones.

El personal estatal de calidad y de la DGCEs planteó la necesidad de unificar criterios en el ámbito sectorial y un rediseño estructural para contar con un solo sistema de reclamos que impulse su utilización real por parte de los pacientes y capacitar al personal directivo

y operativo sobre su funcionamiento en la mejora de la calidad, ya que el actual sistema de quejas denominado Modelo de gestión para la atención de quejas, sugerencias y felicitaciones, identificado con el acrónimo Mande opera paralelamente al sistema de quejas del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido como Seguro Popular. Se propone una revisión profunda del sistema con criterios unificados para llevar a cabo el rediseño estructural. Dentro de esta propuesta se sugiere considerar la instalación de un servicio de atención al usuario ya que actualmente la atención del paciente en los casos de una queja, se desdibuja entre el gestor del SPSS y el personal de las unidades médicas. Es fundamental especificar en quién reside esta responsabilidad sobre todo en los casos de unidades médicas que tienen personal insuficiente o no cuentan con gestor.

Para que el sistema de quejas funcione óptimamente, es necesario clarificar responsabilidades y atribuciones entre las instituciones involucradas por ejemplo, abasto de materiales e insumos y capacitación al personal incluyendo los directivos, como lo señalaron los responsables de calidad y el personal de la DGCES.

Una función esencial de este servicio es promover la participación del paciente, por lo que es importante responder efectivamente a sus reclamos e iniciativas, canalizando las quejas, felicitaciones y sugerencias a la unidad organizativa o persona que corresponda, procurando que se recabe toda la información necesaria para responder en el plazo más corto posible al paciente. Se requiere por tanto un adecuado funcionamiento del sistema de quejas, clarificar los objetivos, definir los

criterios de clasificación de las quejas y sugerencias, y los indicadores de seguimiento de acuerdo con las competencias de cada institución y nivel de estructura, pero sobre todo es necesario utilizar la información en el análisis de causas de los aspectos relevantes para su mejora y satisfacción de los pacientes. En el siguiente esquema se muestran una propuesta que resume los indicadores y métodos de análisis, cuya utilidad práctica puede conducir a un monitoreo efectivo de las quejas y reclamaciones.²⁹

Incluir en el sistema de monitorización e información de calidad, la implantación y uso del consentimiento informado

Esta recomendación fue considerada altamente relevante y factible en el ejercicio de priorización, tanto por el personal estatal de calidad como el de la DGCES, y está en línea además con lo que indica la literatura internacional. Se describen a continuación los aspectos de contextualización por tener en cuenta.

El consentimiento informado es una de las formas importantes de participación del paciente en la toma de decisiones de su propio proceso asistencial. En México es un procedimiento regulado a través de la norma oficial mexicana NOM 004³⁰ del expediente clínico, pero su funcionamiento en general está acotado en el ámbito hospitalario y no está incluido en el sistema de monitorización de la calidad.

La relevancia de que el médico informe con claridad y se asegure de que el paciente comprende los

| Esquema de indicadores y métodos de análisis en relación con los datos sobre quejas y reclamaciones | |
|---|--|
| Indicador | Método de análisis |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ En relación con el número de quejas <ul style="list-style-type: none"> • Número de quejas (absoluto/unidad de tiempo) • Número de quejas (por paciente y unidad de tiempo) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Control estadístico ✓ Control estadístico, tasa resumen |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ En relación con el tipo de quejas <ul style="list-style-type: none"> • Según aspecto del proceso que la provoca (u otra clasificación propia de la institución) • Según unidad organizativa | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagrama de Pareto ✓ Diagrama de Pareto |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ En relación con el tiempo de respuesta <ul style="list-style-type: none"> • % por debajo del estándar (cumplimiento) o % por encima (incumplimiento) • Valor absoluto (individual) o media (grupos por unidad de tiempo) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa resumen ✓ Control estadístico, capacidad de proceso |
| <ul style="list-style-type: none"> ■ En relación con el seguimiento <ul style="list-style-type: none"> • % con contacto de seguimiento • % con respuesta satisfactoria | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tasa resumen, control estadístico ✓ Tasa resumen, control estadístico |

Fuente: Referencia 29

aspectos relevantes de su enfermedad y de las medidas terapéuticas que se le ofrecen, contribuiría a modificar la relación tradicional médico-paciente, para centrarse en el paciente a partir de sus preocupaciones e intereses.³¹ Así el proceso para obtener el consentimiento informado en cualquier nivel de atención sería el resultado franco de toma de decisiones entre el médico y el paciente y cuando resulta necesario deberá admitirse la participación de la familia. Por tanto no es suficiente que el documento esté firmado e integrado al expediente clínico, requiere que, si el paciente tiene dudas, le sean resueltas y de ser necesario dicho consentimiento pueda revocarse,³² con esto se da cumplimiento no sólo a un derecho y aspecto legal, sino también a la ética médica y a garantizar la participación consciente del paciente con decisiones informadas.

Sin embargo, dado que se desconocen los procedimientos del consentimiento informado en el primer nivel, se recomienda establecer un lineamiento específico y los formatos, procedimientos e indicadores para monitorear el consentimiento informado en las unidades médicas de los Sesa, en coordinación con la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, así como establecer los procedimientos para los que se consideraría obligatorio (por ejemplo, pero no exclusivamente, aplicación del método hormonal subdérmico, prueba de tamizaje para VIH a toda mujer embarazada, tratamiento oportuno en caso de VIH y en los casos de detección del VIH/sida en mujeres de alto riesgo³³⁻³⁵).

Construir e implementar una encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre la atención centrada en el paciente en sustitución de la actual encuesta de satisfacción ya que la actual no permite contar con información confiable y útil para la mejora.

Esta recomendación fue considerada muy relevante, sin que en la discusión hubiese controversia sobre su pertinencia, aunque la puntuación sobre factibilidad no fue de las más altas. Sin embargo, resulta impensable no contar con una herramienta adecuada para monitorizar indicadores que representen el punto de vista de los pacientes. Tanto es así que existe la obligación de que tal herramienta exista y que se implemente, aunque su deficiente calidad y escaso rigor metodológico en su aplicación la vuelven de escasa utilidad, además de que constituye un uso ineficiente de los recursos.

Esta herramienta no debe ceñirse exclusivamente a medir satisfacción, que no siempre es el resultado de una buena atención, sino también a la percepción de problemas de calidad en el proceso de la atención, expresados de manera relativamente objetiva. El propósito es obtener datos sobre si han ocurrido o no aspectos concretos de la atención, importante para el paciente y para la calidad del servicio que recibe. Pueden incluirse incluso elementos de atención clínica particularmente relevantes, como por ejemplo si le tomaron la presión arterial el día de su consulta, si le enseñaron cómo cuidarse los pies para prevenir una complicación por diabetes, si le informaron claramente sobre los signos de alarma durante el embarazo, si le dieron oportunidad de discutir su tratamiento, si tuvo acceso a que le realizaran una mastografía en los últimos 12 meses, etcétera. Este tipo de herramienta (tipo “informe” del usuario) debe proporcionar información relevante y útil para la construcción de indicadores de calidad de la atención en cada unidad médica de primer nivel, por lo que el contenido necesita considerar dos aspectos: a) lo que los pacientes valoran con mayor relevancia del proceso asistencial, y b) la información técnico científica que los proveedores consideran importantes, según la prevalencia e incidencia de los problemas de salud por enfrentar en cada jurisdicción sanitaria.²⁹

El diseño de este tipo de herramienta debe ir acompañado de un estudio cualitativo previo, tanto a nivel clínico como de servicios de salud pública en los diferentes contextos, urbano rural e indígena para derivar de éste las cuestiones que se deban indagar, y posteriormente los indicadores por monitorizar.

Intervenciones encaminadas al fomento de la participación de la población

Evaluar el Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso a la mejora, si se decide mantener su enfoque actual

Esta recomendación fue considerada muy relevante, lo cual revela un amplio sustrato de controversia que le otorga justificación adicional.

La iniciativa Aval Ciudadano, considerada como estrategia de participación ciudadana para avalar la transparencia de satisfacción de trato digno, requiere de un estudio de evaluación sólido que permita identificar las causas que han impedido lograr el propósito

esperado, ya que de otra manera se dejará de confiar en su colaboración. Especialmente porque tanto conceptualmente como en la aplicación de procedimientos se ha ido desvirtuando de su objetivo original, asimismo los criterios utilizados para medir la transparencia y su utilidad ética en el enfoque de rendición de cuentas deben ser analizados y en su caso replanteados a la luz de evidencias objetivas de la evaluación.

No debe obviarse la valoración del Aval Ciudadano como impulsor de la mejora continua; en este sentido, debe clarificarse la información ambigua disponible ya que los resultados del diagnóstico en este sentido fueron negativos.

Capacitar al personal de los Sesa y a los avales para realizar el monitoreo comunitario en el primer nivel de atención

El tema del monitoreo comunitario es el que menos comprendió la mayoría de los que participaron en el ejercicio de priorización, como muestran las dudas, contradicciones e incomprensiones que se manifestaron. No obstante, puede que por esa razón se le dio gran relevancia a las dos recomendaciones enfocadas a capacitar tanto al personal de los servicios como al de Aval Ciudadano. En cambio, no fue considerado particularmente factible y los responsables estatales de calidad no consideraron oportuno priorizar esta capacitación para el personal de los Sesa sino sólo para quienes participan como avales. Con todo, creemos necesario incluir esta recomendación en la propuesta integral, dada su relevancia demostrada, aún a sabiendas de que hará falta una gran capacidad pedagógica y negociadora para implantarla.

El monitoreo o monitorización de la calidad de la atención sanitaria en general consiste en la medición sistemática y planificada de indicadores. Tiene como objetivo identificar la existencia o no de situaciones problemáticas que hay que evaluar o sobre las que hay que intervenir para responder a las necesidades y expectativas de la población. Sirve por tanto para: a) asegurar que la calidad se encuentre en los niveles definidos; b) identificar aspectos-problema que hay que evaluar y mejorar identificando las causas de la calidad deficiente, y c) priorizar oportunidades de mejora y asegurar que se mantiene la mejora conseguida.^{37,40}

Por otro lado, Whitelaw referido por Bistrain y colaboradores¹⁵ define el monitoreo con participación co-

munitaria como un proceso en el cual los ciudadanos interesados, las agencias gubernamentales, la industria, la academia, los grupos comunales y las instituciones locales colaboran para vigilar, rastrear y responder a objetivos de interés común, enfatizando el diseño del monitoreo como una iniciativa de la comunidad más que por las instituciones oficiales y el uso de los datos del monitoreo para tomar decisiones informadas en el ámbito local; lo que provee grandes beneficios y oportunidades a todos los participantes.

Existen diferentes tipos de monitoreo comunitario (conjunto, eventual, colaborativo o participativo y automonitoreo), para el tema que nos ocupa no enfatizaremos en el colaborativo,³⁸ que supone que se involucren personas locales que no cuentan necesariamente con capacitación profesional, especializada y que tienen distinto grado de conocimiento, experiencia, roles sociales e intereses, en colaboración con personal de organizaciones o instituciones formales, quienes aportan su conocimiento, experiencia y recursos para recolectar y analizar la información para tomar decisiones de mejora. Este monitoreo consiste en un proceso continuo de los participantes para el registro sistemático de datos sobre aspectos de interés para ellos, cuyos resultados les permite reflexionar y aprender a gestionar y decidir colectivamente las acciones que consideran útiles para la comunidad. Este tipo de monitoreo si bien podría considerarse “solicitado por el sistema”, o más bien “facilitado por el sistema” disminuye el énfasis en programas definidos externamente y resalta la importancia de los componentes o temas de interés definidos por la comunidad. Por ello puede entender que tiene también un gran componente de participación “activa” de la comunidad; es decir, los propios grupos y organizaciones ciudadanas o comunitarias pueden identificar los temas sobre los que creen importante incidir.

Frente a las reticencias que pudieran surgir en este sentido, diversas experiencias señalan que la escolaridad no ha sido un impedimento para llevar a cabo el monitoreo, entre ellas, la de la calidad del agua en cuencas rurales del Bajo Balsas, zona de alta y muy alta marginación en México.¹⁵ Se reconoce, sin embargo, la importancia de capacitar a los grupos que monitorean para que comprendan las implicaciones de esta herramienta, la interpretación de datos para empoderarlos a comprender los problemas y a participar en la realización de acciones concretas de mejora”.^{16,17} En la experiencia del Bajo Balsas, la escolaridad de los par-

ticipantes fue desde personas sin ninguna preparación (32%), hasta una persona con carrera magisterial y un universitario (2%), con algún grado de primaria (40%); cursaron secundaria (20%) y de nivel de bachillerato (6%). El 75% participa por interés personal y no por obligación de un cargo. Cabe destacar en este proyecto que la comunidad participa directamente en el análisis y en la toma de decisiones, para la mejora de la calidad del agua condición fundamental del significado de participación comunitaria.

En Costa Rica se cuenta con otra experiencia de monitoreo de necesidades de salud y percepción de los usuarios sobre la atención primaria que se realiza con asistentes técnicos de atención primaria de salud (ATAPS), a través de tres mecanismos: 1) encuesta familiar y de recursos comunales; 2) consulta a comités de salud y otros grupos sociales, y 3) consulta a comités de salud y otros grupos organizados en reuniones periódicas (dos a cuatro semanas). En dicha reunión presentan la información obtenida por los ATAPS o propuestas de nuevos proyectos. En este caso el monitoreo comunitario no lo realiza personal de la comunidad, los proyectos tampoco son definidos por ellos, sólo se les dan a conocer los resultados y se les consulta su opinión,¹⁸ lo que manifiesta una asimetría en la relación (institución-comunidad) por tanto una falta real de participación comunitaria, condición que debe ser considerada cuando se decide qué tipo de participación se requiere para mejorar la calidad.

En el monitoreo de la calidad de los servicios de salud es imprescindible recoger y analizar información pertinente que demuestre la efectividad de la atención centrada en los pacientes y en la población, por lo que su colaboración en las decisiones sobre el diseño de la atención primaria y en la evaluación de la mejora se tor-

na esencial.¹⁹ Por otro lado un adecuado monitoreo de la calidad debe contar con indicadores que reflejen las preferencias de los pacientes familias y comunidad, cuyos resultados faciliten activar apropiadamente las intervenciones para la atención y la reducción de costos.²⁰

En este marco, y dada la escasa experiencia sobre su aplicación práctica, se considera que el monitoreo comunitario de la atención centrada en el paciente, familia y comunidad requiere pilotarse en algunas entidades federativas interesadas en probar la estrategia para identificar las barreras, requerimiento y alcance de la intervención y tomarse en cuenta para su expansión a nivel nacional. Por ello proponemos adicionalmente el diseño e implementación de un estudio piloto sobre monitoreo comunitario para la mejora de los servicios de salud.

Tener en cuenta al Aval Ciudadano en este proyecto se justifica por el hecho de que está implantado en aproximadamente 80% de las unidades médicas por lo que esos esfuerzos deben aprovecharse para ampliar el monitoreo de la calidad al ámbito comunitario. Esta propuesta de intervención entronca también con la de redefinir el concepto del aval, su perfil y los objetivos del monitoreo. Sin olvidar el rol del personal de los servicios de salud, los recursos para operar y los indicadores para evaluar la estrategia.

Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

En el cuadro 3.3 se presentan los indicadores estructurados con base en los tres grupos de intervenciones que integran la estrategia del componente descrita en el apartado anterior, con una estimación de los resultados esperados a corto y mediano plazo.

Cuadro 3.3. Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas en el Componente Participación de pacientes, familia y población

| Intervenciones | Indicador | Resultados esperados | |
|---|--|---|--|
| | | Corto plazo: 1-2 años | Mediano plazo: 3-5 años |
| Intervenciones sobre el marco conceptual y jurídico-normativo | | | |
| Asegurar la difusión de los derechos de los pacientes, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de Derechos Generales de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas. | Se cuenta con una política pública sobre la carta de derechos de los pacientes unificada y se difunde. | El personal de salud, el Aval y la población conocen la carta de derechos y responsabilidades del paciente y su alcance en la salud. | Los pacientes comprenden y ejercen sus derechos y responsabilidades, y las instituciones involucradas los tutelan |
| Capacitar al personal de salud para desarrollar la mejora de la calidad con el enfoque de la atención centrada en el paciente familia, comunidad. | Porcentaje de personal de salud por tipo (directivos, médicos, enfermeras, AC, etc.) de las unidades médicas que han desarrollado competencias específicas para realizar su función en esta dimensión. | El personal directivo y operativo de cada unidad médica está capacitado para iniciar el diseño de procesos con este enfoque y realiza actividades que mejoran la calidad centrada en la atención en las personas y en la comunidad. | El personal de salud, el Aval Ciudadano y el personal de las unidades médicas trabajan coordinadamente para incorporar sistemáticamente en el análisis de mejora las propuestas de los pacientes y población. |
| Difundir el concepto de la dimensión de calidad "atención centrada en el paciente, familia población" alineada al concepto, internacional y sus alcances para la mejora de la calidad | Se cuenta con una política pública explícita que incorpora la dimensión de la atención centrada en el paciente familia comunidad en el sistema de gestión de calidad. | El personal de salud, Aval Ciudadano, pacientes y población de las unidades médicas del primer nivel, conoce el significado de la dimensión de la calidad centrada en las personas, e inicia las primeras acciones con base en la política establecida. | Los resultados de mejora de la calidad de los servicios de atención primaria en las unidades médicas del primer nivel de atención de los Sesa, evidencian que se han incorporado los puntos de vista de los pacientes y de la población. |

| Intervenciones encaminadas al fomento de la participación del paciente | | | |
|--|--|---|--|
| Intervención | Indicador | Resultados esperados | |
| | | Corto plazo: 1-2 años | Mediano plazo: 3-5 años |
| Asegurar que las unidades médicas del primer nivel de atención cuentan con buzones de quejas, e insumos | Porcentaje de unidades médicas que cuentan con buzones e insumos completos | El reporte (frecuente) de las unidades médicas muestra que cuentan con el número suficiente de buzones y abasto oportuno de insumos | El reporte señala que se vigila el funcionamiento de buzones y abasto oportuno de insumos |
| Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias definido | Porcentaje de personal según perfil (directivo, médico, enfermera, etc.) y tipo de unidad médica, capacitados en las competencias asignadas para el funcionamiento del sistema de quejas | El personal de las unidades médicas, fomenta el uso del sistema de quejas y participa en la mejora de la calidad | El equipo directivo de la unidad médica: utiliza la información del sistema de quejas en la gestión de mejora; mantiene informado al personal y a los pacientes sobre los resultados |
| Incluir en el sistema de monitorización e información de calidad la implantación y uso del consentimiento informado | Porcentaje de pacientes de las unidades médicas de primer nivel monitorizan el consentimiento informado en procedimientos de primer nivel | Se cuenta con lineamiento explícito sobre los procedimientos que deben aplicar para el uso y monitoria del consentimiento informado centrado en el paciente | El reporte de monitoreo del consentimiento informado revela mejoras en la calidad de la atención y alta satisfacción por la información recibida |
| Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente en sustitución de la encuesta de satisfacción | Porcentaje de unidades médicas de primer nivel que evidencian mejoras en la calidad de los servicios utilizando el informe del usuario | Se realiza estudio de necesidades y expectativas de atención primaria de la población en el primer nivel, en contextos urbano, rural e indígena para identificar prioridades y componentes valorados por los pacientes y la población y se construye la encuesta tipo informe | Las unidades médicas utilizan en forma regular la información del monitoreo para la mejora, con base en resultados del informe del usuario |

continúa...

continuación...

| Intervenciones encaminadas al fomento de la participación de la población | | | |
|---|---|--|---|
| Intervenciones | Indicador | Resultados esperados | |
| | | Corto plazo: 1-2 años | Mediano plazo: 3-5 años |
| Evaluar los efectos del Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso a la mejora, si se decide mantener su enfoque actual | Porcentaje de unidades médicas con evidencias de mejora por intervención del Aval Ciudadano | Se diseña y realiza el estudio de evaluación del Aval Ciudadano | Los avales ciudadanos son reconocidos por la población y el personal de salud por su colaboración en la mejora de la calidad |
| Capacitar a los avales para realizar el monitoreo comunitario en el enfoque de la atención centrada en el paciente | Porcentaje de unidades médicas con Aval Ciudadano que realizan el monitoreo comunitario de componentes definidos | Se lleva a cabo prueba piloto de monitoreo ciudadano colaborativo con el Aval Ciudadano | El reporte de mejora evidencia resultados de calidad comunitaria en las entidades federativas participantes |
| Diseño e implementación de un estudio piloto sobre monitoreo comunitario para la mejora de los servicios de salud | <ul style="list-style-type: none"> - Realización y análisis del estudio piloto - Diseño de estrategia de implementación del monitoreo comunitario sobre calidad de servicios de salud - Porcentaje de jurisdicciones con monitoreo comunitario implantado y evaluado | <ul style="list-style-type: none"> - Estudio piloto diseñado y realizado - Resultados discutidos y utilizados para diseñar una estrategia de implantación consecuente con los mismos | Cumplimiento de los planes de implantación del monitoreo comunitario y resultados en calidad y salud rutinariamente evaluados |

Referencias

- Bengoa R, Key P, Leatherman S, Massoud R, Saturno P. Quality of care. A process for making strategic choices in health systems. WHO, Ginebra 2006.
- Berwick DM. What "patient-centered" should mean: Confessions of an extremist. *Health Affairs* 2009;28(4):w555-w565.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
- International Alliance of Patients Organizations. What is patient-centred healthcare? A review of definitions and principles. 2a edición, 2007. Disponible en: <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/547/494/IAPO%20Patient-Centred%20Healthcare%20Review%202nd%20edition.pdf>
- International Alliance of Patients Organizations. Declaration on Patient-Centered Healthcare 2006. Disponible en: <http://www.patientsorganization.org/showarticle.pl?id:853;n983>
- Saturno PJ. Métodos de participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Participación activa y participación solicitada por el sistema. Gestión de quejas y reclamaciones. Manual del Master en Gestión de Calidad de los Servicios de Salud. Módulo 7; Unidad Temática 1. Universidad de Murcia, 2012.
- Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert ME, Poitras ME. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: A systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*, 2011.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C *et al*. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322(7284):468-472.
- The College of Family Physicians of Canada. Patients-centered primary care in Canada: Bring it on home. 2009. Disponible en: http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/Bring20it20on20Home20FINAL20ENGLISH.pdf
- Epstein RM, Ficella K, Lesser C, Stange K. Why The Nation Needs a Policy Push On Patient-Centered-HealthCare. 2010. <http://content.healthaffairs.org/content/29/8/1489.abstract>
- Asamblea Legislativa del Distrito Federal IV Legislatura. Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal. México, 2008. Disponible en: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346-ece61525438e126242a37d313e.pdf>
- El Congreso de Michoacán de Ocampo. Ley de voluntad vital anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo. Morelia, Michoacán, 2009. Disponible en: <http://docs.mexico.justia.com/estatales/michoacan/ley-de-voluntad-vital-anticipada-del-estado-de-michoacan-de-ocampo.pdf>
- Sexagésima Primera Legislatura Constitucional del Estado Libre y Soberano de Guanajuato. Ley de voluntad anticipada para el Estado de Guanajuato. Guanajuato. 2011. Disponible en: <http://www.congresogto.gob.mx/uploads/ley/pdf/61/LVoluntad.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Atención primaria. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Ginebra, 2008.
- Bistrain R, Burgos A, Carmona E, Rivas H. Monitoreo comunitario de la calidad del agua en cuencas rurales del Bajo Balsas. Centro de Investigaciones en Geografía Ambiental (CIGA, UNAM, Campus Morelia). Morelia Mich. 2011. Disponible en: <http://www.ciga.unam.mx/ciga/images/stories/documentosciga/vinculacion/div-11.pdf>
- Hernández A, Fernández Rivera FJ, García C, Luna M, Meza A, Rojo M, Torre J, Sáenz A, Bourillón L. Monitoreo comunitario de

- la biodiversidad marina en México: Pescando datos. Diversas ONG. Disponible en: http://conservationscience.com.mx/presentations/Community_Involvement/Hernandez_Community%20Involvement.pdf
17. Acción Ecológica. Sistemas de monitoreo ambiental comunitario. Indicadores biológicos de contaminación ambiental acción ecológica. Ecuador, 2002. Disponible en: <http://www.bio-nica.info/Biblioteca/Almeida2002MonitoreoAmbientaComunitario.pdf>
 18. Vargas W. Atención primaria de salud en acción su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. Universidad de Costa Rica, Vicerrectoría de Acción Social. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social 2006. <http://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf>
 19. Nielsen M, Langner B, Zema C, Hacker T, Grundy P. Benefits of implementing the primary care patient centered medical home. A review of cost and quality results. Millbank Memorial Fund, 2012.
 20. Institute of Medicine. Toward measures for population health and the leading health indicators. 2013. Disponible en: <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2013/Quality-Measures/QualityMeasuresRB.pdf>
 21. Gobierno de la República. Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México. Disponible en: <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
 22. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 (Última Reforma DOF 10-02-2014) México. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
 23. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud, última reforma México, 2014. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
 24. Casares M. Derechos de los pacientes. Publicación Institucional de Ibermutuamur. Tribuna médica. España, 2012.
 25. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Lisboa, redacción revisada en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago de Chile, octubre 2005. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/14/>
 26. Ferrer M. Indicadores de avance en el ejercicio de derechos en población. Celade – División de Población de la CEPAL, Naciones Unidas. Santiago de Chile, 2006. Disponible en: <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/6/27116/FerrerM2.pdf>
 27. Ferrer M. Derechos humanos en población: indicadores para un sistema de monitoreo. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población de la CEPAL. Santiago de Chile, 2007. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/29673/lcl2653-p.pdf>
 28. Servicio de Salud de Castilla, Sociedad de Calidad Asistencial. Manual de calidad asistencial. Castilla, La Mancha, 2009.
 29. Saturno PJ. Métodos de participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Participación del usuario en los programas de gestión de la calidad. Exploración y medición de necesidades, expectativas y satisfacción. Manual del Master en Gestión de Calidad de los Servicios de Salud. Módulo 6; Unidad Temática 33. Universidad de Murcia, 2001.
 30. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente clínico.
 31. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández- Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. Medigraphic Artemisa 2006;8(2):137-143. UNAM, México. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/sem/pdf/medicinafamiliar/ImportanciadelaComunicacion.pdf>
 32. Servicio de Salud de Castilla, artículo RCA.
 33. Secretaría de Salud. Dirección General de Planificación Familiar. Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>
 34. Secretaría de Salud. Dirección General de Atención Materno Infantil. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
 35. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html>
 36. Sainz A, Martínez J, Estévez J. Informe del usuario frente a SERVQHOS. Dos formas distintas de escuchar la voz de los pacientes. Revista de Calidad Asistencial. Vol. 18, 04, 2003. Madrid, 2003. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-calidad-asistencial-256/informe-usuario-frente-servqhos-dos-formas-distintas-13049558-original-breve-2003>
 37. Saturno PJ. Métodos y herramientas para la monitorización de la calidad. Máster de gestión de la calidad en los Servicios de Salud. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. UD Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Murcia, 2004.
 38. Kisten E, Guariguata M. Monitoreo participativo para el manejo forestal en el trópico. Una revisión de herramientas, conceptos y lecciones. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/45898904/Monitoreo-Participativo-Para-El-Manejo-Forestal-en-El-Tropico-Una-Revision-de-Herramientas-Conceptos-y-Lecciones>
 39. Saturno PJ. Exploración de expectativas y necesidades. Utilización de grupos focales y otros métodos de investigación cualitativa. Máster de gestión de la calidad en los Servicios de Salud. Departamento de Ciencias Sociosanitarias. U.D. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Murcia, 2004.
 40. Saturno PJ. Qué, cómo y cuándo monitorizar: Marco conceptual y guía metodológica. Revista de Calidad Asistencial 1998;13: 437-443.

Anexo 3.A

Listado de intervenciones según hallazgos del diagnóstico de situación, distribuidas según fase del modelo de análisis utilizado y su incidencia sobre iniciativas existentes

| Aspectos analizados (modelo de análisis) | Sobre iniciativas existentes | Nuevas iniciativas |
|--|--|--|
| Marco normativo | <p>Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de los derechos de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas.</p> <p>Revisar con las instancias correspondientes el concepto de la Dimensión de la asistencia sanitaria centrada en el paciente, familia y comunidad.*</p> <p>Asegurar difusión de los derechos y dimensión de la atención centrada en el paciente, familia-comunidad.</p> <p>Generar competencias para desarrollar la dimensión de la atención centrada en el paciente, familia-comunidad.*</p> | <p>Incluir en el sistema de información de calidad los resultados del monitoreo de los derechos de los pacientes.</p> <p>Establecer con la Dirección de Enseñanza el acuerdo para generar las competencias en los internos de pregrado sobre la dimensión de la atención centrada en el paciente-familia-comunidad previa a la realización del servicio social.</p> <p>Gestionar con las universidades formadoras de recursos para la salud, la inclusión de la dimensión propuesta, en los planes curriculares.</p> |
| Participación de pacientes | <p>Delimitar atribuciones, competencias y unificar criterios de coordinación de los sistemas de reclamos y quejas en las unidades médicas y valorar mecanismos para incluir el sistema de la comunidad.</p> <p>Asegurar la difusión por los medios disponibles y supervisar la operación del sistema de quejas.</p> <p>Asegurar que las unidades médicas cuenten con buzones de quejas, materiales e insumos.*</p> <p>Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del Sistema de Reclamos definido incluyendo el uso de la información para la mejora.*</p> <p>Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente en sustitución de la actual encuesta de satisfacción.*</p> | <p>Incluir en el sistema de monitorización e información de la calidad, la implantación y uso del consentimiento informado.</p> <p>Instaurar Sistema de Voluntades Anticipadas (petición consciente y voluntaria del paciente de no prolongar el sufrimiento o la vida. Enfoque tanatológico).*</p> <p>Instaurar sistema de exploración de expectativas en diferentes contextos: indígena, rural y urbano*</p> |
| Participación de población | <p>Evaluar los efectos del Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso a la mejora.*</p> <p>Rediseñar el AC para realizar el monitoreo comunitario.</p> <p>Establecer un sistema de estímulos para reconocer el trabajo de los avaluados ciudadanos.*</p> <p>Capacitar en forma teórico- práctica al personal de los Sesa en el monitoreo comunitario efectivo.*</p> <p>Capacitar a los AC para realizar el monitoreo comunitario.*</p> | <p>Instaurar el mecanismo de monitoreo comunitario, (nuevas encuestas, e indicadores) en el primer nivel de atención.*</p> <p>Dotar de equipo de cómputo y conectividad a las unidades médicas de primer nivel que no cuenten con ello y se tenga la factibilidad (puede formar parte del componente de equipamiento).*</p> |

* Iniciativas que necesitarían de presupuesto específico

Anexo 3.B

Puntuación de estrategias para el componente 3.* Participación de pacientes y población

| Intervenciones | | REC | | DGCES | |
|----------------|--|--------|-------|--------|-------|
| | | Relev. | Fact. | Relev. | Fact. |
| III.A.1 | Asegurar difusión de los derechos y dimensión de la atención centrada en el paciente-familia-comunidad. | 4.78 | 4.02 | 4.5 | 4.43 |
| III.A.2 | Asegurar la difusión por los medios disponibles y supervisar la operación del sistema de quejas | 4.56 | 3.59 | 4.4 | 3.38 |
| III.A.3 | Asegurar que las unidades médicas cuenten con buzones de quejas, materiales e insumos. | 4.65 | 4.22 | 4.5 | 4.57 |
| III.A.4 | Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente en sustitución de la actual encuesta de satisfacción. | 4.5 | 4.09 | 4.67 | 3.86 |
| III.A.5 | Incluir en el sistema de monitorización e información de la calidad, la implantación y uso del Consentimiento Informado. | 4.73 | 4.16 | 4.5 | 4.14 |
| III.A.6 | Incluir en el sistema de información de calidad los resultados del monitoreo de los derechos de los pacientes | 4.46 | 3.81 | 4.5 | 4 |
| III.B.1 | Generar competencias para desarrollar la dimensión de la atención centrada en el paciente, familia-comunidad. | 4.53 | 3.68 | 4.83 | 4.17 |
| III.B.2 | Establecer acuerdo con la Dirección de Enseñanza para generar competencias en los internos de pregrado sobre la dimensión de la atención centrada en el paciente, familia, comunidad acción previa a la realización del servicio social. | 4.76 | 3.65 | 4.17 | 3.33 |
| III.B.3 | Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias que se haya definido. | 4.75 | 4.18 | 4.17 | 4.33 |
| III.B.4 | Capacitar en forma teórico-práctica al personal de los Sesa en el monitoreo comunitario efectivo | 4.32 | 3.74 | 4.67 | 3.17 |
| III.B.5 | Capacitar a los AC para realizar el monitoreo comunitario. | 4.59 | 3.61 | 4.5 | 3.61 |
| III.C.1 | Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de los derechos de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas | 4.67 | 4.09 | 4.33 | 4 |
| III.C.2 | Revisar con las instancias correspondientes el concepto de la: "Dimensión de la Asistencia Sanitaria centrada en el paciente, familia y comunidad. | 4.42 | 3.77 | 3.83 | 4 |
| III.C.3 | Delimitar atribuciones, competencias y unificar criterios de coordinación de los sistemas de reclamos y quejas en las unidades médicas y valorar mecanismos para incluir el sistema de la comunidad. | 4.36 | 3.43 | 3.67 | 3.33 |
| III.C.4 | Instaurar Sistema de Voluntades Anticipadas (petición consciente y voluntaria del paciente de no prolongar el sufrimiento o la vida). | 4.47 | 3.45 | 3.8 | 2.4 |
| III.C.5 | Evaluar los efectos del Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso a la mejora, si se decide mantener su enfoque actual. | 4.72 | 3.91 | 4.33 | 4.33 |

* Escala de 1 a 5

REC: responsables estatales de calidad

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Anexo 3.C

Análisis cualitativo de los comentarios de los REC y personal de la DGCEs sobre las propuestas de intervención en relación a la participación pacientes población

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|------------------------------|--|---|---|---|
| Marco conceptual y normativo | Derechos de los pacientes | Unificación de la Carta de derechos | "ya la hizo Conamed" | Revisar si es cierto que hay una versión unificada |
| | | Difusión y Monitoreo | "se requiere amplia difusión... sensibilización... capacitación al personal de salud" "Es complejo evaluar los derechos..." "(el monitoreo) puede generar controversias... los resultados no pueden ser emitidos por factores políticos" | Existen opiniones opuestas. Se precisará determinación política y un esfuerzo adicional para lograr comprensión y consenso sobre este tema |
| | Concepto de atención centrada en el paciente/familia comunidad | Barreras a su implementación | "cambiar la cultura de la gente" "es difícil... el trabajo administrativo quita tiempo para la atención adecuada" "el médico tiene mayor habilidad en la curación" "... se requiere modificar el modelo de salud casi en su totalidad" | No se rechaza el enfoque pero predomina el escepticismo por las múltiples barreras que se perciben. La estrategia que se defina debe considerarlas. |
| | | Necesidad de capacitación y difusión | "Es muy importante... implica modificar la cultura actual" "como inversión... Incluir a todo el personal" "desde el primer día y el primer año en todas las escuelas de medicina" | Aunque se expresan matices en cuanto al ámbito y momento, hay consenso en incluir capacitación y difusión sobre esta dimensión en la estrategia. |
| Participación de pacientes | Sistema de reclamos y quejas | Uso y utilidad | "no sirve, el saber sólo la queja no ayuda" "nadie lo revisa" "Es necesaria una mayor difusión... dotar de buzones... participación del Aval" | Se percibe la necesidad de un rediseño estructural y un impulso a su utilización real. |
| | Implantación y uso del Consentimiento Informado | Normatividad | "Homogeneizar el formato..." "Se debe definir y normar en qué procedimientos de primer nivel" | Son sugerencias útiles para incorporar a las recomendaciones |
| | | Utilización | "Nadie le explica al paciente..." "En primer nivel casi no se solicita..." | Se identifica un vacío real en este tema |
| | Sistema de Voluntades Anticipadas | Adecuación para primer nivel y barreras | "... Poco factible... hay estados donde la cultura no lo permite" "Falta legislación homogénea" "es de segundo nivel" | Todos los comentarios son en contra. Si se intenta implantar será difícil. |
| | Informe del paciente | Instrumentos de medición | "tal vez mejor recabar expectativas que sugerencias o quejas" "Replantear las preguntas e instrumento de satisfacción del paciente" | No es un tema que suscitase mucho debate, aunque los escasos comentarios refuerzan la propuesta |
| | Encuestas y exploración de expectativas | | | |

continúa...

continuación...

| | | | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------------------|---|--|
| Participación de la población | Aval Ciudadano | Concepto | <p>“su objetivo es la construcción de la ciudadanía en salud”</p> <p>“si se constituye una contraloría social... ¿para qué existe y cuál es la función del aval?”</p> <p>“Se requiere redefinir el objetivo del Aval”</p> <p>“deben procesar información y presentar ante los Cocasep”</p> | <p>Parece que estamos en un momento de confusión, crisis, y necesidad imperiosa de redefinir el Aval. No hay consenso sobre su función.</p> |
| | | Constitución | <p>“No hay un perfil efectivo para seleccionar a los AC”</p> <p>“Hay avales puestos por los directores de las unidades. Incluso directores... registrados como avales”</p> <p>“Hay avales que no son compatibles con las características culturales de la comunidad... en Yucatán hay avales que no hablan maya”</p> <p>“El AC debe ser una entidad académica”</p> | <p>La redefinición del AC ha de incluir un rediseño también de su composición y control de mecanismos de constitución.</p> <p>Se detecta el problema pero hay opiniones contrapuestas sobre su solución.</p> |
| | | Problemas de funcionamiento | <p>“se ha desvirtuado en algunas EF”</p> <p>“No ha funcionado por falta de lineamientos claros”</p> <p>“No se ha implementado correctamente”</p> <p>“Heterogeneidad en el nivel de compromiso hace que sus resultados no sean confiables”</p> <p>“manipulación de los AC por parte de las autoridades”</p> <p>“Es indispensable garantizar objetividad e independencia”</p> <p>“Se observa gran deserción...”</p> <p>“riesgo de que los AC se politicen y se extralimiten en sus funciones”</p> | <p>Este es el aspecto más debatido. Puede reflejar una problemática real a resolver o también una actitud negativa que se manifiesta señalando problemas, o las dos cosas. En términos de soluciones, los comentarios sugieren la necesidad de lineamientos claros, transparencia de funcionamiento, supervisión y evaluación del mismo.</p> |
| | | Estímulos e incentivos | <p>“hace falta incentivar al AC... para que tenga impacto”</p> <p>“Se recomienda reconocimiento... desde el nivel federal... para mantener su motivación... y no considerar el AC sólo como recolector de información”</p> <p>“El nivel federal... debe contratar el servicio”</p> | <p>Consenso sobre necesidad de estímulos pero no sobre el tipo. Si se decide implementarlos habría que pilotarlos antes de generalizarlos.</p> |
| | Monitoreo comunitario | Concepto y actores | <p>“¿Debería ser un monitoreo en la comunidad? No parece factible”</p> <p>“Se debe definir a qué personal corresponde”</p> <p>“la participación del Aval es limitada”</p> <p>“la encuesta o cualquier otro instrumento debe adecuarse a cada región”</p> | <p>Parece haber desconcierto conceptual sobre este tema. Se hace necesario un esfuerzo de capacitación. Quizás sería aconsejable implementación en sitios piloto.</p> |

Componente estratégico 4. Regulación y estándares

Estrategia de mejora de la calidad basada en regulación y estándares.

Desarrollo de normas e indicadores para ser utilizados en procesos de certificación, acreditación, supervisión o monitoreo externo. Se incluye también el desarrollo e implementación de normas o guías para la práctica clínica

Subcomponente 4.1

Guías de práctica clínica

Resumen

En el marco de la mejora continua de la calidad las guías de práctica clínica (GPC) son una de las actividades o herramientas de diseño, planificación o desarrollo de la calidad, que puede formar parte de la conducción sectorial de la Secretaría de Salud. La literatura internacional muestra que para que sean útiles, es preciso seguir una metodología rigurosa tanto en su elaboración como en su implementación y evaluación. En México existe una iniciativa sectorial específica sobre GPC que fue analizada de forma estructurada para identificar las posibles brechas que habría que mejorar para optimizar sus beneficios potenciales. Sobre esta base se proponen en este documento intervenciones priorizadas con indicadores de seguimiento de su implantación y metas a corto-mediano plazo.

Material y métodos

Las recomendaciones que se proponen se basan en los resultados obtenidos en el diagnóstico de situación, la priorización expresada por los responsables estatales de calidad y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud y la bibliografía internacional. El listado inicial agrupa las recomendaciones según incidan o no en iniciativas ya existentes, y según se trate de intervenciones directas, capacitación o realización de estudios. El ejercicio de priorización incluyó una puntuación sobre relevancia y factibilidad de cada recomendación (con escala de 1 a 5, considerándose como

prioritarias aquellas clasificadas en promedio >4 para ambos aspectos), y comentarios, tanto escritos como verbales, sobre las mismas. La propuesta final tiene en cuenta los resultados, discrepancias y matices encontrados en la priorización, que se resuelven en base al diagnóstico de situación y el apoyo de la literatura internacional. Se establecen indicadores de seguimiento de la implementación de la propuesta y metas que verifiquen su cumplimiento.

Resultados

Del diagnóstico de situación se derivaron 18 intervenciones que afectan a todas las fases del esquema utilizado para el análisis. De estas fueron priorizadas 5 (4 de intervención directa y 1 sobre estudios necesarios), que no incluyeron aspectos de la implementación ni el fomento de herramientas más complejas como las vías clínicas, que sí fueron incluidos en la propuesta final dada su probada relevancia y las deficiencias encontradas en el diagnóstico de situación.

Conclusiones

La estrategia del uso de GPC para la mejora de la calidad en los servicios de primer nivel en México requiere intervenciones sobre la situación actual en relación a las fases de elaboración, implementación y evaluación de utilización y efectividad, así como el fomento de su inclusión en herramientas de planificación de la calidad más complejas.

Introducción

Las guías de práctica clínica (GPC) son herramientas de planificación de la calidad que deben facilitar la toma de decisiones y disminuir la incertidumbre y la variabilidad de la práctica clínica, mejorando así la calidad de la asistencia prestada.¹ Por estas razones las GPC y todos sus sinónimos han suscitado un interés creciente y no sólo para los proveedores de atención sanitaria para su práctica clínica habitual sino también entre los legisladores, planificadores y gestores de servicios de salud. Interés que se justifica por su repercusión en la calidad del servicio que se otorga, en el control de los riesgos que se puedan derivar, y también por su efecto en el control de los costos y el uso inadecuado de los recursos, y en la reducción del riesgo de posibles reclamaciones legales. En consecuencia se han venido incorporando en el ámbito internacional como una estrategia destacada para la mejora de la calidad tanto a nivel local como formando parte de la función rectora de los sistemas de salud, tratando de facilitar las mejores prácticas posibles.

Por otra parte, su utilidad está condicionada al seguimiento de una metodología rigurosa tanto en su elaboración como en su implementación y evaluación para retroalimentar todo el proceso. Sobre estas premisas se realizó un diagnóstico de la situación actual en México, revisando de forma estructurada según las diversas fases del proceso (en síntesis: elaboración, implementación, evaluación), la información disponible, tanto publicada como en fuentes o bases de datos primarias. Este análisis priorizó el enfoque en lo relativo al primer nivel de atención, y puso de manifiesto una serie de recomendaciones para lograr mejorar la efectividad de la estrategia de utilizar las GPC para mejorar los servicios que se prestan.

En este documento se presentan las recomendaciones derivadas del diagnóstico de situación, y su priorización según la opinión de los responsables de calidad y el personal de la DGCES, matizada para la propuesta final por los propios resultados del diagnóstico y lo que propone la literatura internacional.

Resultados

Recomendaciones para la mejora de la iniciativa sobre GPC derivadas del diagnóstico de situación

Listado extenso de intervenciones según la fase del modelo de análisis utilizado

El diagnóstico señaló brechas y áreas de oportunidad en prácticamente todo el proceso de diseño, elaboración, implementación y evaluación de las GPC. En una primera aproximación, y con el objetivo de construir sobre lo existente pero sin obviar las usencias identificadas, se identificaron 26 intervenciones, cuya distribución según ésta categorización (sobre iniciativas existentes y sobre nuevas iniciativas) y las diversas fases del modelo de análisis utilizado pueden verse en detalle en el anexo 4.1.A. Sobre este primer listado, se señala igualmente cuales de ellas podrían precisar de un presupuesto específico para su implementación.

Listado reducido y distribución según tipo de intervención

Para avanzar en la concreción y priorización de las intervenciones, se construyó un segundo listado más reducido intentando evitar traslapes y reagrupando las intervenciones en tres categorías: a) intervenciones directas en la estructura o proceso de la estrategia de GPC; b) capacitación, y c) realización de proyectos y estudios que puedan ayudar a remodelar la estrategia. Este conjunto de intervenciones está descrito en el cuadro 4.1.1, en la primera columna se hace referencia al componente estratégico (IV.2) entre los seis considerados, el tipo de intervención (A: intervención directa; B: capacitación; C: estudios), y el número de orden siguiendo las fases del modelo de análisis. El resultado fue una propuesta de 18 intervenciones, la mayoría (12 de ellas) es intervención directa, una se relaciona con actividades de capacitación y cinco son proyectos o estudios para sustentar mejor la estrategia.

Cuadro 4.1.1. Recomendaciones estratégicas para el subcomponente 4.2 (regulación y estándares: guías de práctica clínica) derivadas del diagnóstico de situación

| | |
|-----------|--|
| IV.2.A.1 | Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con las normas sobre procesos clínicos |
| IV.2.A.2 | Simplificar el proceso a nivel central (menos actores e instituciones involucrados) |
| IV.2.A.3 | Especificar metodología para selección y priorización de temas |
| IV.2.A.4 | Establecer procedimiento para actualización de las guías |
| IV.2.A.5 | Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC |
| IV.2.A.6 | Especificar mecanismos de valoración de la evidencia |
| IV.2.A.7 | Establecer valoración sistemática de la calidad formal de las nuevas GPC |
| IV.2.A.8 | Contemplar procedimiento de adaptación local y participación de pacientes y población |
| IV.2.A.9 | Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC |
| IV.2.A.10 | Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria |
| IV.2.A.11 | Vincular completamente al proceso de desarrollo de las GPC |
| IV.2.A.12 | Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención |
| IV.2.B.1 | Incorporar capacitación sobre diseño y uso de Vías clínicas a la formación Continuada del nivel operativo |
| IV.2.C.1 | Revisar relación conceptual con las normas sobre procesos de atención clínica |
| IV.2.C.2 | Evaluar la calidad formal (atributos) de las GPC existentes |
| IV.2.C.4 | Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de las GPC |
| IV.2.C.5 | Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC |
| IV.2.C.6 | Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias |

A: Intervenciones directas
 B: Capacitación
 C: Proyectos o estudios
 GPC: guías de práctica clínica

Esta propuesta fue entonces sometida a valoración de relevancia y factibilidad (mediante puntuación explícita para cada recomendación) y discusión general por parte de los responsables de calidad y personal de la DGCES. El objetivo fue contar con la opinión cualificada de los conocedores directos del sistema y su funcionamiento, como valiosa referencia para la priorización y la propuesta final de recomendaciones para la mejora.

Recomendaciones prioritarias según el personal de calidad de las entidades y el de la DGCES

Las recomendaciones integrantes del componente estratégico de mejora de la calidad con base a GPC ocupa un lugar intermedio entre los nueve considerados, tanto en cuanto a relevancia como en cuanto a factibilidad y de forma semejante en opinión de los responsables de calidad y de la DGCES; aunque, tal como ocurre con la gran mayoría de los componentes (cuadro 4.2.2), la puntuación sobre relevancia (valor estandarizado: 88.7%) es mayor que la de factibilidad (valor estandarizado: 70.7%), y los responsables de calidad puntúan

relativamente más alto que la DGCES en ambos aspectos. El análisis pormenorizado de las puntuaciones y comentarios nos dibuja un panorama a la vez complejo y nítido, a tener en cuenta en el diseño de la estrategia integrada en relación a este componente.

Priorización según puntuación de relevancia y factibilidad

Los cuadros completos del resultado del ejercicio de priorización pueden verse en el anexo 4.1.B. En general, en cuanto a relevancia las puntuaciones traducen un alto nivel de acuerdo con lo propuesto en base al diagnóstico de situación; lo más frecuente es otorgar calificaciones altas (4 o 5) con una media cercana a 4.5, aunque el rango va de 1 a 5. En factibilidad la dispersión es mayor y lo más frecuente son valores medios (3 y 4).

Siguiendo los criterios establecidos para identificar las recomendaciones consensuada y conjuntamente prioritarias para responsables de calidad y DGCES (relevancia y factibilidad ≥ 4 para ambos), destacan cinco recomendaciones, cuatro de intervención directa en la

estructura y procesos existentes (“Especificar metodología para selección y priorización de temas”; “Establecer procedimiento para actualización de las guías”; “Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC”; “Especificar mecanismos de valoración de la evidencia”), y un proyecto o estudio para apoyar la estrategia (“Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias”). Concluimos que estas cinco recomendaciones habría que tenerlas en cuenta necesariamente en la estrategia que se adopte, aunque no todas están en el ámbito de responsabilidad de la DGCEs o los responsables de calidad. Estas intervenciones están subrayadas con fondo azul claro en el cuadro 4.1.2, que incluye también otras intervenciones a considerar siguiendo criterios adicionales de priorización, según se explica a continuación.

En primer lugar, en las últimas dos columnas del cuadro II se señalan recomendaciones que obtuvieron puntuación en cuanto a relevancia por encima de las que figuran en las primeras dos columnas (en las que se recogen puntuaciones altas tanto en relevancia como

en factibilidad), pero por debajo en la línea de corte considerada para la priorización (≥ 4) en cuanto a factibilidad. Entre estas destacan dos que resultan altamente relevantes tanto para responsables de calidad como para DGCEs, una que incide de nuevo en la importante fase de implementación (“Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de la GPC”), y otra en un aspecto controvertido pero importante, tal como veremos al analizar los comentarios (“Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con normas sobre procesos clínicos”). En último lugar cabe señalar las recomendaciones que fueron relevantes sólo para uno de los dos grupos, incluyendo la “Adaptación local y participación de la población”, “Valoración sistemática de la calidad formal de las GPC” y “Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC”, todas estrategias o recomendaciones de intervención consideradas como menos relevantes por los responsables de calidad, que sí consideran importante en cambio “Reforzar la incorporación de las GPC a la docencia universitaria”. Todos estos matices

Cuadro 4.1.2. Recomendaciones prioritarias sobre GPC para mejorar el primer nivel de atención según puntuación media de relevancia (R) y factibilidad (F), otorgada por REC y DGCEs

| Componente estratégico y recomendaciones Guías de práctica clínica | (1): $R \geq 4$ y $F \geq 4$ | | | | $R \geq$ que en (1) y $F \leq 4$ | | | |
|--|------------------------------|-----|-------|-----|----------------------------------|-----|-------|-----|
| | REC | | DGCEs | | REC | | DGCEs | |
| | R | F | R | F | R | F | R | F |
| IV.A.1. Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con normas sobre procesos clínicos | | | | | 4.8 | 3.8 | 4.1 | 3.0 |
| IV.A.3. Especificar metodología para selección y priorización de temas | 4.7 | 4.4 | 4.7 | 4.3 | | | | |
| IV.A.4. Establecer procedimiento para actualización de las guías | 4.8 | 4.3 | 4.7 | 4.6 | | | | |
| IV.A.5. Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC | 4.7 | 4.2 | 4.1 | 4.0 | | | | |
| IV.A.6. Especificar mecanismos de valoración de la evidencia | 4.7 | 4.2 | 4.3 | 4.0 | | | | |
| IV.A.7. Contemplar procedimiento de adaptación local y participación de pacientes y población | | | | | | | 4.2 | 3.2 |
| IV.A.8. Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC | | | 4.3 | 4.1 | | | | |
| IV.A.9. Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria | | | | | 4.9 | 3.9 | | |
| IV.A.11. Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención | | | 4.4 | 4.0 | | | | |
| IV.C.3.(A). Establecer valoración sistemática de la calidad formal de las GPC | | | | | | | 4.3 | 3.6 |
| IV.C.4. Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de la GPC | | | | | 4.7 | 3.9 | 4.4 | 3.4 |
| IV.C.5. Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC | | | | | | | 4.1 | 3.4 |
| IV.C.6. Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias | 4.8 | 4.0 | 4.9 | 4.4 | | | | |

son importantes para considerar a la hora del diseño e implementación de las estrategias, porque para aquellas en las que no hay un amplio consenso o comprensión es probable que se precise, si se decide implementarlas, una labor adicional de explicación y negociación para que la implementación sea exitosa. También resulta útil en este sentido tener en cuenta lo que se desprende de las anotaciones y comentarios surgidos en la discusión, tal como se resume en el apartado 2.2.

Finalmente, hay dos recomendaciones que resultan prioritarias en opinión del personal de la DGCEs, aunque no para responsables de calidad, que es interesante rescatar y considerar. Una de ellas porque incide en la importante fase de implementación de las GPC (“Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC”); y otra porque supone un avance en la consideración de herramientas de planificación de la calidad para mejorar los servicios de salud (“Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención”). Es interesante subrayar que es posible que esta última recomendación no haya alcanzado puntuaciones altas entre los responsables de calidad y parte de la DGCEs porque, tal como veremos al analizar los comentarios, se trata de herramientas relativamente desconocidas para los participantes en el ejercicio de priorización.

Conclusiones del análisis cualitativo de los comentarios escritos y la discusión de las recomendaciones

Las recomendaciones para intervenir propuestas en este componente estratégico fueron en general ampliamente comentadas y discutidas, traduciendo un indudable interés. El resumen de temas y cuestiones debatidas, agrupados según los aspectos analizados en el diagnóstico de situación y señalando las conclusiones derivadas de la interpretación de estos comentarios, puede verse en el anexo 4.1.C. Tiene interés señalar, porque sería relevante tenerlo en cuenta para el diseño de la estrategia integral de intervenciones: a) aquellas cuestiones sobre las que parece haber conflicto o cuestionamiento; b) otras sobre las que hay amplio consenso, y finalmente c) aquellas otras sobre las que hay disenso o un cierto desconocimiento a pesar de ser recomendaciones con respaldo en la literatura sobre GPC. Estas consideraciones matizan, aclaran y generalmente corroboran, los resultados de la puntuación (cuadro 4.1.1).

Cuestiones conflictivas. Entre las cuestiones sobre las que parece existir una situación actual de conflicto, bien de opiniones o como problema en la práctica, destacan la relación entre normas y GPC, y la aplicación de incentivos a la utilización de las GPC. Esto último podría quizá obviarse en la estrategia integral de intervención, dada su dificultad y la generalmente poca comprensión y aceptación para la mayoría de los que opinaron, pero la relación entre GPC y normas representa un conflicto en la práctica claramente identificado que no sería conveniente dejar fuera de la estrategia, aunque haya que valorar muy bien cuál sería la propuesta para resolverlo. Esta cuestión fue considerada muy relevante aunque menos factible al realizar la puntuación.

Cuestiones con amplio consenso. Los mayores niveles de consenso en las discusiones y comentarios se dieron en relación a la necesidad de priorización de temas para las GPC, actuar sobre el mecanismo de difusión, y el establecimiento de mecanismos de evaluación de utilización y efectividad, si bien sobre este último punto hubo mucha discusión sobre la oportunidad de utilizar los expedientes clínicos y la cantidad de recursos que serían necesarios para llevarla a cabo. Habría que proponer, por tanto, mecanismos y métodos lo más eficientes posible, pero sería una iniciativa probablemente bien recibida y entendida. Cabe destacar que esta situación de consenso se refleja también en las puntuaciones otorgadas, y que los comentarios recibidos realzan estas tres recomendaciones sobre el resto de las priorizadas.

Cuestiones poco comentadas, con disenso o no bien entendidas. Hubo varias cuestiones sobre las que se expresaron pocas opiniones, muchas veces encontradas. Esto ocurrió sobre todo en relación con el esquema actual para el desarrollo de las GPC y el diseño y actualización de las mismas. Conviene, sin embargo, subrayar algunas cuestiones en torno a estos temas que, a pesar de no existir consenso sobre su relevancia y factibilidad, habría que tener en cuenta en la estrategia integral por el respaldo que tienen en la literatura científica: la participación de los pacientes en el proceso de desarrollo de las GPC, la necesidad de adaptación local como mecanismo de apropiación, y la integración en modelos más complejos de planificación de la calidad como son las vías clínicas o caminos clínicos (*clinical pathways*). Es importante tener en cuenta esta situación de disenso o relativo desconocimiento, porque

son cuestiones que no sería justificable olvidar en la estrategia integral, pero que necesitarán de un esfuerzo adicional de explicación y consenso para lograr su implementación efectiva.

Propuesta de intervenciones estratégicas derivada de la priorización y comentarios de los responsables de calidad y personal de la DGCEs

Los participantes en el ejercicio de priorización subrayaron recomendaciones en los ámbitos de la selección y priorización de temas para las GPC, diseño y actualización de las mismas, difusión e implementación y evaluación. Hubo consenso también en la relevancia de resolver una cuestión conflictiva como es la homologación sectorial y la relación con las normas. No así sobre otras cuestiones importantes y con respaldo científico como la participación de pacientes, la adaptación local y el fomento de las vías clínicas y modelos de atención; además de otras como incentivar su utilización, valorar sistemáticamente su calidad formal y vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC. De las 18 recomendaciones sometidas a valoración, 5 no superaron en ninguno de los dos grupos la puntuación promedio establecida en cuanto a relevancia para ser consideradas en la estrategia integral.

Propuesta integrada de estrategias de intervención en GPC

Considerando conjuntamente la propuesta derivada del diagnóstico de situación, la priorización expresada por los actores consultados y lo que subraya la literatura científica internacional sobre este tema, proponemos la siguiente estrategia integrando las intervenciones prioritarias en cada una de las etapas del modelo de análisis utilizado:

Conceptos y terminología

En este apartado resulta prioritario dotar de un marco jurídico que contemple la homologación sectorial y, sobre todo, la relación entre normas y GPC para evitar que resulten contradictorias o haya desfase en sus recomendaciones.

El Instituto de Medicina de Estados Unidos, iniciador del movimiento sobre GPC a nivel internacional,

propuso el término GPC (*clinical practice guidelines*) para incluir otros términos como protocolo, algoritmo decisional, estándar de práctica, parámetros de práctica, norma de práctica o política de práctica.³ Todos estos instrumentos se desarrollan con el objetivo de facilitar la toma de decisiones, disminuir la incertidumbre y la variabilidad de la práctica clínica, mejorando así la calidad de la atención ofrecida.³ Aunque se mantengan nombres diferentes, la homologación implica exigirle a las normas y demás instrumentos de planificación de la calidad de la atención clínica los mismos requisitos que a las GPC, y que se actualicen a la par. El Cene-tec establece diferencias entre las GPC y los demás instrumentos como las normas de atención médica y los protocolos de atención, entre las que incluye que las normas no tengan necesariamente que estar basadas en evidencia científica o estén actualizadas. Esto crea una confusión innecesaria a los clínicos, al estar obligados por una parte a cumplir las normas y por otra instados a seguir unas GPC que no siempre son concordantes con las normas. Proponemos por tanto una revisión conjunta de normas y GPC para que las recomendaciones clínicas de las normas sean acordes con lo que establecen las GPC, y que ambas herramientas se actualicen a la par teniendo en cuenta la mejor evidencia existente.

Por otra parte, fomentar y mantener una política sectorial en este sentido, porque lo contrario resultaría contradictorio e inequitativo dentro del sistema público. Un ejemplo paradigmático es la falta de homologación de los cuadros básicos de medicamentos, habiéndose documentado que la implantación de las GPC se ve limitada por la diferencia existente entre dichos cuadros básicos de las diferentes Instituciones del sector salud.²

Esquema para el desarrollo de las GPC. Elección de temas, población blanco, propósito y contenidos

El esquema de fases e instituciones implicadas para el desarrollo de las GPC en México es complejo y disfuncional. Algunos de los organismos implicados en la validación, como las academias de Medicina, Pediatría o Cirugía, tienen responsabilidad sólo sobre el papel, a la vez que existe una separación poco explicable entre los procesos de elaboración y los de implementación y evaluación y no se contemplan explícitamente los procedimientos aconsejables para la muy recomendable adaptación local, ni la participación de los pacientes en ninguno de los momentos del desarrollo de las GPC.

Esta problemática parece no ser sentida como importante ni prioritaria, haciéndose énfasis sin embargo en la necesidad de priorización de los temas y contenidos de las GPC, en relación probablemente con la plétora de GPC producidas, sin criterios claros que lo justifiquen.

Así pues, teniendo en cuenta toda la información recogida y lo que recomienda la evidencia científica existente, proponemos una reflexión general sobre el esquema de fases y responsabilidades en el desarrollo de las GPC con el objetivo de lograr una mayor integración y coordinación entre las entidades responsables, y tres intervenciones específicas consistentes en a) especificar (y cumplir) la metodología para selección y priorización de temas; b) incorporar a los pacientes (grupos focales, asociaciones de pacientes, valoración de problemática de implementación desde el punto de vista del paciente) en el proceso de desarrollo de las GPC, y c) contemplar y fomentar explícitamente los mecanismos para la adaptación local de las GPC.

Una posible guía para la priorización sería enfocar los esfuerzos en las primeras 15 o 20 causas de atención en cada nivel, tanto en el ámbito urbano como en el rural, ya que seguramente representarán más de 80% de los casos atendidos en el SNS.

Elaboración, diseño de las GPC y evaluación de su calidad formal

En este apartado destaca unánimemente una serie de aspectos a los que prestar atención prioritaria y que proponemos como parte de la estrategia integral. Estos son: a) establecer directrices claras para la adaptación y formato de las GPC; b) especificar los mecanismos de valoración de la evidencia, y c) establecer el procedimiento para la actualización de las GPC. Es posible que existan algunas indicaciones y procedimientos en todos estos aspectos, pero la impresión general es que son insuficientes o, al menos, no han sido comunicados de forma clara, y no han sido entendidos por los usuarios de las GPC, lo que los convierte de cualquier forma en foco de atención prioritaria.

La evaluación de la calidad formal de las GPC (presencia de los atributos deseables: validez, aplicabilidad clínica, fiabilidad, flexibilidad, claridad de lenguaje y estructural³ no parece formar parte del proceso de construcción de las GPC en México, y tampoco ha sido señalado de forma unánime como algo prioritario. Sin embargo, la literatura existente apunta la presencia de

una muy inconveniente variabilidad en la calidad formal de las GPC, con defectos importantes en las GPC publicadas. Los estudios realizados señalan que los aspectos que generalmente obtienen mejor valoración (58-86%) son el “alcance y objetivo” y la “claridad de presentación”; puntuaciones medias (14-69%) la “participación de los implicados” y el muy relevante “rigor en la elaboración”; los aspectos con peor valoración son, con puntuaciones que no superan en ningún caso el 50% (0-48%), los de “aplicabilidad” e “independencia editorial”.⁴⁻⁷ Los únicos datos sobre este particular en México provienen de una evaluación realizada en 2012,² con el instrumento Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) sobre cinco GPC de primer nivel y otras tantas de 2º nivel; en el caso de las primeras, tres cumplían entre 30 y 60% de las especificaciones, y otras dos más de 60% de las especificaciones. El manual del actual AGREE II ya no establece unas puntuaciones para diferenciar y definir GPC de alta, media o baja calidad, y reconoce y advierte del riesgo de la subjetividad en la valoración de cada parámetro,⁸ pero puede ser una herramienta útil, además de que es la más utilizada internacionalmente para valorar la calidad de las GPC, y para informar la decisión sobre la recomendación de uso de una GPC. En consecuencia, aunque aún no hay evidencia concluyente sobre la influencia de la calidad formal en la implementación y efectividad de las GPC, parece deseable lograr que las que se publiquen tengan una calidad formal óptima y uniforme, por lo que recomendamos incluir la valoración de la calidad formal de las GPC en el proceso de elaboración de las GPC.

Estrategia de implementación

La recomendación sobre evaluar e intervenir en los problemas de difusión e implementación de las GPC fue señalada unánimemente como muy relevante en la consulta realizada, aunque con puntuaciones sólo moderadamente altas en cuanto a factibilidad. Creemos conveniente no obstante mantenerla como intervención prioritaria dada su innegable importancia en aras a que todo el programa de GPC pueda ser de alguna utilidad, y a pesar de las dificultades para recomendar una forma concreta de intervención.

La evidencia existente señala que la estrategia más efectiva es una intervención múltiple, con todos los mecanismos existentes a los que se tenga alcance, desde

el nivel central hasta el local, atendiendo a los factores que faciliten su aplicación en la práctica y trabajando las barreras, incluyendo varios tipos de incentivos para la adherencia y utilización.^{1,6,9-11} Algunos autores señalan las limitaciones de las estrategias de intervención única para la implementación, en especial las conferencias y seminarios o elaboración y distribución de material educativo, que se han mostrado de valor casi nulo,^{6,10,12,13} si no se acompañan de proyectos de mejora de la calidad enfocados a la adherencia a la GPC. Sin embargo, parece que formación mediante el acompañamiento de los equipos, aun siendo una estrategia única puede obtener resultados positivos para las guías de baja complejidad.^{1,6,9} Otras estrategias mencionadas son los incentivos al personal clínico, no necesariamente económicos, como pueden ser puntos curriculares para los procesos de certificación de profesionistas, reconocimiento de pares o becas para acudir a congresos, capacitaciones específicas de educación continua o diplomados.¹⁰ Además, se señala que el involucramiento local de los equipos clínicos y de los pacientes blanco de la GPC son indispensables para una buena implantación y adherencia.^{11,14} El trabajo multidisciplinario a nivel local favorece la implantación, ya que permite un mejor manejo de las barreras existentes al conocer en detalle el contexto en el cual se desarrolla la práctica clínica de esa unidad médica o grupo de unidades médicas, lo cual no es generalmente tenido en cuenta si la estrategia de implementación es meramente vertical. El sentido de pertenencia hacia las GPC que se logra mediante la participación local, es un facilitador demostrado para la adherencia y utilización.

La importancia de priorizar este aspecto en el caso de México viene dada adicionalmente por el hecho de que hasta muy recientemente, no parece haber existido una preocupación explícita por diseñar una estrategia para facilitar la implementación de las GPC, ciñéndose todo el proceso a su elaboración, difusión (sobre todo en página web) y sesiones de capacitación muy genéricas. Lo relativamente reciente de los documentos que describen una estrategia de implantación renovada a través de capacitación y acciones de difusión más activas impide valorar su avance real, pero anima a perseverar en esta dirección, evaluando los resultados y modificando consecuentemente la estrategia para hacerla más efectiva.

Resulta de interés subrayar la incursión de las GPC en el ámbito educativo (23 universidades hasta junio

de 2013) y su inclusión en el banco de reactivos que integra el Examen Nacional de Residencias Médicas de temas con las recomendaciones de las GPC. Esta es una tendencia que habría que seguir desarrollando, y que logró una calificación prioritaria entre los responsables de calidad, aunque la factibilidad se vea afectada por los necesarios y siempre difíciles cambios en el currículo de la carrera.

Evaluación de utilización y efectividad de las GPC

La evaluación de utilización y efectividad de las GPC consolida y da sentido a todo el programa, permitiendo además reconsiderar, en su caso, la estrategia utilizada para su implementación o las características de las propias GPC que puedan influir en su utilización. Así lo entendemos y así fue entendido por los responsables de calidad y personal de la DGCES consultado que situaron el diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias como una de las cinco recomendaciones prioritarias y la de mayor puntuación media en cuanto a relevancia. En la actualidad las GPC se elaboran sin indicadores ni plan claro para evaluar su uso e impacto. Idealmente deberían contemplarse indicadores para medir cumplimiento o grado de apego, y de impacto en torno a la “brújula de valores” de los resultados: resultado clínico, salud funcional, costo y satisfacción.¹⁵

Por cuestiones de costo y factibilidad, es recomendable una implantación paulatina de esta intervención comenzando por las GPC de uso más frecuente o sobre los problemas de salud con más relevancia epidemiológica para el primer nivel. Por otra parte, en ausencia de la posibilidad de realizar mediciones automatizadas (por ejemplo a través del expediente clínico electrónico) es recomendable utilizar métodos de medición rigurosos pero eficientes en cuanto a muestreo como el Lot Quality Acceptance Sampling, en muestras representativas a su vez de las unidades de cada unidad federativa.

Vías clínicas como herramienta complementaria en la mejora de la práctica clínica y de planificación de la calidad

En el ámbito federal no existe política oficial alguna sobre otras herramientas de planificación de la calidad más completas, tales como las vías clínicas o el diseño sistémico integral de procesos de atención para problemas de salud específicos.

Las vías Clínicas, conocidas también con otros términos relativamente sinónimos tales como *case management*, caminos críticos, caminos clínicos, atención cooperativa, atención coordinada, mapa de cuidados y más recientemente diseño o gestión de procesos, son protocolos clínicos amplios que describen procesos de atención bien delimitados, que cumplen los requisitos de desarrollo sistemático, con base en la mejor evidencia y teniendo en cuenta a todos los implicados (usuarios y prestadores de servicio). Incluyen recomendaciones tanto sobre decisiones clínicas como organizacionales para el proceso que se diseña. Al incluir soluciones organizacionales contextualizadas sobre las que no hay siempre evidencia, la evaluación de la utilización y resultados prácticos se hace más relevante y es obligatoria e inherente en su implementación.¹⁶ Las vías clínicas se han mostrado de gran utilidad para mejorar la calidad en las organizaciones que los aplican, proponemos por tanto incluir como recomendación “Establecer política sectorial sobre fomento de uso de Vías clínicas y Modelos de atención”, a pesar de las reticencias, que habría que tener en cuenta, expresadas por los participantes en el proceso de priorización, que parecieron estar en parte relacionadas con un cierto desconocimiento sobre estas herramientas.

En la página web de la European Pathway Association (<http://www.e-p-a.org>) encontramos una definición amplia y clara: “Una vía clínica o camino crítico, es una intervención compleja para una decisión de mutuo acuerdo y organización de un proceso de atención para un buen definido grupo de pacientes durante un periodo bien definido”. Las características son:

- a) Una declaración explícita del proceso de atención y elementos clave basados en evidencia, mejor práctica, expectativas de pacientes y sus características
- b) Facilitación de la comunicación entre los miembros del equipo y con los pacientes y sus familiares
- c) Coordinación de roles y secuencia de actividades del equipo multidisciplinario, pacientes y familiares
- d) Documentación, monitorización y evaluación de la variabilidad y resultados, y
- e) Identificación de los recursos apropiados

El principal objetivo de los caminos críticos es incrementar la calidad de la atención a través del continuo de mejorar resultados para los pacientes ajustando

los riesgos, promoviendo la seguridad para el paciente, incrementando la satisfacción del paciente y optimizando el uso de recursos.¹⁷

Es deseable que se elaboren vías clínicas de los padecimientos más frecuentes. Todo el equipo de salud tiene la responsabilidad del diseño del proceso, además de pacientes y familiares que apoyan el proceso de atención, tanto en el cumplimiento de la toma de medicamentos como con las recomendaciones nutricionales y el cambio de estilo de vida; llegando incluso a la comunidad para los procesos preventivos de promoción y educación para la salud. Las vías establecen términos temporales para cada actividad, además de hacer explícitos los resultados esperados en las etapas del proceso de atención.

La estrategia de implementación podría iniciarse con pilotajes en las entidades federativas interesadas, incluyendo capacitación en la elaboración de las vías clínicas de un grupo de gestores de calidad de los Sesa, seguida de un trabajo en cascada para llegar al nivel jurisdiccional y local, haciendo partícipes a todos los involucrados en los principales procesos de atención en las unidades médicas de primer nivel en las áreas piloto.

Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

Cada una de las intervenciones señaladas requiere de tiempos diferentes para su desarrollo e implementación para dar resultados. Algunos de estos tiempos están influidos por el acuerdo y colaboración de varias dependencias, otros son responsabilidad de las secretarías de Salud de los estados, y algunas de las intervenciones ameritan la realización de estudios piloto. Por ello se establece para cada una de las intervenciones una propuesta diferenciada de indicadores, y metas a conseguir a corto y mediano plazo.

Los indicadores son indispensables para tener la certeza de que la intervención se ha implementado, sin valoraciones cualitativas o subjetivas. La propuesta se describe en el cuadro 4.1.3 y puede ser enriquecida con las indicaciones que se deriven de los correspondientes planes de implementación. Se incluyen las intervenciones finalmente seleccionadas, comenzando por aquellas sobre las que hay un amplio consenso sobre su prioridad y factibilidad.

Cuadro 4.1.3. Indicadores de seguimiento y resultados esperados por intervención
Subcomponente 4.1 Regulación y estándares. Guías de práctica clínica

| Intervención | Indicador | Resultados esperados | |
|--|--|--|---|
| | | Corto plazo: 6 – 8 meses | Mediano plazo: 1 - 2 años |
| I. Estrategias con consenso de alta prioridad (alta relevancia, alta factibilidad) por REC y DGCEs | | | |
| Especificar metodología para selección y priorización de temas | Existencia de documento completo, incluido en el manual metodológico para la elaboración de GPC | Criterios de selección y priorización establecidos y publicados | Cumplimiento explícito de los criterios para la elaboración de nuevas GPC |
| Establecer procedimiento para actualización de las guías | Existencia de documento completo, incluido en el manual metodológico para la elaboración de GPC | Criterios para la actualización de GPC establecidos y publicados | Cumplimiento de los criterios para la actualización de GPC |
| Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC | Existencia de documento completo, incluido en el manual metodológico para la elaboración de GPC | Criterios y directrices establecidos y publicados | Cumplimiento de los criterios de adaptación y formato para la elaboración y actualización de GPC |
| Especificar mecanismos de valoración de la evidencia | Existencia de documento completo, incluido en el manual metodológico para la elaboración de GPC | Criterios y escala de valoración establecida y publicada | Cumplimiento explícito de la escala de valoración utilizada en la elaboración y actualización de GPC |
| Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias | Guías prioritarias con indicadores de utilización y de efectividad, estándares y método de medición | Diseño de estudio para construcción y pilotaje de indicadores, estándares y metodología de medición, para las GPC prioritarias | Realización del estudio durante el primer año; análisis, ajustes y estandarización de la evaluación de las GPC en el segundo año |
| II. Estrategias calificadas con alta relevancia y mediana factibilidad por REC y DGCEs | | | |
| Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con normas sobre procesos clínicos | Política sectorial y normativa establecida para revisión y armonización de las recomendaciones clínicas de GPC y normas sobre temas coincidentes | Identificación de normas y GPC sobre temas coincidentes y diseño de estudio de armonización Diseño de política sectorial para revisión y elaboración conjunta | Realización de estudio con resultados de normas y GPC existentes armonizadas nuevas normas sobre procesos clínicos en armonía con las GPC coincidentes |
| Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de la GPC | Diseñar un estudio para evaluar la implementación | Estudio listo para ser aplicado en una muestra representativa de UM de primer nivel en cada Estado o Estados piloto | Estudio realizado entre los meses 9 y 12 del primer año, con resultados utilizados para diseñar e implementar mejoras en los problemas encontrados a lo largo del segundo año |
| III. Selección de estrategias adicionales con base en priorización parcial (sólo REC o DGCEs) o la evidencia científica | | | |
| Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria | Facultades de medicina que incluyen GPC en la docencia de pregrado | Facultades de medicina contactadas y reuniones mantenidas para explicar la estrategia | Incremento de facultades de medicina que incluyen GPC en la docencia de pregrado. Meta deseable 50% de las facultades de medicina al segundo año |
| Establecer valoración sistemática de la calidad formal de las GPC | Inclusión rutinaria de la valoración formal en el proceso de diseño y desarrollo de las GPC | Establecimiento del mecanismo y responsables para la aplicación del AGREE II u otro instrumento validado | Aplicación del AGREE II u otro instrumento validado en la elaboración y actualización de GPC |
| Contemplar procedimiento de adaptación local y participación de pacientes y población | Establecimiento de política sectorial sobre mecanismos de adaptación local de las GPC Establecimiento de procedimientos para incorporar a los pacientes en el proceso de elaboración de GPC | Diseño de la política y mecanismos de adaptación local de las GPC Diseño de los mecanismos (grupos focales, informadores clave, revisión de los documentos) para incorporar a pacientes en el diseño de las GPC | Nuevas y actualizadas GPC siguiendo las directrices para adaptación local e incorporación de pacientes en el diseño de las GPC |
| Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención | Vías clínicas y otras herramientas de diseño de procesos incorporadas explícitamente a la política sectorial para la mejora de la calidad | Elaboración del plan de fomento para el uso de vías clínicas en el nivel local como estrategia de gestión de la calidad Diseño de capacitación y pilotaje de elaboración e implementación de vías clínicas | Establecimiento y pilotaje de al menos las tres vías clínicas de los padecimientos crónicos relevantes (DM2, HTA, Obesidad) en el máximo posible de unidades de atención |

Referencias

1. Prior, M., Guerin, M. & Grimmer-Somers, K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies—a synthesis of systematic review findings. *Journal of evaluation in clinical practice* 14, 888–97 (2008).
2. ARAPAU y Asociados & DGED. *Evaluación de la difusión e implementación de las guías de práctica clínica. Informe final de evaluación, noviembre de 2012* (2012).
3. MJ, F., KN, L. & (eds.) *Clinical Practice Guidelines. Directions for a New Program*. Institute of Medicine. (1990).
4. Kredt, T., Gerritsen, A., Van Heerden, J., Conway, S. & Siegfried, N. Clinical practice guidelines within the Southern African Development Community: a descriptive study of the quality of guideline development and concordance with best evidence for five priority diseases. *Health research policy and systems / BioMed Central* 10, 1 (2012).
5. Knai, C. *et al.* Systematic review of the methodological quality of clinical guideline development for the management of chronic disease in Europe. *Health Policy* 107, 157–167 (2012).
6. The European Observatory on Health Systems and *Policies Clinical Guidelines for Chronic Conditions in the European Union*. (WHO Regional Office for Europe: Copenague, Dinamarca, 2013).at <<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/clinical-guidelines-for-chronic-conditions-in-the-european-union>>
7. Alonso-Coello, P. *et al.* The quality of clinical practice guidelines over the last two decades: a systematic review of guideline appraisal studies. *Quality & safety in health care* 19, e58 (2010).
8. The AGREE Research Trust *APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION II. AGREE II. INSTRUMENT*. (2009).at <<http://www.agree-trust.org/>>
9. Francke, A. L., Smit, M. C., De Veer, A. J. E. & Mistiaen, P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC medical informatics and decision making* 8, 38 (2008).
10. Grol, R. Successes and failure in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Med Care* 39, 1146–54 (2001).
11. Grupo de trabajo sobre implementación de GPC Implementación de guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud. Manual metodológico. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. *Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de práctica clínica en el SNS: I+CS No 2007/02-02* (2009).
12. National Health and Medical Research Council (NHMRC) *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. (Commonwealth of Australia: Australia, 1999).at <http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm>
13. Grimshaw, J. *et al.* Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 8, (2004).
14. Turner, T., Misso, M., Harris, C. & Green, S. Development of evidence-based clinical practice guidelines (CPGs): comparing approaches. *Implementation Science* 3, (2008).
15. Saturno, P. Protocolización de actividades. Guías de práctica clínica. Concepto y características. Manual del Master en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas. (2008).
16. Saturno Hernández, P. J. Vías clínicas y caminos clínicos críticos. Diseño y utilidad. Manual del Master en Gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 5: Métodos y herramientas para el diseño de la calidad. Protocolización de actividades clínicas y diseño de procesos. (2008).
17. Vanhaecht, K., De Witte, K. & Sermeus, W. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. (2007).at <<http://www.e-p-a.org/clinical--care-pathways/index.html>>

Anexo 4.1.A

Listado de intervenciones según hallazgos del diagnóstico de situación, distribuidas según fase del modelo de análisis utilizado y su incidencia sobre iniciativas existentes

| Componente estratégico: regulación y estándares. Subcomponente: guías de práctica clínica | | |
|---|---|---|
| Aspectos analizados (modelo de análisis) | Propuestas de intervención | |
| | Sobre iniciativa existentes | Nuevas iniciativas |
| Conceptos y terminología | | Revisar relación conceptual y de términos con el entorno internacional |
| Esquema para el desarrollo de las GPC | Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial (de recursos e insumos) Determinar relación u homologación con las NOM sobre procesos clínicos. Simplificar el proceso a nivel central, menos actores e instituciones involucrados | Incluir procedimiento de adaptación local. Participación de pacientes y población. |
| Elección de temas para las GPC | Mejorar la metodología para selección y priorización de temas. Cumplir el procedimiento y responsabilidad para actualización | Acotar la generación de GPC a los diagnósticos más frecuentes en el SNS. |
| Diseño de las GPC | Establecer directrices claras para la adaptación y formato de las GPC Especificar mecanismos de valoración de la evidencia Establecer mecanismos de adaptación local | Evaluar la calidad formal (atributos) de las GPC existentes* Establecer la valoración sistemática de la calidad formal de las nuevas GPC |
| Estrategia de implementación | Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC. Modificar el proceso de capacitación-implementación Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria. Seguir las propuestas del CNS en cuanto a implantar los motivos de atención más frecuentes. | Establecer grupos de trabajo para la implantación estatal-local Proyectos de mejora financiados por la DGCEs para implantar GPC* Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de las GPC* Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC* |
| Evaluación de utilización y efectividad | Vincular completamente al proceso de desarrollo de las GPC. | Diseño de indicadores para evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias* |
| Otras herramientas | Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención. | Incorporar capacitación sobre diseño y uso de Vías clínicas a la formación Continuada del nivel operativo*. |

*Intervenciones que requieren presupuesto

| Puntuación* de estrategias para el componente 4.2 Regulación y estándares: guías de práctica clínica | | REC | | DGCES | |
|---|---|--------|-------|--------|-------|
| | | Relev. | Fact. | Relev. | Fact. |
| IV.A.1 | Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con las normas sobre procesos clínicos. | 4.78 | 3.81 | 4.14 | 3 |
| IV.A.2 | Simplificar el proceso a nivel central (menos actores e instituciones involucrados). | 4.14 | 3.46 | 4.43 | 3.29 |
| IV.A.3 | Especificar metodología para selección y priorización de temas. | 4.73 | 4.4 | 4.67 | 4.33 |
| IV.A.4 | Establecer procedimiento para actualización de las guías. | 4.76 | 4.33 | 4.71 | 4.57 |
| IV.A.5 | Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC. | 4.71 | 4.22 | 4.14 | 4 |
| IV.A.6 | Especificar mecanismos de valoración de la evidencia. | 4.74 | 4.19 | 4.29 | 4 |
| IV.C.3 | Establecer valoración sistemática de la calidad formal de las nuevas GPC | 4.59 | 3.94 | 4.29 | 3.57 |
| IV.A.7 | Contemplar procedimiento de adaptación local y participación de pacientes y población. | 4.27 | 3.08 | 4.17 | 3.17 |
| IV.A.8 | Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC. | 4.32 | 3.6 | 4.29 | 4.14 |
| IV.A.9 | Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria. | 4.85 | 3.89 | 4 | 3.29 |
| IV.A.10 | Vincular completamente al proceso de desarrollo de las GPC. | 4.52 | 3.7 | 4 | 3.5 |
| IV.A.11 | Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención | 4.56 | 3.65 | 4.43 | 4 |
| IV.B.1 | Incorporar capacitación sobre diseño y uso de vías clínicas a la formación continuada del nivel operativo | 4.35 | 3.45 | 3.71 | 3.43 |
| IV.C.1 | Revisar relación conceptual con las normas sobre procesos de atención clínica | 4.53 | 3.91 | 4.14 | 3.86 |
| IV.C.2 | Evaluar la calidad formal (atributos) de las GPC existentes | 4.59 | 3.99 | 3.86 | 3.43 |
| IV.C.4 | Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de las GPC | 4.73 | 3.93 | 4.43 | 3.43 |
| IV.C.5 | Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC | 4.66 | 3.56 | 4.14 | 3.43 |
| IV.C.6 | Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias | 4.78 | 3.99 | 4.86 | 4.43 |

*: Escala de 1 a 5 ; REC: responsables estatales de calidad; DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Anexo 4.1.C

Análisis cualitativo de los comentarios de los responsables estatales de calidad y personal de la DGCEs sobre las propuestas de intervención en relación a las guías de práctica clínica

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|---------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| Conceptos y terminología | Relación entre normas y GPC | Homologación entre ambas | <p>"Que las GPC sean acordes con normatividad"...las NOM desactualizadas y los prestadores no las leen"</p> <p>"las NOM.. citar las GPC las convierte en obligatorias, lo que es inconsistente con su definición"</p> <p>"problema de aceptación de las GPC con argumento de que no existe normatividad que obligue su uso"</p> <p>"(las GPC)no se puede obligar a que se implementen Jurídicamente es improcedente estandarizar la aplicación de las GPC"</p> <p>"Revisar una GPC cuando se va a analizar algún problema como la muerte materna, ya que lo que se pide es aplicar la norma técnica"</p> | La situación actual es de conflicto real en la práctica con opiniones encontradas, que no debe ser ignorado y al que habrá que dar una solución razonada y aceptable. |
| | Esquema para el desarrollo de las GPC | Actores involucrados y proceso de construcción | Simplificar proceso a nivel central | <p>"...no deben sacarse ni actores ni instituciones."</p> <p>"simplificar metodología, difusión, capacitación, redacción, tiempos."</p> |
| Adaptación local | | | "No adaptarlas localmente, la centralización favorece la homologación" "La centralización facilita la homologación, pero las diferencian en los lineamientos la dificultan" | |
| Participación de pacientes | | | "Poco factible la integración de la población" "No entiendo" | |
| Fases del proceso de desarrollo | | Vinculación de implementación (y evaluación) al proceso de desarrollo. | "No factible" "No se entiende" | Los pocos comentarios muestran confusión o desaprobación a considerar implementación y evaluación como parte del proceso de desarrollo. A ello contribuyó que una de las recomendaciones sobre evaluación estaba redactada de forma incompleta y realmente no se entendía. |
| Elección de temas para GPC | Métodos de selección | Priorización | <p>"Priorizar las 5... prioritarias de las entidades federativas"</p> <p>"Valorar la relevancia de los temas..."</p> <p>"Disminuir el número"</p> <p>"Cada servicio prioriza sus GPC"</p> <p>"No pertinente ni necesario"</p> <p>"Enfocar a problemas de salud pública"</p> | Los comentarios favorecen en general la priorización. La única discordancia vino de la Mesa que se opuso a prácticamente todas las propuestas en torno a las GPC. |

continúa...

continuación...

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|---|---|---------------------------------|---|---|
| Diseño y actualización de las GPC | Formato | Unificación | "No cambiar el formato de GPC a cada rato" "Ya existe un formato específico" | Este aspecto fue poco comentado en general. Sólo destacan las reacciones, generalmente inmovilistas, en la Mesa discordante ante casi todas las cuestiones. |
| | Mecanismo de valoración de la evidencia | Explicitar y unificar | "No es necesario" | |
| | Procedimiento de actualización | Definir e implementar | "ya existe un procedimiento de actualización" "Hay un procedimiento que tiene Cenetec" | |
| Estrategia de implementación | Incorporar GPC a docencia universitaria | Necesidad | "ponerlo como política para la curricula de los médicos" "iniciar la difusión desde la formación académica" "insistir en que incorporen en sus curricula el uso de las GPC" "muy importante que se incorporen en las escuelas de medicina" | Hay consenso en la importancia de esta recomendación, pero también múltiples reticencias en cuanto a su factibilidad, incluso basadas en ejemplos concretos. No obstante parece que este tipo de iniciativa sería bien recibida en los Sesa |
| | | Factibilidad | "para que se incorporen a la parte académica, primero deben ser acordes con la normatividad, a los lineamientos de los de los programas.. y a la realidad operativa" "hay que cambiar el modelo de enseñanza a los médicos" "EdoMex poco factible ya se ha podido incidir en este modelo" | |
| | Difusión | Mecanismos de difusión | "se debe implementar un modelo de difusión" "Incluir las en los programas anuales de capacitación" "consolidar esta línea estratégica fortalecer el trabajo de utilidad" "que se incorporen en los grupos colegiados para revisión en las sesiones médicas" "implementación en corresponsabilidad con enseñanza en los Sesa" | |
| | Incentivos a la utilización | Necesidad y aplicabilidad | "no todos los actores pueden aplicar tal cual la GPC. Por ejemplo el pasante no dispone de los mismos recursos" "No debe existir incentivo para que se usen, se debe justificar su no aplicación" "si se orientan como regulación, el incentivo no se requiere" | |
| Evaluación de utilización y efectividad | Mecanismos y objetivos | Uso de los expedientes clínicos | "dar seguimiento en el expediente clínico" "evaluar la aplicación de las GPC en el expediente o sólo evaluar difusión y conocimiento" "implementar una herramienta de evaluación específica para los problemas más comunes y de alto impacto en costo." "para ello debe haber una gran cantidad de supervisores requiere de una importante inversión" "...evaluar en términos de costo/efectividad" | Este aspecto de la evaluación fue debatido y generalmente aceptado con matices en todas las Mesas. Hay sin embargo diversas opiniones sobre los mecanismos, objetivos y responsables para llevarlo a cabo. Precisaré rediseño explícito y negociación |
| | Responsables | Participación de REC y gestores | "supervisar el conocimiento y aplicación a través de la participación de los responsables de enseñanza" "El REC no tiene autoridad ni los gestores pueden controlar el proceso" | |
| Otras herramientas | Vías Clínicas | Concepto e implementación | "enunciados confusos ¿Vías clínicas?" "Vías clínicas: poco factible otro modelo no hay cultura para ello" "No sé qué son las vías clínicas" | La vías clínicas son una herramienta mayoritariamente desconocida. Dada su probada efectividad habría que pensar seriamente en capacitar sobre este tema y buscar donde pilotarlas |

Subcomponente 4.2

Acreditación y certificación de unidades de atención

Resumen

Los procesos de acreditación y certificación pretenden la evaluación, sobre todo estructural, de los centros sanitarios con el fin de garantizar unas condiciones preestablecidas para la provisión de servicios de salud a la población. México presenta importantes peculiaridades en estos dos procesos que nos llevan a reflexionar y replantear tanto los procesos en sí mismos como las modificaciones necesarias para la mejora de la salud de la población que recibe atención.

Material y métodos

Las recomendaciones que se proponen se basan en los resultados obtenidos en el diagnóstico situacional, así como en la priorización expresada por los responsables estatales de calidad y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES). El listado inicial agrupa las recomendaciones según incidan o no en iniciativas ya existentes, y según se trate de intervenciones directas, capacitación o realización de estudios. El ejercicio de priorización incluyó una puntuación sobre relevancia y factibilidad de cada recomendación (con escala de 1 a 5, considerándose como prioritarias aquellas clasificadas en promedio >4 para ambos aspectos), y comentarios, tanto escritos como verbales, sobre las mismas. La propuesta final tiene en cuenta los resultados, discrepancias y matices encontrados en la priorización, que se resuelven en base al diagnóstico situacional. Se establecen indicadores de seguimiento para la implementación de la propuesta y metas que verifiquen su cumplimiento.

Resultados

El diagnóstico situacional permitió identificar y proponer doce intervenciones de mejora sobre este componente. Los comentarios expuestos por los Responsables Estatales de calidad y de la DGCES fueron muy críticos y cinco de las 12 estrategias planteadas inicialmente obtuvieron alta o muy alta puntuación en relevancia y factibilidad.

Conclusiones

El mantenimiento de estos procesos de evaluación precisaría de una clara justificación y reforma, teniendo en cuenta todas las disfunciones encontradas. Se propone reformar a profundidad los procesos de Certificación y Acreditación, mediante el fortalecimiento de la fase de auditoría en ambos procesos y transparencia de los resultados de las mismas, aumento de la participación de las secretarías de Salud de los estados y realización de estudios para la valoración de la evidencia sobre de efectividad y costo efectividad en ambos procesos.

Introducción

Los modelos de acreditación en el mundo funcionan de muy diversas maneras,^{1,2} y no existe evidencia para determinar qué modelo de evaluación es el mejor^{3,4} e incluso hay varios artículos que apoyan⁵ y otros que cuestionan seriamente⁶ la utilidad de este tipo de evaluaciones, debido a la escasa o inexistente evidencia científica sobre su impacto en la calidad de los servicios.

Hay, sin embargo, consenso sobre ciertas características de estos procesos de evaluación externa de los establecimientos de atención médica para que cumplan adecuadamente con sus objetivos: deben seguir los principios de confiabilidad, transparencia e imparcialidad. Si bien dichas cualidades no se fundamentan en evidencia científica, es claro que revisten de legitimidad al proceso de evaluación, máximo cuando este proceso tiene el carácter de acto de autoridad, el cual debe exaltar la búsqueda y logro del bien público como interés general.

De este modo y como se desprende de las conclusiones del Diagnóstico estratégico de situación, los procesos de acreditación y certificación necesitan de una evaluación sobre su utilidad e impacto, y posiblemente de un replanteamiento y reestructuración a fondo. En este documento se presentan las recomendaciones concretas derivadas del diagnóstico estratégico realizado, y su priorización según la opinión de los responsables de calidad de las entidades federativas y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), matizadas por lo que propone la literatura internacional.

Resultados

Recomendaciones para la mejora derivadas del diagnóstico de situación

Listado extenso de intervenciones según la fase del modelo de análisis utilizado

En el diagnóstico estratégico de la situación actual de los servicios de salud ambulatorios de los Servicios Estatales de Salud, se utilizó un modelo de análisis atendiendo a seis aspectos definitorios de los procesos de certificación y acreditación, y se derivaron y propusieron un total de 14 recomendaciones para mejorarlos. Estas recomendaciones las clasificamos en dos grupos: según fuesen iniciativas nuevas ó incidiesen, modificándolas, en iniciativas ya existentes. El listado completo y su clasificación se describen en el anexo 4.2.A, en donde también se señalan aquellas intervenciones que precisarían de inversión o recursos adicionales para ser implementadas, y las que se deberían acompañar de estudios o proyectos de investigación adicionales para definir las mejor. Este listado fue la base para la construcción de uno más reducido utilizado para el ejercicio de priorización, tal como se detalla a continuación.

Listado reducido de propuestas y distribución según tipo de intervención

Con el fin de facilitar y orientar la discusión con los responsables de calidad y la DGCEs, se construyó un listado de propuestas de intervención más reducido, evitando traslapes, y se dividieron en intervenciones directas sobre los procesos de acreditación o certificación (en la codificación alfanumérica se identifican con la letra A) y aquellas que requieren estudio (en la codificación alfanumérica se identifican con la letra C). No identificamos, como en otros componentes estratégicos analizados, intervenciones relevantes en relación a capacitación.

El listado resultante, con 12 propuestas de intervención, es el que se describe en el cuadro 4.2.1.

Recomendaciones prioritarias según los responsables de calidad en las entidades federativas y el personal de la DGCEs

Tal como se pudo ver en el capítulo 3.0 de esta monografía, la valoración global obtenida por las intervenciones para mejorar el subcomponente “Certificación y acreditación” ocupan el segundo puesto en relación al total de los componentes, con un valor estandarizado

Cuadro 4.2.1. Recomendaciones estratégicas para el componente 4. Regulación y estándares. Subcomponente 4.1: certificación y acreditación

| | |
|----------|--|
| IV.1.A.1 | Armonizar la terminología con el contexto internacional |
| IV.1.A.2 | Hacer explícitos los objetivos del programa, la participación deseable de la secretaría, y los beneficios potenciales para el sistema de salud |
| IV.1.A.3 | Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades que certifiquen |
| IV.1.A.4 | Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de “No certificación” como de los de “Certificación” |
| IV.1.A.5 | Incrementar participación de la secretaría y entidades federativas en la formulación de los criterios de certificación, una vez comprobada la efectividad del programa |
| IV.1.A.6 | Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de “acreditación” como los de “no acreditación” |
| IV.1.A.7 | Ampliar cobertura (en acreditación), una vez comprobada su efectividad |
| IV.1.C.1 | Revisar los criterios (de acreditación) teniendo en cuenta las normas existentes |
| IV.1.C.2 | Evaluar efectividad y costo/efectividad del programa de certificación |
| IV.1.C.3 | Diseñar esquema de incentivos para la participación de los establecimientos de atención médica públicos, una vez comprobada la efectividad del programa |
| IV.1.C.4 | Valorar la permanencia del Programa, considerando alternativas que no impliquen voluntariedad |
| IV.1.C.4 | Evaluar efectividad y costo/efectividad del programa de acreditación |

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

C: recomendaciones sobre intervenciones que requieren la realización de estudios

de 92.61% y 74.58% en cuanto a relevancia y factibilidad respectivamente, sólo por debajo de la puntuación otorgada a las intervenciones relacionadas con financiamiento e incentivos.

Hay, sin embargo, una notable disparidad de criterio entre el personal estatal de calidad y el de la DGCES, sobre todo en relación a su relevancia. De hecho la diferencia en cuanto a relevancia de las intervenciones en este subcomponente entre los dos colectivos es la mayor de las existentes en el conjunto de componentes. Para los responsables de calidad obtuvo el segundo puesto (valor estandarizado de 94.14%), mientras que el personal de la DGCES lo relegó al octavo puesto (valor estandarizado de 78.87%). Más acuerdo se obtuvo en cuanto a la factibilidad de las propuestas de mejora, pero en su conjunto, esta discrepancia merecería la pena ser abordada y discutida para conocer las razones y acercar criterios.

El cuadro completo del resultado del ejercicio de priorización puede verse en el anexo 4.2.B. En general, las puntuaciones traducen un alto nivel de acuerdo con las intervenciones propuestas, particularmente en cuanto a su relevancia y, sobre todo, entre los responsables de calidad. Para estos el promedio de relevancia va de 4.64 a 4.93 (de 3.86 a 4.57 para el personal de la DGCES), traduciendo un mayor grado de preocupación por este tema al nivel más local.

Priorización según puntuación de relevancia y factibilidad

Siguiendo los criterios establecidos para identificar las recomendaciones consensuadas y conjuntamente prioritarias para personal de calidad y de la DGCES (relevancia y factibilidad ≥ 4 para ambos), destacan cinco recomendaciones, cuatro de posible intervención directa e inmediata en la estructura y procesos existentes (“Armonizar la terminología –de certificación y acreditación– con el contexto internacional”, “Hacer explícitos los objetivos de programa (de certificación), la participación deseable de la secretaría, y los beneficios potenciales para el sistema de salud”, incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de “no certificación” como de los de “certificación”; incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de “acreditación” como los de “no acreditación”), y un proyecto o estudio para apoyar la

estrategia (“Revisar los criterios de acreditación teniendo en cuenta las normas existentes”). Concluimos que estas cinco recomendaciones, subrayadas con fondo gris en el cuadro 4.2.2, habría que tenerlas en cuenta necesariamente en la estrategia que se adopte, aunque en realidad todas estarían teóricamente supeditadas a la evaluación de la efectividad y costo/efectividad de ambos programas, que son también recomendaciones destacadas sobre todo por los responsables de calidad (el personal de la DGCES las puntúa por debajo de cuatro en cuanto a factibilidad).

El cuadro 4.2.2 contiene también otras recomendaciones priorizadas en cuanto a relevancia (puntuación >4) pero no en cuanto a factibilidad (puntuación <4), bien por los responsables de calidad, por el personal de la DGCES o por ambos. Todas ellas refuerzan o complementan las que fueron destacadas en primer lugar, puesto que versan sobre la formulación de nuevos criterios para el programa de certificación, y supeditar la permanencia de los programas o ampliación de cobertura a la evaluación de su efectividad.

Los promedios de las calificaciones asignadas a las propuestas priorizadas se muestran en la cuadro 4.2.3. En general, la mayor variabilidad observada en cuanto a la factibilidad de las propuestas, puede indicarnos que se reconoce la necesidad generalizada de hacer cambios en estos procesos pero que al ser muy normados, cerrados y concentrados en la federación, la factibilidad pierde peso.

Conclusiones del análisis cualitativo de los comentarios escritos y la discusión de las recomendaciones

Con los comentarios de los participantes en la discusión de cada una de las propuestas, se realizó un análisis cualitativo (anexo 4.2.C), de los que en resumen se puntualiza lo siguiente:

- Sobre la existencia de ambos procesos, hay opiniones divididas que van desde el señalamiento de que ambos procesos deben continuar, aunque de manera más coordinada o alineada, hasta opiniones que cuestionan seriamente si las unidades públicas de primer nivel están preparadas para procesos de esta naturaleza, ya que ni siquiera se cumplen aspectos normativos.

Cuadro 4.2.2. Recomendaciones prioritarias según los responsables de calidad de las entidades federativas y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud*

| Componente estratégico y recomendaciones | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥que en (1) y F≤4 | | | |
|---|----------------|------|-------|------|--------------------|-----|-------|------|
| | REC | | DGCEs | | REC | | DGCEs | |
| | R | F | R | F | R | F | R | F |
| IV.A.1 Armonizar la terminología (de certificación y acreditación) con el contexto internacional | 4.9 | 4.1 | 4.4 | 4.7 | | | | |
| IV.A.2 Hacer explícitos los objetivos del programa (de certificación), la participación deseable de la secretaría, y los beneficios potenciales para el sistema de salud | 4.7 | 4.1 | 4.4 | 4.00 | | | | |
| IV.A.3 Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades que certifiquen | 4.6 | 4.1 | | | | | 4.00 | 3.14 |
| IV.A.4 Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de “no certificación” como de los de “certificación” | 4.8 | 4.1 | 4.6 | 4.1 | | | | |
| IV.A.5 Incrementar participación de la secretaría y entidades federativas en la formulación de los criterios de certificación, una vez comprobada la efectividad del programa | | | | | 4.8 | 3.9 | | |
| IV.A.6 Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de “acreditación” como los de “no acreditación” | 4.8 | 4.3 | 4.7 | 4.1 | | | | |
| IV.A.7 Ampliar cobertura (en acreditación), una vez comprobada su efectividad | | | | | 4.8 | 3.7 | 4.6 | 3.1 |
| IV.C.1 Revisar los criterios (de acreditación) teniendo en cuenta las normas existentes | 4.9 | 4.6 | 4.7 | 4.7 | | | | |
| IV.C.2 Evaluar efectividad y costo/efectividad del programa de certificación | 4.7 | 4.00 | | | | | 4.4 | 3.4 |
| IV.C.3 Diseñar esquema de incentivos para la participación de los establecimientos de atención médica públicos, una vez comprobada la efectividad del programa (de certificación) | | | | | 4.7 | 3.4 | | |
| IV.C.4. Valorar la permanencia del programa, considerando alternativas que no impliquen voluntariedad | | | | | 4.7 | 3.8 | | |
| IV.C.5 Evaluar efectividad y costo/efectividad del programa de acreditación | 4.8 | 4.2 | | | | | 4.6 | 3.7 |

* Puntuación: mínima 1 y máxima 5

DGCEs: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

REC: responsable estatal de calidad

- En cuanto a los auditores, las opiniones fueron más críticas ya que para ambos procesos señalaron la variabilidad interobservador, la discrecionalidad y la falta de credibilidad, elementos de suma importancia para generar legitimidad y confianza en cualquier sistema de evaluación, además de quebrantar normas de auditoría generalmente aceptadas.
- Adicionalmente al problema de los auditores, se vertieron muchas opiniones negativas sobre aspectos prácticos en el proceso de evaluación, sobre todo en materia de certificación se señala a los estándares como inalcanzables e inoperantes; si bien en el caso de acreditación se reconoce un estancamiento del proceso, en este tema si se aportan ideas para mejorarlo.
- Finalmente, hay una opinión casi generalizada de que debe haber una vinculación lógica y virtuosa entre el financiamiento del Sistema de Protección Social en Salud, la acreditación, la mejora de la calidad y los resultados en la salud de la población, ya que de otra manera todo pierde sentido. Un aspecto importante a destacar es que se comentó que el mecanismo de financiamiento del Seguro Popular ha sido tergiversado.

Propuesta de intervenciones estratégicas derivada de la priorización y comentarios de los responsables de calidad y personal de la DGCEs

Los participantes en el ejercicio de priorización se mostraron en general muy críticos con los programas de certificación y acreditación. Señalaron y priorizaron

intervenciones en todos los aspectos que habían sido considerados en el análisis realizado para el diagnóstico estratégico, a excepción de la propuesta de implementar acreditación de redes asistenciales. De todo lo priorizado cabe destacar la necesidad sentida de una mayor transparencia en ambos programas, el cuestionamiento de los criterios actuales, y también de su alcance, que se supe- dita en parte a que previamente se confirme su efectivi- dad y costo/efectividad, lo cual está en consonancia con la principal crítica que existe sobre estos acercamientos externos en la literatura científica sobre el tema.^{7,10-14}

Propuesta integrada de estrategias de intervención en relación con certificación y acreditación

La propuesta integrada siguiendo el esquema utilizado en el diagnóstico de situación atendiendo y recogiendo más destacado en cada aspecto, incluye lo siguiente:

Conceptos y terminología

En relación con la terminología, resulta conveniente armonizar los conceptos de Certificación y Acreditación al menos con lo dispuesto en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización ya que este marco jurídico se encontraba vigente en México desde el 1 de julio de 1992, y es una disposición de orden público e interés social. En ella se señaló que su aplicación y vigilancia corresponde al ejecutivo federal, por conducto de las dependencias de la administración pública federal, como es el caso de la Secretaría de Salud. En la citada ley, según su artículo 3, aplicarán los siguientes conceptos:

- Acreditación el acto por el cual una entidad de acreditación reconoce la competencia técnica y confiabilidad de los organismos de certificación, de los laboratorios de prueba, de los laboratorios de calibración y de las unidades de verificación para la evaluación de la conformidad.*
- Certificación: procedimiento por el cual se asegura que un producto, proceso, sistema o servicio se ajusta a las normas o lineamientos o recomendaciones de organismos dedicados a la normalización nacionales o internacionales.

* La "evaluación de la conformidad" es la determinación del grado de cumplimiento con las normas oficiales mexicanas o la conformidad con las normas mexicanas, las normas internacionales u otras especificaciones, prescripciones o características. Comprende, entre otros, los procedimientos de muestreo, prueba, calibración, certificación y verificación.

Un problema sobrevenido es, sin embargo, que en ámbito internacional y en lo relativo al sector salud, el término "acreditación" (que es por ejemplo el que emplea la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations) es el que se ha generalizado para un proceso semejante al concepto de "certificación", tal como lo define la Ley Federal y es empleado por la International Standard Organization. En el Sistema Nacional de Salud ambos procesos, certificación y acreditación, responden al mismo concepto diferenciándose en los criterios de evaluación que emplean y su alcance, lo que no parece justificar mantener dos términos, máxime cuando hay numerosos comentarios favorables a su integración.

Criterios y procesos de la certificación y acreditación de establecimientos de atención médica

Los tres aspectos e intervenciones priorizadas son de gran calado y se refieren: a) a la necesidad de hacer explícitos los objetivos de estos programas; b) incrementar los niveles de transparencia, tanto de los informes y resultados positivos como los negativos, y c) revisar los criterios que se utilizan, sobre todo los de acreditación.

El rediseño de objetivos específicos podría conducir también a que se tengan claros los indicadores que permitirán observar el impacto de ambos programas en el corto, mediano y largo plazo, y se promueva la evaluación de ambos programas (o el unificado) de forma permanente, algo que no ocurre en la actualidad.

Por otra parte, es importante reconocer que la información que se obtiene de los procesos de evaluación es de interés público, ya que trata sobre la calidad de la atención médica y seguridad del paciente, por lo que se sugiere que el acceso a dicha información sea transparente, que sea publicada y no se ofrezca solamente como respuesta a solicitudes de información específicas en el marco de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. Esta acción es recomendable para ambos procesos de evaluación (certificación y acreditación). Adicionalmente, la transparencia en el proceso y resultados se ve unida de alguna forma a una cierta independencia y autonomía de los organismos certificadores y acreditadores. No existe evidencia que demuestre la forma en que los procesos de evaluación externa funcionen de mejor manera, pero la independencia y autonomía de los organismos responsables de estos procesos puede otorgarle un mayor grado de credibilidad. Vale la pena señalar que los responsables de calidad propusieron que la evaluación se llevara a cabo por un tercer actor.

Resulta obvia también la insatisfacción, por unos u otros motivos, con los criterios empleados en ambos procesos, haciéndose necesaria una revisión para hacerlos acordes con los objetivos que se especifiquen. En el caso de la acreditación, se expresó la necesidad de que sean acordes con las normas; y en el caso de la certificación que estuviesen más adaptados o aterrizados a la realidad del sistema de salud mexicano.

Alcance y extensión de los programas de certificación y acreditación de establecimientos de atención médica

Es en este apartado donde las recomendaciones son más determinantes, puesto que condicionan en gran parte todo el proceso. La recomendación prioritaria es valorar la efectividad y costo/efectividad de ambos programas, por encima o antes de considerar la ampliación de cobertura, incentivos para la participación, o incluso valorar la permanencia de los programas considerando otras alternativas, todas ellas recomendaciones que también fueron priorizadas.

Ambos estudios (efectividad y costo/efectividad) pueden ser relativamente complejos, pero necesarios para tomar decisiones informadas sobre estos programas. La situación actual se basa mayoritariamente sobre argumentos implícitos o sin demostración empírica.

La efectividad debería valorar el impacto tanto en los indicadores de calidad de la atención como en las condiciones de salud de la población atendida en los centros certificados o acreditados, en comparación transversal y longitudinal con los que no lo están.

El análisis costo-efectividad necesitaría del cálculo de costos unitarios por los resultados que se valoren (en calidad y salud), comparando igualmente instituciones acreditadas y certificadas con las que no lo están, y quizás también entre sí. Un grado mayor de utilidad de estos estudios sería la puesta marcha de un sistema unitario alternativo y comparar su impacto con los esquemas existentes en la actualidad.

Una vez comprobada su efectividad o valor añadido para el funcionamiento del sistema, podría pensarse en introducir modificaciones que los hicieran mejores y más aceptables. Por ejemplo, incrementar la participación de los servicios estatales de salud en la formulación de los estándares y criterios, teniendo en cuenta las normas aplicables a los centros de salud (por ejemplo la “NOM-043-SSA2-2012, “Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia

alimentaria. Criterios para brindar orientación”); o diseñar incentivos para que los establecimientos tengan iniciativa en lograr la certificación/acreditación.

Finalmente, aunque no fue explícitamente priorizado ni muy comentado, cabría señalar tres aspectos por considerar para intervenir en el alcance y extensión de los programas de acreditación y certificación. Estos son la problemática del mantenimiento del estatus certificación y acreditación, la insuficiente capacidad técnica que parece haber para el funcionamiento de ambos programas; y la oportunidad de considerar su aplicación a otros tipos de establecimientos sanitarios e incluso a redes de atención.

El mantenimiento del nivel demostrado en el proceso de acreditación o certificación, si es que realiza correctamente, es un verdadero reto, así como repetir los procesos necesarios para mantener el estatus. En el caso de la acreditación, se ha contemplado otorgar la acreditación con vigencia “indefinida”, algo insostenible desde el punto de vista conceptual y que habría probablemente que replantearse.

No es menor tampoco el problema de la insuficiente capacidad técnica para aplicar estos procesos en todo el sistema. Al menos por dos razones básicas y generalmente aceptadas: No hay auditores suficientes que permitan hacer las evaluaciones y reevaluaciones necesarias para las acreditaciones, re-acreditaciones, certificaciones y re-rectificaciones de todos los establecimientos; y la heterogeneidad de la estructura, procesos y resultados de los establecimientos de atención médica por sector, institución, ubicación geográfica y tamaño.

Finalmente, si bien no resultó priorizado ni apenas comentado, podría ser relevante que la certificación y la acreditación en México alcancen a otro tipo de establecimientos, no solo los centros de salud, así como otras instituciones, incluyendo públicas y privadas. A ello se puede unir el desarrollo de una propuesta de evaluación y acreditación de los sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud.^{8,9} Se necesitaría entonces, entre otras cosas, que no solamente la atención médica sea el objeto de la evaluación, también las otras funciones de los sistemas deberán formar parte del alcance de la evaluación: autorización sanitaria, vigilancia sanitaria, financiamiento, investigación y educación; y lógicamente un diseño innovador de los criterios o estándares de evaluación, distinguiendo los que se encuentren basados en evidencia y normatividad, así como la estrategia política para implantarlos.

Cuadro 4.2.3. Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

Detalle de recomendaciones, indicadores de seguimiento y resultados esperados para cada intervención propuesta prioritaria
Subcomponente: certificación y acreditación, estrategias de alta prioridad (alta relevancia, alta factibilidad)

| Tarea | Indicador | Resultados esperados | |
|---|--|--|---|
| | | Corto Plazo: 6-8 Meses | Mediano plazo: 1-2 años |
| IV.A.1 Armonizar la terminología (de certificación y acreditación) con el contexto internacional | Definiciones modificadas en la Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud y en el Acuerdo para el Desarrollo y Funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica | Propuesta técnica de modificación en normativas correspondientes con base en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización | Armonización de la terminología |
| IV.A.2 Hacer explícitos los objetivos de programa (de certificación), la participación deseable de la secretaría, y los beneficios potenciales para el sistema de salud | Acuerdo para el Desarrollo y Funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica modificado Mayor participación de centros de salud de las secretarías estatales de salud en el proceso de certificación | Reflejar en el Acuerdo para el Desarrollo y Funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica: los objetivos específicos de la certificación. los mecanismos de participación de las secretarías estatales de salud. los beneficios potenciales que la certificación puede aportar al sistema nacional de salud | Incremento planificado de la participación de los centros de salud en el proceso de certificación |
| IV.A.3 Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades (que certifiquen y acrediten) | Terceros autorizados realizan el proceso de auditoría a establecimientos de atención médica, tanto para certificación como para acreditación | Propuesta técnica para el funcionamiento de los terceros autorizados conforme lo establecido en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización | La auditoría, tanto para el proceso de Certificación como de Acreditación, lo llevan a cabo terceros autorizados competentes vigilados por la autoridad sanitaria |
| IV.A.4 Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "no certificación" como de los de "certificación" | Todos los dictámenes e informes de auditoría son publicados en la página web del Consejo de Salubridad General | Cumplimiento del indicador | Cumplimiento del indicador |
| IV.A.6 Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "acreditación" como los de "no acreditación" | Todos los dictámenes e informes de auditoría son publicados en la página web de la Secretaría de Salud | Cumplimiento del indicador | Cumplimiento del indicador |
| IV.C.1 Revisar los criterios (de acreditación) teniendo en cuenta las normas existentes | Los criterios descritos en las cédulas de acreditación son actualizados conforme a la normativa | Plan de actualización de las cédulas de acreditación | Cédulas actualizadas, señalando en cada caso aplicable, la normatividad en la que se sustenta cada criterio |
| IV.C.2 Evaluar efectividad y costo/efectividad del programa de certificación | Documento que contiene el estudio de efectividad y costo/efectividad del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica | Diseño del estudio de efectividad y costo/efectividad del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica | Estudio realizado sobre la efectividad y costo/efectividad del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica |
| IV.C.5 Evaluar efectividad y costo/efectividad del programa de acreditación | Documento que contiene el Estudio de efectividad y costo/efectividad del programa de acreditación | Diseño del Estudio de efectividad y costo/efectividad del programa de acreditación | Estudio realizado sobre la efectividad y costo/efectividad del programa de acreditación |
| IV.A.7 Ampliar cobertura (en acreditación), una vez comprobada su efectividad | En caso de ser efectivo el programa de acreditación, se elaborará un plan que permita acreditar un mayor número de unidades en el país | | Si se cumple la condición señalada en el indicador, estructuración del plan que permita acreditar un mayor número de unidades en el país |

Referencias

1. World Health Organization. Quality and accreditation in health care services, a Global Review. Ginebra: WHO. 2003.
2. Ruelas E, Poblano O. Certificación y acreditación en los servicios de salud. Modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. 2a. edición. México. Instituto Nacional de Salud Pública, 2007: 19-74.
3. Davins Miralles J. Comparativa de 3 modelos de gestión de calidad: EFQM, ISO, JCAHO, Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2007. FMC 2007;14(6):328-332.
4. J. Aranaz, J. Vitaller. Aseguramiento de la calidad y acreditación sanitaria. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2003.
5. Abdullah Alkhenizan, Charles D. Shaw. Impact of accreditation on the quality of healthcare services: A systematic review of the literature. Ann Saudi Med 2011;31(4):407-416.
6. Shaw C, Basia Kutryba, Braithwaite J, Bedlicki M, Warunek A. Sustainable healthcare accreditation: messages from Europe in 2009. International Journal for Quality in Health Care 2010;22(5):341-350.
7. Saturno PJ. Acreditación de instituciones sanitarias. Modelos, enfoques y utilidad. Manual del Máster en gestión de la calidad en los servicios de salud. Módulo 8: Programas Externos. Unidad temática 40. 2 Ed. Universidad de Murcia, 2008: 26.
8. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: OPS, 2010.
9. Sánchez González MC, Nebot-Adell C, Almeida Benavides I, Montes Flores R. Evaluación de los sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud. Rev Panam Salud Publica 2011;30(5).
10. Greenfield D, Braithwaite J. Health Sector Accreditation research: A systematic review. Int J Quality Health Care 2008;20(3):72-183.
11. Hinchcliff R *et al.* Narrative synthesis of health service accreditation literature. BMJ Qual Saf 2012;21(12):979-91. Disponible en: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2012/10/03/bmjqs-2012-000852.full.pdf>
12. Hinchcliff R, Boxal AM, Partel KH, Greenfield D, Braithwaite J. Accreditation of health services: is it money and time well spent? Deebble Institute Evidence Brief 2013;9.
13. Flodgren G, Pomey MP, Taber SA, Eccles MP. Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving health-care organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes (Review). The Cochrane Library 2011;11.
14. Nicklin W. The value and impact of health care accreditation: A literature review. Accreditation Canada, 2013.

Anexo 4.2.A

Propuestas de intervención en certificación y acreditación

| Aspectos analizados (Modelo de análisis) | Sobre iniciativas existentes | Nuevas iniciativas |
|---|--|--|
| Conceptos y terminología | Armonizar la terminología sobre certificación y acreditación con el contexto legal nacional o internacional | |
| Criterios y proceso de la Certificación | Hacer específicos los objetivos de la certificación, así como y los beneficios potenciales para el sistema nacional de salud Reforzar la independencia y autonomía del proceso Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "no certificación" como los de "certificación" | |
| Alcance y extensión de la certificación | Incrementar la participación de las entidades federativas en la formulación de los estándares de certificación, una vez comprobada su efectividad | Evaluar efectividad y costo/efectividad de la certificación* Diseñar esquema de incentivos para la participación de los establecimientos de atención médica públicos, una vez comprobada la efectividad de la certificación** |
| Criterios y proceso de la acreditación | Revisar los criterios teniendo en cuenta las normas vigentes Reforzar la independencia y autonomía del proceso Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia | Considerar alternativas de operación de la acreditación que no impliquen voluntariedad** |
| Alcance y extensión de la acreditación | Ampliar cobertura, una vez comprobada su efectividad* | Evaluar efectividad y costo/efectividad de la acreditación* |
| Evaluación de sistemas de salud | | Desarrollar la propuesta de evaluación de los sistemas de salud basados en la atención primaria de la salud ** |

* Intervenciones que precisarían de inversión

** Intervenciones que se beneficiarían de estudio o revisión sistemática sobre su efectividad

Calificaciones o puntuaciones medias (escala de 1 a 5) sobre las estrategias sugeridas según los responsables de calidad de las entidades federativas y el personal de la DGCES

| Estrategias para el componente 4. Regulación y estándares. Subcomponente 4.2 Acreditación y certificación de unidades de atención | | REC | | DGCES | |
|---|--|--------|-------|--------|-------|
| | | Relev. | Fact. | Relev. | Fact. |
| IV.A.1 | Armonizar la terminología con el contexto internacional | 4.89 | 4.08 | 4.43 | 4.71 |
| IV.A.2 | Hacer explícitos los objetivos del programa (de certificación), la participación deseable de la secretaría, y los beneficios potenciales para el sistema de salud | 4.70 | 4.11 | 4.43 | 4 |
| IV.A.3 | Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades que certifiquen | 4.64 | 4.12 | 4 | 3.14 |
| IV.A.4 | Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "no certificación" como de los de "certificación" | 4.76 | 4.07 | 4.57 | 4.14 |
| IV.A.5 | Incrementar participación de la secretaría y entidades federativas en la formulación de los criterios de certificación, una vez comprobada la efectividad del programa | 4.77 | 3.89 | 4.29 | 3.71 |
| IV.A.6 | Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "acreditación" como los de "no acreditación" | 4.78 | 4.26 | 4.71 | 4.14 |
| IV.A.7 | Ampliar cobertura (en acreditación), una vez comprobada su efectividad | 4.81 | 3.7 | 4.57 | 3.14 |
| IV.C.1 | Revisar los criterios (de acreditación) teniendo en cuenta las normas existentes | 4.93 | 4.58 | 4.71 | 4.71 |
| IV.C.2 | Evaluar efectividad y costo/efectividad del programa de certificación | 4.71 | 4 | 4.43 | 3.43 |
| IV.C.3 | Diseñar esquema de incentivos para la participación de los establecimientos de atención médica públicos, una vez comprobada la efectividad del programa | 4.69 | 3.39 | 4.14 | 3.43 |
| IV.C.4 | Valorar la permanencia del programa, considerando alternativas que no impliquen voluntariedad | 4.71 | 3.75 | 3.86 | 3.57 |
| IV.C.5 | Evaluar efectividad y costo/efectividad del programa de acreditación | 4.78 | 4.16 | 4.57 | 3.71 |
| Valoración global (porcentaje estandarizado) | | 94.1 | 75.4 | 78.9 | 70.5 |

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud
REC: responsable estatal de calidad

Anexo 4.2.C

Análisis cualitativo de los comentarios de los responsables de calidad de las entidades y personal de la DGCES sobre las propuestas de intervención para la mejora del primer nivel de atención

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|---|---|---|--|--|
| Conceptos y terminología | Armonizar la terminología con el contexto legal nacional o internacional. | Importancia | "Lo importante de acreditación y certificación, no son los nombres...lo verdaderamente importante, es como mantener la continuidad de los estándares logrados..." | Este aspecto no parece preocupar y fue escasamente comentado. El único comentario registrado le resta importancia. |
| | | Objetivos, criterios y beneficios potenciales de la certificación | "En certificación los estándares no son aplicables, debería desarrollarse con base en un nivel básico normativo, para pasar a niveles más avanzados con procesos de mejora...de forma que la certificación realmente enseñe a mejorar" "Actualmente pareciera que los criterios están hechos para que nadie los pase y su alcance requiere de tiempo" "¿Cuál es la finalidad de la certificación? ¿Tronar a los hospitales?" "Fue un error...elevanto tanto los estándares y aplicar los de la JCI" "En la práctica se orienta la preparación para la certificación a través del cumplimiento de elementos medibles..."...es un proceso complejo y oscuro""El personal que busca un estímulo es el maquilla más los datos" | |
| Criterios y proceso de la certificación | Objetivos, criterios y beneficios potenciales de la certificación | Beneficios de la certificación | "Para el caso de la certificación si valdría la pena (hacer el estudio de efectividad y costo-efectividad)" "Deberían evaluar su costo efectividad antes de indicar a las entidades federativas su aplicación... la certificación más bien tiene un objetivo dirigido a la medicina privada, por tanto no deben incluirse las instituciones públicas" | Los comentarios recogidos cuestionan tanto los criterios (estándares) como los objetivos, costo y efectividad del proceso. No parece que sería bien entendida una mayor participación del sector público |
| | | Audidores para la certificación | "Los criterios de los auditores no están estandarizados. Son muy variables" "...que el consejo fortalezca la formación de auditores para las entidades federativas" "Se sugiere formar equipos evaluadores por estado. Parece un sistema muy cerrado" "Mejorar el perfil de los evaluadores de certificación" | |
| | | Autonomía e independencia del programa | "Certificación y acreditación deben estar bajo la responsabilidad de externos" "Es muy importante la transparencia y la independencia" | |
| | | Participación de las instituciones | "La certificación se debe readecuar y se deben incluir otros actores como Hacienda, el Congreso (donde está la lana) para partir de un diagnóstico de infraestructura..." "..la participación de los Sesa es mínima...el proceso se encuentra sumamente centralizado y cerrado" "Si el CSG sigue en su 'Club de Tobi' no va a haber interés en la certificación" "...hay un factor político muy grande. Los Secretarios no le meten recursos porque no saben ni para qué sirve" "Se necesita una mayor coordinación entre el CSG y la DGCES a fin de que no se dupliquen los procesos (de acreditación y certificación)" | |

continúa...

continuación...

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|---|--|--|---|---|
| Alcance y extensión de la certificación | Extender la certificación en el primer nivel de atención | Aplicabilidad de la certificación en el primer nivel de atención | <p>"Primero habría que evaluar la infraestructura... El país no está preparado para el cumplimiento de ninguno de los dos procesos"</p> <p>"Actualmente no existe un concepto aplicable... en el primer nivel de atención" "son relevantes pero poco factibles, no hay la capacidad..." "hay que definir primero si estos procesos deben seguir..."</p> | Los comentarios no son totalmente unánimes, pero sí mayoritariamente cuestionadores de la extensión de la certificación, tanto por su aplicabilidad como por su efectividad. Se apunta como posible alternativa la alineación con la acreditación para constituir un solo proceso, pero en cualquier caso hay que tener en cuenta la sensación de decepción y cuestionamiento sobre la utilidad real de estos programas |
| | | Relación con la acreditación | <p>"Homogeneizar un solo sistema de acreditación-certificación..."</p> <p>"...las unidades que han iniciado ambas acciones, consideran que alguna de las dos no tiene sentido"</p> <p>"...acreditación se vincule con certificación para hacer algo homologado... considerar que acreditación puede ser una pre-certificación si alineamos procesos e instrumentos" "Sólo debería de existir un proceso"</p> <p>"certificación y acreditación son diferentes y complementarios"</p> | |
| | | Efectividad del programa | <p>"Actualmente no se garantiza que el proceso sea efectivo..."</p> <p>"Los hospitales públicos que están certificados actualmente están con 40% de lo que deberían tener"... evaluar su costo/ efectividad antes de indicar a las entidades federativas su aplicación"</p> <p>"...aunque esté certificada una institución no quiere decir Calidad"... nos seguimos quedando con cumplir lo mínimo indispensable para acreditar/certificar..." "Actualmente los procesos están viciados de origen, en muchos casos hay problemas por la inconsistencia de las condiciones generales de trabajo (sindicato, contratos...)"</p> | |

continúa...

continuación...

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|--|---|---|--|--|
| Criterios y proceso de la acreditación | Objetivos, criterios y beneficios de la acreditación | Adecuación de criterios y objetivos de la acreditación | <p>"Antes de ampliar la cobertura, la acreditación debe evolucionar en sus componentes... fortalecer el desarrollo de los procesos de calidad ..."</p> <p>"Incluir en acreditación el uso de GPC"</p> <p>"Se sugiere descentralizar el proceso de acreditación siempre y cuando el recurso financiero del Seguro Popular esté alineado a proyectos específicos que garanticen la mejora y sobre todo ... impacto en la calidad de los servicios evaluados por los usuarios" "La acreditación debería orientarse al cumplimiento de indicadores de promoción y prevención con impacto en el mejoramiento de la salud de la población"</p> <p>"Los recursos del SP deben ser alineados para la mejora de la calidad en las UM acreditadas"</p> | La gran mayoría de los comentarios son muy críticos, aunque no abogan claramente por la desaparición del programa sino tal vez por su reforma en profundidad, porque generalmente no se ve adecuado ni útil en su forma actual |
| | | Beneficios de la Acreditación | <p>La acreditación está vinculada más al financiamiento a partir del CAUSES del Seguro Popular... "la acreditación se ha estancado y no se utiliza como cédula integral, parece que sólo tiene un fin en sí misma en lugar de considerarse como un mecanismo de gestión para la mejora... existen demasiadas líneas de intervención que SiCalidad solicita... y que funcionan en forma independiente..."</p> <p>"Falta mucho en acreditación pero tiene que permanecer"</p> <p>"En los estados se realizó al revés se invirtió recursos de seguro popular en equipamiento y después se fue a la acreditación. Cayeron en desviación de recursos"</p> | |
| | Actores, autonomía, independencia y transparencia del proceso de Acreditación | Audidores de Acreditación | <p>"antes de ampliar la cobertura... mejorar la capacitación y perfil de los acreditadores"</p> <p>"Los auditores están perdiendo credibilidad para la acreditación... tienen diferentes estándares." "A veces los auditados tienen mayor conocimiento que los auditores." "Evaluar acreditadores, formar acreditadores. Evitar dadas y corrupción, regalitos..."</p> <p>"Es un hecho que los auditores de la DGCES están perdiendo credibilidad en los procesos ya que el mismo criterio lo toman de diferente manera en cada unidad que visitan..."</p> <p>"También se perdió toda credibilidad dando el grado de acreditadores a cualquier persona"</p> <p>"Acreditador debe acreditar igual, igual, igual y no variar sus calificaciones en indicadores"</p> | Los comentarios hacia los auditores de Acreditación fueron sumamente críticos en cuanto a su perfil y cumplimiento de las normas de auditoría, lo cual pone en duda la legitimidad del proceso, e identifica uno de sus puntos débiles |
| | | Autonomía, independencia y transparencia del programa de acreditación | <p>"...se requiere establecer indicadores para monitorizar la acreditación"</p> <p>"La acreditación requiere ser un proceso transparente y recibir apoyo de la federación..."</p> <p>"Es muy importante la transparencia y la independencia"</p> <p>"...Que en materia de acreditación, se les regrese a los estados la retroalimentación de la auditoría de acreditación, para que estén enterados de sus debilidades."</p> | Los comentarios en estas cuestiones expresan también insatisfacción en la forma en que se manejan actualmente |
| Alcance y extensión de la Acreditación | Ampliar cobertura | Factibilidad | <p>"La acreditación requiere ... recibir apoyo de la federación porque las entidades federativas no tienen capacidad para dar seguimiento ... en este proceso, ni tampoco para resolver los planes de contingencia de las unidades que una vez dictaminadas no acreditaron" "Antes de ampliar la cobertura, la acreditación debe evolucionar en sus componentes, sobre todo fortalecer el desarrollo de los procesos de calidad" "... actualmente están al 86% de las unidades acreditables y que ya debería estar al 100%"</p> | Los comentarios en este aspecto siguen en la línea crítica, expresando insatisfacción por la situación actual, pero proponiendo vías de reforma, una de las cuales, aunque no unánime, es la lineación con el proceso de certificación |
| | | Relación con certificación | (ver comentarios en el apartado de certificación) | |

DGCEs: Dirección General de Calidad y Educación en Salud
REC: responsable estatal de calidad

Componente estratégico 5. Capacidad organizacional

Estrategia de mejora de la calidad basada en la adecuación de la capacidad organizacional: desarrollo de infraestructura y recursos humanos adecuados para los servicios que se ofrecen y para el ejercicio de la función de calidad

Subcomponente 5.1 Infraestructura y recursos humanos

Resumen

La capacidad del sistema de salud en cuanto a su infraestructura y los recursos humanos necesarios en cantidad y cualificación del sector salud es una condición necesaria para una oferta de servicios de calidad. De acuerdo con el diagnóstico realizado, la situación en cuanto a infraestructura física y recursos humanos en México es generalmente deficitaria y con variabilidad muy marcada entre entidades federativas, por lo que es oportuno proponer una serie de recomendaciones que contribuyan a mejorar esta situación

Metodología

Las recomendaciones derivadas del diagnóstico de situación se sometieron a un ejercicio de priorización, por parte de los responsables estatales de calidad y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), en cuanto a relevancia para la mejora de la calidad y la factibilidad de implementación. Los resultados de esta priorización, con una puntuación de 1 a 5, en conjunción con los matices que introdujo su discusión y la bibliografía internacional, constituyen la base de la propuesta de intervenciones que se presentan.

Resultados

De acuerdo con la priorización de los responsables estatales de calidad y personal de la DGCES entre las principales intervenciones a aplicar deben estar: evaluar el impacto de las caravanas en la accesibilidad efectiva; así como contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica y equipa-

miento de las unidades de atención ambulatoria (UAA) existentes y, clarificar los criterios de planificación para construcción de nuevas unidades, estableciendo criterios y normativas para lograr el equilibrio territorial. Por el lado de los recursos humanos, se debe integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos para el sistema de salud, definiendo la composición del equipo de profesionales y estableciendo procedimientos para su cumplimiento; además de mejorar las condiciones de contratación para este personal.

Conclusiones

La priorización subraya la necesidad de fortalecer y equipar las unidades existentes más que ampliar el número de UAA. En cuanto a recursos humanos es imperante la necesidad de integrar una política sobre planificación, formación y gestión de recursos humanos para el sistema de salud con criterios de equilibrio territorial; así como garantizar mejores condiciones de contratación para el personal de salud.

Introducción

La capacidad estructural del sector salud es una condición necesaria para una oferta de servicios adecuada y de calidad. Contar con la infraestructura, equipamiento, abasto, y personal suficiente y adecuado de acuerdo con el tamaño y necesidades de la población objetivo es, en ese sentido, una base necesaria para contar con servicios de salud de calidad.

La atención a la salud con un enfoque preventivo requiere del fortalecimiento del primer nivel de salud, que cuente con la capacidad resolutoria necesaria para funcionar como ventanilla real de acceso al sistema de

salud para la población, al tiempo que desarrolla actividades de prevención con la población. Es en el primer nivel en donde deben resolverse las intervenciones de baja complejidad y llevar el monitoreo y control de los padecimientos crónicos.

La disponibilidad y suficiencia de recursos físicos y humanos es entonces un área prioritaria, ya que se trata de componentes estructurales básicos en la prestación de servicios médicos del primer nivel de atención. Los posibles déficits en infraestructura, equipamiento médico y personal de salud inciden directamente en el acceso, la oportunidad, y la calidad de la atención de salud, y tienden a afectar en mayor medida a la población en mayor grado de vulnerabilidad. Estudios previos han documentado que las limitaciones estructurales en los servicios de salud destinados a la población sin seguridad social tienden a concentrarse en localidades con alto nivel de marginación, esto es, que en un entorno de restricciones importantes en el conjunto de los servicios de salud del primer nivel de atención que se ofrecen a la población sin seguridad social, aquellos que se ubican en las áreas con mayores carencias, son asimismo los que presentan los mayores retos estructurales.¹⁻⁶

Como se documentó en el diagnóstico, los diferentes estudios realizados en los últimos siete años han documentado un reducido progreso en asegurar que los servicios del primer nivel de atención cuenten con las condiciones estructurales mínimas para la operación. Las carencias documentadas incluyen la falta de servicios básicos en algunas unidades, instalaciones menores a las necesarias, equipamiento insuficientes, y brechas en personal, particularmente en los centros de salud distantes de las zonas urbanas.

El análisis sobre los retos estructurales parte de la identificación de las condiciones mínimas de acuerdo con la normatividad vigente, por lo que no son brechas contra una referencia que pudiera resultar ajena a la realidad del país. Las deficiencias son en principio en aspectos que deberían estar considerados de forma rutinaria para la operación de las unidades. En lo que se refiere al personal de salud, uno de los principales retos identificados es la dependencia en las zonas rurales de pasantes de medicina para la operación de los servicios, lo que incrementa la brecha en estructura entre las áreas más marginadas y las menos marginadas.

Fortalecer la infraestructura física de las unidades de salud requiere la dotación de instalaciones bien diseñadas, construidas apropiadamente y con acceso a

servicios básicos (agua, drenaje, luz y servicios de comunicación). Mientras que contar con el equipo médico necesario para la exploración, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes es indispensable para la adecuada operación de los centros de salud y la oportuna atención de los usuarios.⁴⁻⁷ Por su parte, los recursos humanos juegan un papel muy importante en la calidad de los servicios de salud: de su número y distribución, en combinación con las competencias apropiadas, depende en gran medida la efectividad de las acciones emprendidas en favor de la promoción, la prevención y la atención a la salud.^{5,8-10}

El análisis resultante del diagnóstico identificó que el mayor reto es consolidar la capacidad estructural de los establecimientos existentes, y en menor medida la construcción de establecimientos de primer nivel adicionales. En términos de personal, el reto está en asegurar que la distribución del mismo corresponda a las necesidades de la población. Este documento describe las recomendaciones derivadas del diagnóstico de situación y los resultados de un ejercicio de priorización de las mismas por parte de los responsables de calidad y personal de la DGCES.

Resultados

Recomendaciones para la mejora derivadas del diagnóstico de situación

Listado extenso de intervenciones según la fase del modelo de análisis utilizado en el diagnóstico de situación

En el diagnóstico de situación, se identificaron los retos, brechas y oportunidades de mejora de la calidad en los servicios de salud de atención ambulatoria de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) en relación con una serie de aspectos constituyentes de un modelo integral de análisis. A partir de los resultados, se elaboraron una serie de propuestas de intervenciones en infraestructura y recursos humanos orientadas a la eliminación de las brechas, y de esa forma contribuir a la implantación de la atención de primer nivel de calidad, con énfasis en la población más vulnerable, carente de seguridad social.

Las estrategias propuestas se clasificaron en aquellas que inciden, reformando o modificando, iniciativas existentes, y las que representan nuevas iniciativas. De igual forma, se realizó una reflexión sobre aquellas que

precisan de estudios que las refrenden y las que necesitarían de inversión para ser implementadas, que al tratarse de un componente relativo a infraestructura son la inmensa mayoría. Este primer listado se describe en detalle en el anexo 5.1.A.

Listado reducido y distribución según tipo de intervención

Para ayudar a concretar y priorizar las intervenciones, se realizó un ejercicio de síntesis de las intervenciones evitando traslapes y agrupándolas según fuesen recomendaciones sobre a) intervenciones directas en la estructura o procesos; b) capacitación, o c) realización de estudios. El cuadro 5.1.1 contiene este grupo de 23 intervenciones propuestas para dar respuesta a las deficiencias y brechas en infraestructura física y recursos humanos que fueron descritas a profundidad en el documento diagnóstico. Las estrategias que se presentan en el cuadro 5.1.1 son las que se utilizaron para el ejercicio de priorización llevado a cabo con los responsables de calidad, y los funcionarios del ente rector, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) de la Secretaría de Salud federal.

Las propuestas abordan los principales problemas detectados en infraestructura, atendiendo a la desigual distribución de unidades entre entidades federativas, así como a las deficiencias en servicios de infraestructura básicos y de áreas de atención. En equipamiento y abasto de material médico, las intervenciones están dirigidas principalmente a completar el equipamiento de las unidades médicas existentes tomando en cuenta tanto las diferencias entre el ámbito rural y urbano, como entre los centros acreditados y no acreditados. En lo referente a los recursos humanos se busca el equilibrio en la distribución del personal médico y de enfermería en relación con las recomendaciones internacionales respecto a la razón de médicos y personal de enfermería por cada 10 000 habitantes sin seguridad social (HSSS) para el primer nivel de atención.

El establecimiento de políticas de incremento de recursos humanos en el primer nivel, programas de formación continuada y la oferta académica local, todos con criterios de equilibrio territorial, son algunos ejemplos de las intervenciones propuestas en materia de recursos humanos. Mientras que establecer un sistema de monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede, y

evaluar el impacto de las caravanas en la accesibilidad efectiva, dan ejemplo de intervenciones directas y estudios a realizar.

Recomendaciones prioritarias según los responsables de calidad de las entidades federativas y el personal de la DGCES

Como se señaló, a partir del listado del cuadro 5.1.1 se realizó el ejercicio de priorización con los responsables de calidad y los funcionarios de la DGCES, de acuerdo con la metodología que se presenta en la sección respectiva, abordando las estrategias a partir de su relevancia y factibilidad. Los resultados completos de este ejercicio, con los puntajes para cada propuesta, se muestran en el anexo 5.1.B.

En comparación con las propuestas para otros componentes estratégicos (cuadro 5.1.2), las puntuaciones en cuanto a priorización otorgadas por responsables de calidad y DGCES ocupan un lugar intermedio en cuanto a su relevancia, pero el más bajo en cuanto a factibilidad, sobre todo para el personal de la DGCES (47.77% de puntuación estandarizada), lo cual podría explicarse por una parte por la necesidad de recursos adicionales para poder implementarlas, y por otra por la responsabilidad sólo indirecta que tienen sobre este componente. Con esta limitación en mente, podemos no obstante destacar aquellas acciones que se sienten más necesarias o prioritarias.

Priorización según puntuación de relevancia y factibilidad

En el cuadro 5.1.2 se describen las 11 propuestas concretas que resultaron priorizadas según la puntuación obtenida. Como se muestra, todas resultaron con puntuaciones altas en lo que se refiere a relevancia, pero por lo general con puntuaciones bajas en cuanto a factibilidad. Únicamente una, “Evaluar impacto de las caravanas en la accesibilidad efectiva”, resulta altamente relevante y factible tanto para responsables de calidad como para el personal de la DGCES. El resto del cuadro se integra con estrategias evaluadas como altamente relevantes, pero con retos importantes en términos de factibilidad.

Por lo que se refiere a la infraestructura física, las estrategias priorizadas llaman a contar con un catálogo actualizado de los establecimientos existentes y sus condiciones estructurales. Existen ya un catálogo, el Si-

Cuadro 5.1.1. Recomendaciones para la mejora derivadas del diagnóstico de situación
Componente 5. Capacidad organizacional. Subcomponente 5.I. Infraestructura y recursos humanos

| | |
|----------|---|
| V.1.A.1 | Seguir incrementando el número de UAA, introduciendo criterios de equilibrio territorial |
| V.1.A.2 | Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades |
| V.1.A.3 | Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica de las UAA existentes |
| V.1.A.4 | Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar el equipamiento de las UAA existentes según normas |
| V.1.A.5 | Establecer criterios y normativa para lograr equilibrio territorial |
| V.1.A.6 | Establecer sistema de monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede |
| V.1.A.7 | Distribuir al personal existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia |
| V.1.A.8 | Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales |
| V.1.A.9 | Distribuir al personal de enfermería existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia |
| V.1.A.10 | Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales |
| V.1.A.11 | Establecer políticas de incremento de recursos humanos en el primer nivel, con criterios de equilibrio territorial, y el objetivo de alcanzar 25 profesionales por 10 mil habitantes sin seguridad social |
| V.1.A.12 | Minimizar y equilibrar (medio urbano y rural) las UAA atendidas exclusivamente por médicos pasantes |
| V.1.A.13 | Establecer incentivos para los puestos de trabajo en el medio rural |
| V.1.A.14 | Incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural |
| V.1.A.15 | Equilibrar la razón enfermería/médico, priorizando el incremento en los estados que está por debajo de uno |
| V.1.A.16 | Definir composición del equipo de profesionales de primer nivel y establecer procedimientos para su cumplimiento |
| V.1.A.17 | Equilibrar entre entidades federativas la integración de otros profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, odontólogo, etcétera) al primer nivel de atención |
| V.1.A.18 | Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud |
| V.1.A.19 | Mejorar las condiciones de contratación para el personal médico, de enfermería y otros especialistas |
| V.1.B.1 | Generar programas de formación continuada con criterios de equilibrio (rural-urbano) con enfoque de necesidades locales |
| V.1.C.1 | Evaluar impacto de las caravanas en la accesibilidad efectiva |
| V.1.C.2 | Mantener (generar) catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución |
| V.1.C.3 | Mantener catálogo activo y actualizado de necesidades de equipamiento (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución |

A: Intervenciones directas en la estructura o procesos

B: Capacitación

C: Realización de estudios

UAA: unidades de atención ambulatoria

nerhías, aunque el mismo no cuenta con un esquema de actualización que permita conocer en todo momento las condiciones de la infraestructura en salud. Adicionalmente, la conformación de un fondo que asegure que las unidades cuentan en todo momento con las condiciones estructurales mínimas para operar, considerando servicios básicos, espacios, y equipamiento.

Por lo que se refiere a los recursos humanos, las estrategias buscan por un lado fortalecer la formación con orientación al primer nivel de atención, y por el otro asegurar que se alcance una distribución homogénea del personal de salud de acuerdo con el tamaño de la población, que permita lograr una atención similar independiente del lugar de residencia. De

| Componente estratégico y recomendaciones. 5. Capacidad organizacional Subcomponente 5.1 Infraestructura física y recursos humanos | | (1): R≥4 y F≥4** | | | | (2): R≥ que en (1) y F≤4 | | | |
|---|---|------------------|-----|-------|-----|--------------------------|-----|-------|-----|
| | | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | | R | F | R | F | R | F | R | F |
| V.A.2. | Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades, estableciendo criterios y normativa para lograr el equilibrio territorial | | | | | 4.7 | 3.8 | 4.5 | 3.2 |
| V.A.3. | Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica y equipamiento según normas de las UAA existentes | | | | | 5.0 | 3.5 | 4.7 | 3.1 |
| V.A.6. | Establecer sistema de monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede | | | | | 4.6 | 3.6 | 4.5 | 3.2 |
| V.A.8. | Generar oferta académica local (becas condicionadas, incluida formación continuada) para garantizar profesionales locales | | | | | 4.7 | 3.1 | 4.9 | 2.4 |
| V.A.11. | Establecer políticas de incremento de recursos humanos en el primer nivel con criterios de equilibrio territorial y objetivo de 25 profesionales por 10 mil HSSS | | | | | 4.7 | 2.9 | | |
| V.A.14. | Incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural | | | | | 4.6 | 3.0 | 4.6 | 3.0 |
| V.A.15. | Equilibrar la razón enfermería/médico, priorizando Estados en que está por debajo de uno | | | | | 4.6 | 2.3 | 4.6 | 2.6 |
| V.A.18. | Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud, definiendo la composición del equipo de profesionales y estableciendo procedimientos para su cumplimiento | | | | | 4.7 | 3.8 | 4.8 | 3.2 |
| V.A.19. | Mejorar las condiciones de contratación para el personal de salud | | | | | 4.7 | 3.1 | 4.9 | 2.4 |
| V.C.1. | Evaluar impacto de las caravanas en la accesibilidad efectiva | 4.6 | 4.1 | 4.5 | 4.0 | | | | |
| V.C.2. | Mantener (generar) catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución | | | | | 4.7 | 3.8 | 4.4 | 3.4 |

* Puntuación: mínima 1 y máxima 5

** La columna (1) de puntuación incluye aquellas intervenciones cuya relevancia y factibilidad se encuentran ambas por arriba del punto de corte (≥ 4); la columna (2) incluye las intervenciones cuyo puntaje de relevancia es mayor o igual al de la columna (1) pero cuyo puntaje de factibilidad no alcanza el punto de corte establecido

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

HSSS: habitantes sin seguridad social

REC: responsable estatal de calidad

UAA: unidades de atención ambulatoria

forma paralela, el fortalecimiento de la presencia de personal de enfermería, que puede resultar central para la provisión de servicios de atención primaria a la salud.

Conclusiones del análisis cualitativo de los comentarios escritos y la discusión de las recomendaciones

Los resultados del análisis numérico son además validados y matizados con el análisis cualitativo de los comentarios de responsables de calidad y personal de la DGCES sobre las intervenciones propuestas (anexo

5.1.C). Los resultados de este análisis refuerzan la priorización a partir del ejercicio numérico, destacando una clara necesidad de atención específica a la problemática del medio rural, así como un marcado escepticismo sobre la factibilidad de las estrategias propuestas, en particular debido las importantes restricciones presupuestales, y la percepción de que la misma implica una inversión muy por encima de los recursos actualmente disponibles. Destaca igualmente una opinión mayoritaria en cuanto a priorizar la dotación de la unidades existentes antes de crear unidades nuevas, y evaluar los problemas de accesibilidad, particularmente la contribución efectiva de las caravanas de salud.

Propuesta de intervenciones estratégicas derivada de la priorización y comentarios de los responsables de calidad y personal de la DGCES

En relación con el tema de infraestructura y recursos humanos, los participantes en el ejercicio de priorización subrayaron la importancia de la cobertura de los servicios de salud, señalando la evaluación de las caravanas en la accesibilidad efectiva, como una intervención relevante y factible de llevar a cabo. De manera unánime, los responsables de calidad señalaron con el puntaje más alto de relevancia contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica y equipamiento según normas de las unidades de atención ambulatoria (UAA) existentes. Hubo consenso también en la relevancia de resolver una cuestión conflictiva como es la mejora en las condiciones de contratación para el personal sanitario.

Propuesta integrada de estrategias de intervención en relación con la infraestructura y recursos humanos

Considerando conjuntamente la propuesta derivada del diagnóstico de situación, la priorización expresada por los actores consultados, los resultados del análisis numérico y cualitativo y lo que subraya la literatura científica internacional sobre este tema, se propone una estrategia con dos componentes principales: a) en relación con la infraestructura física, y b) en relación con los recursos humanos.

Infraestructura física

El primer componente concierne a infraestructura física, atendiendo a los problemas de accesibilidad y al tipo de servicios a que se puede acceder, así como a las necesidades de equipo y material médico en las unidades de primer nivel de atención de los servicios estatales de salud, evaluando la necesidad de nuevas unidades.

Como resultado del ejercicio de priorización de las intervenciones propuestas para mejoras a la calidad del primer nivel de atención de los Sesa se detectó una preocupación generalizada por fortalecer y equipar las unidades atención ambulatoria existentes, antes que por aumentar el número de ellas. La información recabada en el documento diagnóstico revela que a pesar de los esfuerzos por ampliar y mejorar la infraestructura física

de las unidades de salud siguen persistiendo deficiencias en cuanto a infraestructura física y equipamiento en las UAA con importantes diferencias entre unidades rurales y urbanas.⁴

Uno de los principales problemas en las UAA es la accesibilidad, principalmente en áreas rurales. De acuerdo con el diagnóstico de situación, el acceso geográfico a las UAA de todo el sector público de salud se exploró en 2007 a través de un modelo geoespacial, estimándose que 93% de la población se encontraba a menos de 30 minutos de viaje.¹¹ Por otra parte, el análisis de los datos recolectados por la Encel 2007 en usuarios de centros de salud rurales en 13 entidades reporta un tiempo de traslado promedio de 41 minutos, aunque puede alcanzar hasta cerca de las dos horas, indicando una situación general aceptable pero con importantes bolsas de desigualdad. Estos datos hay que matizarlos no obstante en relación con el tipo de servicios a que se puede acceder, que no son los mismos en todos los Centros, así como si estas zonas con menos accesibilidad son visitadas o no por caravanas.¹² En conformidad con la priorización de las intervenciones propuestas, la estrategia considera evaluar impacto de las caravanas en la accesibilidad efectiva y establecer un sistema de monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede. En la literatura internacional se ha enfatizado que el uso de información geográfica, sobre todo de accesibilidad geográfica, es de gran utilidad en la toma de decisiones.^{13,14}

Las unidades, además, presentan deficiencias en cuanto a servicios básicos (agua, drenaje, luz y servicios de comunicación). De acuerdo con los datos de la Encel de 2007 30% de las UAA rurales no dispone de agua entubada y cerca de la mitad carece de conexión a drenaje y utiliza fosa séptica, la Encel-URB muestra mejores condiciones en servicios básicos para las unidades urbanas, aunque no de 100%. Las condiciones en cuanto a equipo y material médico son igualmente heterogéneas y con mayores deficiencias en zonas rurales. Por lo tanto, se propone contemplar recursos presupuestales explícitamente para completar la infraestructura básica y equipamiento según normas de las UAA existentes, incrementando de esta forma la capacidad resolutoria de las unidades de salud. Con el propósito de mantener un adecuado y funcional equipamiento de las unidades será necesario además, mantener un catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica

(dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución.

Finalmente, para hacer frente a la creciente demanda por servicios de salud, se hace necesario clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades, estableciendo criterios y normativa para lograr el equilibrio territorial.

Recursos humanos

La atención sanitaria es un servicio basado fundamentalmente en el capital humano¹⁵ que en la actualidad se enfrenta, entre otros problemas, a los relacionados con la escasez de profesionales de salud y la movilidad internacional de los mismos.¹⁶ El diagnóstico realizado mostró que, de acuerdo con las normas existentes y a las recomendaciones internacionales, los recursos humanos de las UAA de los Sesa resultan actualmente insuficientes para responder a las necesidades de sus usuarios. Por este motivo, esta estrategia se orienta primeramente hacia integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos para el sistema de salud, que incluya la planificación, formación, gestión del personal médico y de enfermería, definiendo la composición del equipo de profesionales y estableciendo procedimientos para su cumplimiento.

En México no existe regulación formal que establezca un mínimo de profesionales de salud en relación con la población. No obstante, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Observatorio de Recursos Humanos en Salud en la región de las Américas han establecido como meta número 1 de las “Metas regionales de los recursos humanos para la salud 2007-2015” que “todos los países de la Región hayan logrado una razón de densidad de recursos humanos de 25 profesionales por 10 000 habitantes”.¹⁷⁻¹⁹

En concordancia con estas metas regionales, la estrategia incorpora criterios de equilibrio territorial y el objetivo de alcanzar los 25 profesionales por 10 mil HSSS según el estándar recomendado por la OPS¹⁷ y una razón de personal de enfermería/médico de 1, equilibrando este promedio en todo el territorio nacional. Para conseguir esto último, se propone incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural, distribuyendo en la medida de lo posible al personal existente y generando oferta académica local mediante becas condicionadas para la formación de nuevo personal, así como formación continuada para el

personal existente. Las becas condicionadas a la prestación de servicios en la localidad de origen permiten garantizar la existencia de profesionales locales que sirvan en sus comunidades y en algunos contextos ayuda a resolver cuestiones de índole cultural que se relacionan con la presentación de los servicios de salud.

No obstante, estas estrategias deben ser reforzadas con mejoras en las condiciones de contratación para el personal sanitario, que generen inherentemente incentivos para servir en las unidades rurales. La capacitación continua del recurso humano debe ser una constante en esta estrategia, tanto para atender los problemas de salud de la población como para contribuir a la función de calidad.

Por otra parte, aunque de acuerdo con los datos del Banco Mundial los niveles de salud de la población mexicana son hoy más altos que en décadas anteriores, alcanzando una esperanza de vida al nacer de 77 años,^{20,21} la simple observación de la tasas de mortalidad por tipo de enfermedad en el país evidencia un continuo incremento de las tasas de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Esta situación conlleva a una necesidad imperante de modificar no sólo la infraestructura médica sino también de realizar ajustes en la formación y distribución de los recursos humanos, que permitan hacer frente a los problemas de salud actuales que impone la transición epidemiológica. Las enfermedades propias de esta etapa de la transición en que se encuentra el país, nos llevan a pensar en la necesidad de incorporar nuevos modelos resolutivos en las unidades de salud, acordes a los cambios epidemiológicos y demográficos; uno de estos modelos podría ser la incorporación de equipos multidisciplinarios que permitan dar respuesta al creciente número de consultas asociadas a enfermedades crónicas como diabetes, obesidad e hipertensión, entre otras. Si bien es cierto que establecer equipos multidisciplinarios en todas las UAA del país actualmente no es factible, el análisis cualitativo reveló que esto puede ser viable al menos en los centros de salud urbanos.

En la incorporación de esta estrategia propuesta, la capacitación continua del recurso humano (tanto para atender los problemas de salud de la población como para contribuir a la función de calidad), deberá ser una constante para lograr mejorar la calidad del primer nivel de atención. Sin embargo hay que considerar que la cobertura y eficacia en salud depende además de las características de la población y no exclusivamente de la

disponibilidad de profesionales sanitarios. Por lo que se requiere considerar la posibilidad de integrar una estrategia combinada de educación, mejora de las condiciones socioeconómicas y mejora de los recursos sanitarios para la mejora de los indicadores de salud.²²

Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

Comúnmente los sistemas de salud tienen varios objetivos (como los descritos en este documento), que van desde reducir las brechas de desigualdad en la prestación de servicios según el entorno rural o urbano, mejorar la capacidad de respuesta del sistema a través de mejoras en infraestructura física y equipamiento médico, cubrir las necesidades y expectativas de la población mediante personal suficiente y altamente capacitado,

hasta mejorar el nivel general de la salud a través de mejoras a la calidad de los servicios de salud.²³

Por su naturaleza, las intervenciones propuestas en este documento para alcanzar esos objetivos podrían implantarse en periodos de tiempo relativamente breves, caso de disponerse de los recursos necesarios; sin embargo, los resultados no siempre pueden observarse en un corto periodo de tiempo y para llevar a cabo una evaluación de estos, es necesario contar con información sobre los mismos, por lo que se requiere de indicadores que permitan medir los logros alcanzados.

El cuadro 5.1.3 muestra las tareas a realizar, los indicadores y los resultados esperados a corto y mediano plazo con los que se intenta medir la implantación de las estrategias propuestas para dar respuesta a las brechas y deficiencias encontradas en el diagnóstico de situación.

| Cuadro 5.1.3. Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas. Componente 5. Capacidad organizacional. Subcomponente 5.I. Infraestructura y recursos humanos | | | |
|---|---|--|--|
| tarea | indicador | resultados esperados | |
| | | Corto plazo: 6-8 meses | Mediano plazo: 1-2 años |
| Subcomponente 5.1.1 Infraestructura física | | | |
| Diseño de indicadores sobre utilización y cobertura efectiva de las caravanas de salud | Indicadores definidos de utilización y cobertura efectiva de las caravanas de salud | Documento del diseño de los indicadores sobre utilización y cobertura efectiva de las caravanas de salud | Plan de implementación de los indicadores sobre utilización y cobertura efectiva |
| Establecer sistema de Monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede | Mecanismos definidos para el monitoreo de accesibilidad, tiempo de viaje y servicios a los que se accede | Descripción de la situación basal. Evaluación de las necesidades. Definir el plan de monitoreo. | Sistema de monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, tiempo de viaje y servicios a los que se accede |
| Definir los estándares del mínimo de infraestructura, equipo y material médico con el que deben operar las UAA | Estándares definidos en términos de infraestructura física y equipo necesario | Descripción de la situación basal. Evaluación de las necesidades. Definir el plan de mejora | Plan para satisfacer las necesidades de infraestructura y equipamiento en las UAA |
| Revisar la cédula de necesidades y catálogos de infraestructura y equipamiento y establecer procedimientos para su actualización y resolución | Mecanismos definidos para la actualización la cédula de necesidades y catálogos de infraestructura y equipamiento | Procedimientos y responsabilidades para la actualización e implementación de la cédula de necesidades en infraestructura. Estos procedimientos deben estar discutidos y acordados con todas las partes interesadas | Catálogos y cedula de necesidades actualizados, y un plan de resolución definido |

continúa...

continuación...

| tarea | indicador | resultados esperados | |
|---|--|--|--|
| | | Corto plazo: 6-8 meses | Mediano plazo: 1-2 años |
| Subcomponente 5.1.1 Infraestructura física | | | |
| Revisar el Plan Maestro de Infraestructura y establecer procedimientos para clarificar criterios de planificación de nuevas unidades | Procedimientos definidos para clarificar criterios de planificación de nuevas unidades | Definir los nuevos criterios para planificación de nuevas unidades con fines de equilibrio territorial | Incorporar al Plan Maestro de Infraestructura los criterios de planificación de nuevas unidades con fines de equilibrio territorial Incluir en la NOM los criterios de planificación de nuevas unidades con fines de equilibrio territorial |
| Completar infraestructura para tener establecimientos de primer nivel de atención con estructura adecuada | Establecimientos de primer nivel de atención con estructura adecuada | Evaluación de las necesidades Definir el plan de mejora | Plan para satisfacer las necesidades de estructura de los establecimientos de primer nivel de atención |
| Establecer un sistema de seguimiento de condiciones estructurales de los establecimientos de salud | Sistema de seguimiento de condiciones estructurales de los establecimientos de salud | Descripción de la situación basal Definir y diseñar el plan de seguimiento de condiciones estructurales | Evaluación del sistema de seguimiento de condiciones estructurales de los establecimientos de salud |
| Subcomponente 5.1.2 Recursos humanos | | | |
| Integrar la Política sobre planificación, formación y gestión de recursos humanos para el sistema de salud | Mecanismos definidos para la planificación, formación y gestión de recursos humanos para el sistema de salud | Descripción de la situación basal. Evaluación de las necesidades. Definir el plan de mejora | Plan para satisfacer las necesidades de formación y gestión de recursos humanos de los establecimientos de primer nivel de atención |
| Asegúrese el incremento de recursos humanos en el primer nivel para alcanzar el objetivo de 25 profesionales por 10 mil HSSS, con criterios de equilibrio territorial | Número de profesionales por 10 mil HSSS en las entidades federativas | Metodología para lograr incrementar los recursos humanos en el primer nivel de atención con criterios de equilibrio territorial | Plan de implementación de la metodología para lograr el incremento de recursos humanos en el primer nivel de atención |
| Diseñar e implementar un sistema de oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales | Mecanismos definidos para la oferta académica local para formación de personal médico y de enfermería Mecanismos definidos para el sistema de becas condicionadas | Diseño del plan de oferta académica local para la formación de nuevo personal médico y de enfermería Diseño del sistema de becas condicionadas para la formación de nuevo personal médico y de enfermería | Implementación del sistema de oferta académica local mediante becas condicionadas |
| Educar profesionales en nuevas competencias que refuercen, cualifiquen y combinen las actividades médicas y las de gestión clínica | Personal médico en el programa de educación continuada | Diseño del plan de educación continuada con base en las necesidades locales y que permita a los trabajadores de la salud actualizar y perfeccionar sus conocimientos y destrezas | Implementación del plan de educación continuada Evaluación de impacto del plan de educación continuada. |

HSSS: habitantes sin seguridad social

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Comisión de los determinantes de salud de la OMS, preguntas y Respuestas. Versión: Marcha de 2005; OMS 2013. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html
2. Vergara González, Reyna. Vulnerabilidad social y su distribución espacial: el caso de las entidades federativas de México, 1990-2010. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2011. Disponible en: <http://www.uaemex.mx/feconomia/005d.pdf>
3. González Silva Carlos A. Manual de Mantenimiento de los Servicios de Salud: Instalaciones y Bienes de Equipo. Washington, D.C.: OPS, c1996. x, 83p. (HSP/UNI/Manuales Operativos PALTEX Volumen II / no. 6). Disponible en: <apps.who.int/medicinedocs/documents/s17391es/s17391es.pdf>
4. Secretaría de Salud. Observatorio del Desempeño Ambulatorio 2010. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2011. Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_07.pdf
5. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Unidades de primer nivel de atención en los Servicios Estatales de Salud. Evaluación 2008. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2009.
6. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Programa de Acción Específico 2007-2012: Gestión de Equipo Médico. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2008.
7. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Modelo Integrador de Atención a la Salud. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2006.
8. Nigenda G. Recursos humanos para la salud. Formación, empleo y regulación. Boletín Fundación Mexicana para la Salud. 2008 Agosto/Setiembre;(8).
9. World Health Organization. Colaboremos por la salud informe sobre la salud en el mundo. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006. Disponible en: <http://site.ebrary.com/id/10161471>
10. Organización Panamericana de la Salud, Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud: introducción y generalidades. Washington, D.C.: OPS; 2010.
11. Hernández-Avila JE, Luna RS, Mejía LSP, Salgado ALS, Salgado VHR. Modelo geoespacial automatizado para la regionalización operativa en planeación de redes de servicios de salud. Salud Pública México. 2010;52(5):432-46
12. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2008 del Programa Caravanas de la Salud [Internet]; 2007. Disponible en: <http://www.funcionpublica.gob.mx/scagp/dgorcs/reglas/2008/12%20SSA%2008/12-01%20SSA%2007%20P.%20Caravanas%20Salud%20ROP%20301207.doc>
13. Williams RE. Selling a geographical information system to government policy makers. URISA, 1987; 3:150-156.
14. United Nations Publication. Department of Economic and Social Affairs, Statistics Division. Studies in Methods Series F No. 79, Handbook on geographic information systems and digital mapping. New York, 2000. Disponible en: http://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesF/SeriesF_79E.pdf
15. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2006 - working together for health [Internet]. Geneva, Switzerland; 2006. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/en/index.html>
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Personal de salud : adelantos en las respuestas a la escasez y la migración y preparación ante las nuevas necesidades 66. Asamblea Mundial de la Salud. Punto 17.4 del orden del día provisional (A66/25). 2013.
17. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. [Internet]. Washington, DC: OPS; 2011. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Manual de medicion de Metas.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Manual%20de%20medicion%20de%20Metas.pdf)
18. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Indicadores de las metas regionales de los recursos humanos para la salud. Manual para medición de líneas base (documento válido en la Subregión Andina) [Internet]. 2009. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6745%3Alunnea-basal-para-la-medicin-de-las-20-metas-regionales-para-recursos-humanos-20072015-&catid=526%3Ahss03-human-resources-for-health-bioethics-and-research&Itemid=2095&lang=en
19. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). 27. Conferencia Sanitaria Panamericana. 59. Sesión del comité regional. [Internet]. 2007. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Metas Regionales de RHUS csp27-10-s.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Metas%20Regionales%20de%20RHUS%20csp27-10-s.pdf)
20. CIA The World Factbook, Country comparison: Life Expectancy at Birth. Consultado en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html>
21. Sousa A, Tandon A, Poz MRD, Prasad A, Evans DB. Measuring the efficiency of human resources for health for attaining health outcomes across subnational units in Brazil [Internet]. Background. 2006. Disponible en: http://www.who.int/hrh/documents/measuring_efficiency_Brazil.pdf
22. Banco Mundial, datos estadísticos, Esperanza de vida al nacer, total (años). Consultado en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>
23. World Health Organization, Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's Framework for Action. Geneva, 2007. Disponible en: (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 7 July 2010).

Listado de intervenciones según hallazgos del diagnóstico de situación, distribuidas según fase del modelo de análisis utilizado y su incidencia sobre iniciativas existentes

| Aspectos analizados (modelo de análisis) | Sobre iniciativas existentes | Nuevas iniciativas |
|---|---|---|
| 5.1.1. Infraestructura | | |
| Cobertura de unidades de atención médica ambulatoria | Seguir incrementando el número de UAA, introduciendo criterios de equilibrio territorial* | Establecer criterios y normativa para lograr equilibrio territorial |
| Accesibilidad | Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades** | Establecer sistema de Monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede*** Evaluar impacto de las Caravanas en la accesibilidad efectiva*** |
| Dotación de servicios de infraestructura básicos (luz, agua, drenaje, comunicación) | Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica de las UAA existentes* | Mantener (generar) catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución* |
| Equipamiento | Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar el equipamiento de las UAA existentes según normas* | Mantener catálogo activo y actualizado de necesidades de equipamiento (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución |
| 5.1.2. Recursos humanos | | |
| Ratio por 10 mil habitantes sin seguridad social (HSSS) | | Establecer políticas de incremento de recursos humanos en el primer nivel, con criterios de equilibrio territorial, y el objetivo de alcanzar 25 profesionales por 10 mil HSSS* |
| Distribución y Característica personal médico | Distribuir al personal existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia* Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales* | Minimizar y equilibrar (medio urbano y rural) las UAA atendidas exclusivamente por médicos pasantes. Establecer incentivos para los puestos de trabajo en el medio rural* |
| Distribución y características personal de enfermería | Distribuir al personal de enfermería existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia* Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales.* | Incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural.* Mejorar las condiciones de contratación para el personal médico, de enfermería y otros especialistas.* |
| Razón personal enfermería/médico | | Equilibrar la ratio enfermería/médico, priorizando el incremento en los estados que está por debajo de 1* |
| Integración de otros profesionales a los equipos de primer nivel | | Definir composición del equipo de profesionales de primer nivel y establecer procedimientos para su cumplimiento Equilibrar entre entidades federativas la integración de otros profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, odontólogo, etc.) al primer nivel de atención* |
| Política de recursos humanos | | Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud** Generar programas de formación continuada con criterios de equilibrio (rural-urbano) con enfoque de necesidades locales* |

*Intervenciones que precisan de dotación presupuestaria

** Intervenciones que se basan en o se beneficiarían de estudios
HSSS: habitantes sin seguridad social

Anexo 5.1.B

Puntuación de estrategias para el componente 6. Modelos de atención

| Estrategias para el subcomponente 5.1. Infraestructura física y recursos humanos | | REC | | DGCES | |
|---|--|--------|-------|--------|-------|
| | | Relev. | Fact. | Relev. | Fact. |
| V.A.1 | Seguir incrementando el número de UAA, introduciendo criterios de equilibrio territorial | 4.08 | 3.04 | 4.17 | 2.83 |
| V.A.2 | Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades | 4.73 | 3.81 | 4.83 | 3 |
| V.A.3 | Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica de las UAA existentes | 4.97 | 3.4 | 4.71 | 3.14 |
| V.A.4 | Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar el equipamiento de las UAA existentes según normas | 4.89 | 3.51 | 4.71 | 3.14 |
| V.A.5 | Establecer criterios y normativa para lograr equilibrio territorial | 4.69 | 3.82 | 4.2 | 3.4 |
| V.A.6 | Establecer sistema de monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede | 4.61 | 3.61 | 4.5 | 3.17 |
| V.A.7 | Distribuir al personal existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia | 4.56 | 2.79 | 4.5 | 2.67 |
| V.A.8 | Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales | 4.67 | 3.07 | 4.17 | 2.67 |
| V.A.9 | Distribuir al personal de enfermería existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia | 4.57 | 2.87 | 4.17 | 2.83 |
| V.A.10 | Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales | 4.64 | 3.23 | 4.0 | 2.6 |
| V.A.11 | Establecer políticas de incremento de recursos humanos en el primer nivel, con criterios de equilibrio territorial, y el objetivo de alcanzar 25 profesionales por 10 mil HSSS | 4.74 | 2.91 | 4.29 | 2.57 |
| V.A.12 | Minimizar y equilibrar (medio urbano y rural) las UAA atendidas exclusivamente por médicos pasantes | 4.54 | 2.98 | 3.86 | 2.71 |
| V.A.13 | Establecer incentivos para los puestos de trabajo en el medio rural | 4.69 | 3.26 | 4.29 | 2.86 |
| V.A.14 | Incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural | 4.69 | 3.25 | 4.57 | 3.0 |
| V.A.15 | Equilibrar la razón enfermería/médico, priorizando el incremento en los estados que está por debajo de uno | 4.75 | 3.47 | 4.57 | 2.57 |
| V.A.16 | Definir composición del equipo de profesionales de primer nivel y establecer procedimientos para su cumplimiento | 4.61 | 3.84 | 4.86 | 3.0 |
| V.A.17 | Equilibrar entre entidades federativas la integración de otros profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, odontólogo, etc.) al primer nivel de atención | 4.64 | 3.36 | 4.71 | 2.43 |
| V.A.18 | Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud | 4.75 | 3.70 | 4.57 | 3.43 |
| V.A.19 | Mejorar las condiciones de contratación para el personal médico, de enfermería y otros especialistas | 4.72 | 3.14 | 4.86 | 2.43 |
| V.B.1 | Generar programas de formación continuada con criterios de equilibrio (rural-urbano) con enfoque de necesidades locales | 4.65 | 3.66 | 4.86 | 2.43 |
| V.C.1 | Evaluar impacto de las caravanas en la accesibilidad efectiva | 4.57 | 4.11 | 4.5 | 4.0 |
| V.C.2 | Mantener (generar) catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer | 4.69 | 3.79 | 4.4 | 3.4 |
| V.C.3 | Mantener catálogo activo y actualizado de necesidades de equipamiento (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución | 4.86 | 3.71 | 4.0 | 3.0 |

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

HSSS: habitantes sin seguridad social

REC: responsable estatal de calidad

Análisis cualitativo de los comentarios de los responsables de calidad y personal de la DGCES sobre las propuestas de intervención para la mejora del primer nivel de atención

| Componente: Capacidad organizacional (I): Infraestructura física | | | | |
|--|---|--|--|--|
| Aspectos analizados | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
| Cobertura de unidades de atención médica ambulatoria | Incremento del número de UAA, introduciendo criterios de equilibrio territorial | Planificación y normatividad sobre número de UAA | <p>"La justificación es el detalle"</p> <p>"Es necesario normar la planificación"</p> <p>"Responde a intereses políticos"</p> <p>"¿Cómo respetar los criterios y normas?" "Cumplirlos"</p> <p>"los recursos asignados dependen completamente de la intención y priorización de quien distribuya los recursos a los estados"</p> | <p>Los comentarios sugieren tres líneas de acción para fortalecer la cobertura de UAA: Dar prioridad a completar las UAA existentes, integrar los subsistemas públicos, y establecer normas de planificación para la construcción de nuevas unidades; aunque en relación con esto último se expresa escepticismo sobre su cumplimiento</p> |
| | | Integración de subsistemas | <p>"Infraestructura física: no construir donde ya existe de otras instituciones"</p> <p>"Fortalecer la infraestructura física sin importar la institución"</p> <p>"Identificar por área geográfica dónde existen unidades construidas por el sector, pensando en la integración"</p> | |
| | Fortalecimiento de las UAA existentes | Prioridad | <p>"Fortalecer primero la infraestructura, equipamiento y recursos humanos de las UAA existentes"</p> <p>"Priorizar los recursos de infraestructura y equipamiento"</p> | |
| Accesibilidad | Monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, tiempo de viaje y servicios a los que se accede | Evaluación del impacto de las caravanas en la accesibilidad efectiva | <p>"Evaluar el impacto de las caravanas de Salud en la accesibilidad efectiva es muy importante, ya que suele considerar a éstas como una solución al problema de acceso debe evaluarse no sólo el aspecto técnico, sino también... recursos humanos, materiales y financieros... vías de comunicación y trayectos de desplazamiento" "debe complementarse con una evaluación de la accesibilidad de caravanas de Salud"</p> <p>"es factible en cuanto a la revisión y análisis de la información existente... Pero al evaluar en campo, la factibilidad disminuye por el costo en recursos humanos y financieros para desplazarse a las comunidades seleccionadas en el muestreo"</p> | <p>Sobre la base de un acuerdo sobre la importancia de la accesibilidad, los comentarios se centraron casi exclusivamente en las caravanas de Salud, expresando la necesidad de evaluación rigurosa, a la vez que sobre las dificultades de hacerla correctamente, debido sobre todo a problemas de costo</p> |
| Dotación de servicios de infraestructura básicos (luz, agua, drenaje, comunicación) y equipamiento | Intervenciones prioritarias | Completar infraestructura existente | <p>"Priorizar los recursos en infraestructura y equipamiento"</p> <p>"Fortalecer primero la infraestructura, equipamiento y recursos humanos de la unidades existentes" "Completar infraestructura"</p> <p>"Completar equipamiento"</p> <p>"Fortalecer el mantenimiento preventivo del equipo" "Garantizar que existan plazas y unidades correctamente equipadas donde pueda prestar sus servicios el nuevo personal"</p> | <p>Los comentarios señalan como prioridad completar y fortalecer la estructura existente, incluyendo el cumplimiento de las normas. Preocupa la factibilidad debido al financiamiento.</p> |
| | | Cumplimiento de normas | <p>"Buscar el cumplimiento de las normas de infraestructura que existen pero no se cumplen"</p> | |
| | Recursos presupuestales | Problemas de financiamiento | <p>"Cuestión de presupuesto"</p> <p>"La ejecución implementación de todo el tema de infraestructura no depende de la relevancia sino de distribución y aplicación correctas de recursos económicos"</p> | |

continúa...

continuación...

| Componente. Capacidad Organizacional (II): Recursos humanos | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Aspectos analizados | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
| Ratio por 10 mil habitantes sin seguridad social (HSSS) | Adecuación de la propuesta | Homogeneización de los equipos de salud | <p>"Homogeneizar los equipos de salud es un retroceso..."; "..debe haber un médico por cada 3000 e incluso 2000 habitantes, la cifra de 25 profesionales por 10 mil habitantes sin seguridad social (HSSS) genera confusión..." "El sindicato es un problema para lograr establecer políticas de incremento de recursos humanos en el primer nivel"</p> | Este aspecto y tema generó controversia, confusión y comentarios en contra, sobre todo en una de las mesas, con comentarios que llegaron a cuestionar todas las propuestas del componente de infraestructura y recursos humanos, en parte por problemas de competencia y en parte por desacuerdo. La política de recursos humanos que se establezca debe justificarse teniendo en cuenta estos niveles de desacuerdo e incomprensión. |
| | | Congruencia de la propuesta | <p>"Falta congruencia y consistencia en las propuestas de infraestructura y recursos humanos" "Todo este tema es responsabilidad de autoridades federales y estatales..."</p> | |
| | | Relación con modelo de atención de primer nivel | <p>"El modelo hegemónico curativo y de especialización los especializados en zona urbana tenemos que tomar en cuenta el contexto social para reestructurar el modelo"</p> | |
| Distribución y Características del personal médico | Distribución equilibrada medio urbano/rural | Dignificación del médico rural | <p>"... es necesario cambiar el Modelo para darle el mismo valor al médico rural que al urbano." "...es más factible distribuir al personal de enfermería que al personal médico y ha mostrado buenos resultados en IMSS-Oportunidades."</p> | Hay acuerdo sobre lo necesario y a la vez complicado de distribuir de forma equilibrada al personal médico, aunque se aportan ideas para conseguirlo. La estrategia sobre recursos humanos no debería de ignorar este tema. |
| | | Esquema diferenciado de contratación y prestaciones | <p>"Debe reforzarse la estrategia de distribución de personal con un mejor esquema de contratación para garantizar la permanencia a través de la base, sueldos dignos y un sistema de compensaciones en el medio rural" " factibilidad considerando cuestiones como la atracción, recursos financieros y derechos sindicales." "firmar un compromiso de no moverse en cinco años el sindicato se lo permite después de seis meses"</p> | |
| | | Atención por pasantes | <p>"...la atención, exclusivamente, a cargo de médicos pasantes no puede garantizar la seguridad del paciente." "...disminuir las UAA atendidas exclusivamente por médicos pasantes, incrementando la contratación de médicos titulados en unidades de primer nivel." "Las unidades nuevas deben ser creadas con presupuesto suficiente para la contratación de médicos titulados" "No debe haber becarios sin supervisión de adscritos" "Incrementar la contratación de médicos titulados en unidades de primer nivel y disminuir la presencia de pasantes como responsables de las unidades"</p> | |
| | | Incentivos al médico rural | <p>"No debe haber incentivos pues es obligación del personal cumplir con sus responsabilidades." "No establecer incentivos para los puestos de trabajo en el medio rural" "No es recomendable usar incentivos para garantizar permanencia" "No funcionan los incentivos económicos La gente no quiere irse a las comunidades rurales porque están muy alejadas y hay problemas de inseguridad..." "Incentivar a los pasantes con mejores sueldos y ofrecer capacitación de Maestría a los que accedan a ocupar plazas de de zonas rurales muy alejadas por "concepto de arraigo" ..80% de sobresueldo" "fomentar los incentivos económicos y el desarrollo profesional de para todo el personal de primer nivel" "Es importante diferenciar incentivos de salarios"</p> | |

continúa...

continuación...

| Componente. Capacidad Organizacional (II): Recursos humanos | | | | |
|--|---|---|--|---|
| Aspectos analizados | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
| Distribución y características personal de enfermería | Distribución de personal de enfermería. | Capacitación y permanencia en el medio rural | "La distribución del personal es muy factible con el personal de enfermería, no con el médico" "en IMSS-Oportunidades ha mostrado buenos resultados mantenimiento de la plantilla es por la base de las enfermeras Se están capacitando en línea" | La problemática sobre el personal de enfermería generó pocos comentarios, que apuntan a una mayor factibilidad en su resolución que en el caso de los médicos, que sí fue muy debatido. |
| Integración de otros profesionales a los equipos de primer nivel | Composición del equipo de profesionales de primer nivel | Definición | "es necesario definir la composición del equipo de profesionales de primer nivel y establecer procedimientos para su cumplimiento" "...esto se hila a un Modelo de Atención Integral del Primer Nivel ..." "Checar la experiencia de los Técnicos de Atención Primaria en otros países" "Los Técnicos de Atención Primaria de Salud son un buen recurso para mejorar los recursos humanos de las comunidades rurales" | Se ve necesario definir la composición del equipo. Una apreciación a tener en cuenta en la estrategia de recursos humanos. Algunos comentarios apuntan tener en cuenta profesional técnico específico de primer nivel y la experiencia internacional. |
| | Equilibrar entre entidades federativas la integración de otros profesionales al primer nivel de atención. | Factibilidad | "Es factible en el entendido de que no se dupliquen recursos entre Entidades y sus límites con otros Estados" "..difícil aplicación para lograrlo debe haber presupuesto para cubrir salarios y prestaciones además de contarse con el equipamiento adecuado de las unidades." | En este como en otros temas se ve mermada la factibilidad por problemas presupuestarios. |
| Política de recursos humanos | Establecer una Política explícita de RR HH (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud | Relevancia y características | "...necesario contar con una política de recursos humanos en el sistema de salud bien definida que permita la planificación, formación y gestión de los recursos humanos, a la vez que fortalezca el esquema de contratación para garantizar la permanencia a través de la base, sueldos dignos y un sistema de compensaciones en el medio rural." "...sueldos dignos para que la gente no migre a otras instituciones o Estados" "mejorar el esquema de contratación para garantizar la permanencia a través de la base" "promover una intervención sobre clima laboral" | Los comentarios favorecen el establecimiento de una política integral de recursos humanos, destacando cuestiones relativas a la gestión (contratación, sueldos, clima laboral) y formación continuada. En ambos casos con énfasis en la necesaria, aunque difícil, atención especial al medio rural. |
| | Formación continuada | Características particulares para el primer nivel | "...que se fortalezca la capacitación y formación del personal para desarrollar trabajo en equipo en el primer nivel de atención" "...generar oferta académica local es una labor complicada ya que en la mayor parte de las poblaciones rurales no existe oferta académica local" "...primero habría que reunir los criterios de enseñanza para que los hospitales locales puedan fungir como hospitales escuela." generar programas de formación continuada con criterios de equilibrio rural/urbano de acuerdo con las necesidades locales.." | |

HSSS: habitantes sin seguridad social

Este componente suscitó un gran interés y riqueza de comentarios, destacando de forma clara la necesaria atención específica a la problemática del medio rural, y el escepticismo en cuanto a factibilidad debido a problemas de presupuesto, que necesitarían de una priorización actualmente inexistente tanto en relación con el primer nivel en general como hacia el medio rural en particular. Destaca igualmente una opinión mayoritaria en cuanto a priorizar la dotación de la unidades existentes antes de crear Unidades nuevas, y evaluar los problemas de accesibilidad, particularmente la contribución efectiva de las caravanas de Salud.

Subcomponente 5.2 Suministro de medicamentos

Resumen

El acceso a los medicamentos contribuye sustancialmente en la mejora de la calidad de la atención a la salud. Para tener un impacto en la salud de la población (particularmente en población vulnerable) es esencial garantizar el acceso equitativo a medicamentos de calidad asegurada, a un precio asequible y de uso costo-efectivo. No obstante, para mejorar el abasto en las unidades del primer nivel se requiere de la vinculación y alineación de todas las etapas que integran el suministro de medicamentos. El objetivo de este documento es resumir las estrategias para mejorar el desempeño del Sistema de Suministro de Medicamentos (Sisumed) que se desarrollaron a partir de un diagnóstico situacional previamente elaborado.

Material y métodos

Las propuestas de estrategias para mejorar el desempeño del Sisumed se basan en la bibliografía internacional y en las necesidades y problemática identificada en el diagnóstico de situación. Como complemento se realizó un ejercicio de priorización cuya metodología se describió anteriormente.

Resultados

Los resultados del ejercicio de priorización de las estrategias propuestas se enfocan en tres procesos sustantivos del Sisumed; a saber, adquisición, distribución y uso racional; aunque proponemos estrategias adicionales que inciden sobre otras etapas. Se identifican como relevantes nueve estrategias priorizadas por los REC y DGCES (cuadro 5.2.1), entre ellas: realizar una estimación de necesidades que empate con la necesidad de la población e institucionalizar a la comisión que negocia los precios de medicamentos de fuente única; programación de entrega de medicamentos a las unidades médicas; sanciones efectivas a proveedores y realizar evaluaciones sobre los diferentes esquemas público-privados de entrega de medicamentos; contar con recurso humano capacitado; y el uso racional de

medicamentos a través de proveer de información a la población y monitorear su farmacoterapia, sobre todo en pacientes crónicos.

Conclusiones

Se propone fortalecer la vinculación y la coordinación entre las diferentes etapas del Sisumed, así como la rectoría efectiva, y diez intervenciones prioritarias que involucra a todas las etapas del Sisumed, para incrementar su efectividad y eficiencia en el primer nivel de atención.

Introducción

Los medicamentos son una de las intervenciones más costo-efectivas para la prevención y tratamiento de enfermedades¹ y forman parte de los seis elementos básicos de los sistemas de salud.²

Para tener un impacto en la salud de la población –particularmente la población vulnerable– es esencial garantizar el acceso equitativo a medicamentos de calidad asegurada, a un precio asequible y de uso costo-efectivo.³

El desarrollo y aplicación de estrategias efectivas, acordadas entre una amplia gama de actores, la consolidación de una política nacional en materia de medicamentos y aumentar la calidad de los servicios públicos para incentivar su uso, son consideradas acciones necesarias para lograr el acceso equitativo a medicamentos esenciales y el uso seguro y eficiente.⁴

La identificación y contextualización de estrategias precisa de un bordaje integral de las diversas fases del sistema integral de suministro de medicamentos propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS),^{5,6} tal como ha sido efectuado en la fase de diagnóstico de situación.

Del diagnóstico realizado se derivan una serie de recomendaciones que son mostradas en el presente documento, acompañadas de la priorización otorgada por personal profesional de la calidad, de nivel estatal y federal. La propuesta final de intervenciones considera esta priorización y lo que propone la literatura internacional sobre el tema.

Resultados

Recomendaciones para la mejora de la iniciativa de suministro de medicamentos derivadas del diagnóstico de situación

Listado extenso de intervenciones según la fase del modelo de análisis utilizado

El diagnóstico señaló brechas y áreas de oportunidad en prácticamente todo el Sisumed. En una primera aproximación se identificaron 22 intervenciones, cuya distribución según ésta categorización (sobre iniciativas existentes y sobre nuevas iniciativas) y las diversas fases del Sisumed pueden verse en detalle en el anexo 5.2.A. Sobre este primer listado, se señala igualmente cuales de ellas podrían precisar de un presupuesto específico para su implementación.

Listado reducido y distribución según tipo de intervención

Para avanzar en la priorización de las intervenciones, se construyó un segundo listado más reducido, intentando evitar duplicidades de algunos puntos y reagrupando las recomendaciones que tienen complementariedad; asimismo se categorizaron según sean intervenciones directas (A), capacitaciones (B), o realización de estudios (C), a la vez que se especifican las etapas del Sisumed a la que pertenecen.

En el cuadro 5.2.1 se describe el listado de las 19 intervenciones resultantes, de las cuales 14 son intervenciones directas, 2 intervenciones de capacitación y 3 intervenciones de proyectos o estudios para sustentar mejor la toma de decisiones. Este listado fue sometido a priorización por los REC y DGCEs (primera priorización).

Recomendaciones prioritarias según los responsables estatales de calidad y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

En la valoración global obtenida para el suministro de medicamentos, en relación con el total de los componentes, su relevancia obtuvo el 5° lugar (con el 90.03% de acuerdo) y la factibilidad el 8° lugar (con el 62.99% de acuerdo).

Si se observan estas calificaciones atendiendo al colectivo que lo valoró, existe disparidad de criterios en cuanto a la relevancia. Mientras que la relevancia de este componente en su valoración por los REC obtuvo el 4° puesto de entre los nueve componentes valorados (valor estandarizado de 92.17%), la valoración de la DGCEs lo relegó al último puesto (valor estandarizado de 78.12%). Sin embargo, se produjo un gran acuerdo sobre la factibilidad de las propuestas de mejora, siempre más baja que la relevancia, y cuya valoración (65.01% en ambos grupos) supone para los REC el 8° puesto y la DGCEs el 7° (cuadro 5.2.2).

Los cuadros completos del resultado del primer ejercicio de priorización pueden verse en el anexo 5.2.B. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que los actores de la DGCEs y los responsables de calidad tienen participación sólo en algunas actividades relacionadas con el uso racional de medicamentos; el proceso de suministro de medicamentos es competencia de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPlades), por lo que la apreciación de la relevancia de las recomendaciones, y sobre todo su factibilidad, pueden estar limitadas por este hecho.

Priorización según puntuación de relevancia y factibilidad

Las 19 recomendaciones finalmente propuestas para mejorar el suministro de medicamentos fueron puntuadas en cuanto a relevancia y factibilidad con los resultados que se describen en el anexo 5.2.B. Como primer dato a destacar es que las fases del Sisumed con mayor puntuación en cuanto a relevancia para las intervenciones fueron la adquisición, la distribución y el uso racional, quedando en un relativo segundo plano los aspectos de selección, almacenamiento, y los sistemas de apoyo a la gestión tales como el sistema de información. También es de destacar la alta puntuación de las recomendaciones en cuanto a relevancia (sólo dos por debajo de 4.5), lo que traduce a su vez un alto grado de acuerdo con los hallazgos del diagnóstico realizado sobre el que se basan (rango de puntuaciones muy mayoritariamente de 3 a 5). No así la factibilidad, siempre más baja y con rango mayoritariamente entre 1 y 5.

Con los criterios de corte establecidos establecidos (puntuación ≥ 4 tanto en relevancia como en factibilidad, tanto para REC y DGCEs), ninguna recomendación cumplió el criterio en ambos grupos,

Cuadro 5.2.1. Listado general de recomendaciones estratégicas para el componente 3.5 suministro de medicamentos

| | |
|----------|---|
| V.2.A.1 | Selección. Unificar y transparentar los criterios de selección de los cuadros básicos estatales (unificar listados de medicamentos para primer nivel de atención). |
| V.2.A.2 | Selección. Basar la selección de los medicamentos en las guías clínicas entre otros criterios para asegurar que los medicamentos incluidos en las guías de práctica clínica están incluidos en los cuadros básicos en todos los estados. |
| V.2.A.3 | Adquisición. Establecer indicadores de eficiencia de negociación de precios de medicamentos de la Comisión Nacional de Negociación de Precios de Medicamentos (CNNPM) con base en los precios internacionales de referencia. |
| V.2.A.4 | Adquisición. Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real) |
| V.2.A.5 | Adquisición. Institucionalizar la CNNPM con estructura, fondos, normativa, recursos humanos y materiales para la negociación de precios de medicamentos de fuente única. |
| V.2.A.6 | Adquisición. Ampliar el ámbito de competencia de la CNNPM para negociar con grandes proveedores de medicamentos de múltiple fuente los precios de adquisición de los medicamentos |
| V.2.A.7 | Distribución. Calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para cada una de las jurisdicciones y de las jurisdicciones a las Unidad de Primer Nivel de acuerdo a las necesidades de locales y completar infraestructura necesaria para la distribución (ej. camionetas). |
| V.2.A.8 | Distribución. Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados. |
| V.2.A.9 | Distribución. Otorgar incentivos/sanciones a los privados para que surtan medicamentos a las Unidad e Primer Nivel más lejanas |
| V.2.A.10 | Uso racional. Implementar un sistema de seguimiento rutinario de pacientes crónicos para mejorar la adherencia terapéutica u resultados de salud. |
| V.2.A.11 | Uso racional. Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento. |
| V.2.A.12 | Uso racional. Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias. |
| V.2.A.13 | RRHH. Creación de incentivos para personal con buen desempeño. |
| V.2.B.1 | Uso racional. Involucrar a la enfermera como gestora de medicamentos que eduque al paciente y de seguimiento a la farmacoterapia del paciente. |
| V.2.B.2 | RRHH. Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del Sisumed. |
| V.2.C.1 | Adquisición. Documentar donde existe falta de compra de medicamentos necesarios por falta de presupuesto para mejorar la asignación de presupuesto. |
| V.2.C.2 | Almacenamiento. Verificar si la infraestructura estatal, jurisdiccional y local de los almacenes de medicamentos está conforme con la norma. |
| V.2.C.3 | Distribución. Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas, sobre todo público vs., contratación a empresas privadas. |
| V.2.C.4 | Sistemas de información. Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado y el grado de actualización que tienen. Y asignar recursos para adecuar / actualizar / desarrollarlos. |

A: Intervenciones directas

B: Capacitación

C: Proyectos o estudios

principalmente debido a las puntuaciones otorgadas en relación a la factibilidad de las intervenciones propuestas. Sin embargo, hay un total de ocho recomendaciones que destacan (cuadro 5.6). Dos de ellas en primer lugar: la necesidad de contar con recurso humano capacitado para cada una de las etapas del Sisumed (relevante y factible para la DGCES); y desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento (relevante y factible para los REC). En consecuencia, al margen de otras consideraciones, estas dos recomendaciones deberían de tenerse en cuenta en cualquier propuesta para mejorar el Sisumed.

Otras recomendaciones que pueden ser consideradas prioritarias, son las cinco que presentaron altas puntuaciones en relevancia pero no así en factibilidad en ambos grupos. Estas son para la fase de adquisición “Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real)”, e “Institucionalizar a la comisión que negocia los precios de medicamentos de fuente única”; en la fase de distribución: “Calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para jurisdicciones y unidades del primer nivel de acuerdo a necesidades y completar infraestructura para la distribución (ej. camionetas)”, y “Sancio-

Cuadro 5.2.2. Recomendaciones prioritarias para mejorar el suministro de medicamentos en primer nivel de atención según puntuación media de relevancia (R) y factibilidad (F), otorgada por REC y DGCES

| Componente estratégico y recomendaciones. Medicamentos | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥ que en (1) y F≤4 | | | |
|--|----------------|-----|-------|-----|---------------------|-----|-------|-----|
| | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | R | F | R | F | R* | F | R | F |
| V.2.A.4. Adquisición: Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real). | | | | | 4.8 | 3.7 | 4.4 | 3.4 |
| V.2.A.5. Adquisición: Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de precios de Medicamentos de fuente única. | | | | | 4.8 | 3.6 | 4.3 | 2.8 |
| V.2.A.7. Distribución: Institucionalizar los tiempos de entrega de medicamentos para jurisdicciones y unidades del primer nivel de acuerdo a necesidades y completar infraestructura para la distribución (Ej. Camionetas). | | | | | 4.9 | 3.7 | 4.5 | 3.2 |
| V.2.A.8. Distribución: Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados. | | | | | 4.7 | 3.8 | 4.3 | 3.5 |
| V.2.A.11. Uso racional: Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento. | 4.9 | 4.0 | | | | | 4.3 | 3.7 |
| V.2.A.12. Uso racional: Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias. | | | | | 4.8 | 3.7 | 4.4 | 3.0 |
| V.2.B.2. RRHH: Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del sistema de suministro de medicamentos. | | | 4.3 | 4.4 | 4.7 | 3.7 | | |
| V.2.C.3. Distribución: Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas, sobre todo público vs., contratación a empresas privadas. | | | | | 4.5 | 3.7 | | |
| V.2.C.7. Sistemas de información: Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado y el grado de actualización que tienen. | | | | | 4.6 | 3.1 | | |

* Dada la alta puntuación general en cuanto a relevancia se constatan en esta columna intervenciones ≥ 4.5
 DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 REC: responsable estatal de calidad

nes efectivas a proveedores que no cumplan tiempo y condiciones de entrega”; y en la fase de uso racional “Implantar un proceso para monitorear la calidad y seguridad de la farmacoterapia”. Finalmente, de los cuatro estudios propuestos, uno de ellos (“Realizar evaluaciones sobre los diferentes esquemas público-privados de entrega de medicamentos”) fue priorizado en cuanto a relevancia por los responsables de calidad.

Conclusiones del análisis cualitativo de los comentarios escritos y la discusión de las recomendaciones

Las estrategias planteadas fueron priorizadas a nivel individual, asimismo, debatidas y comentadas en mesas de discusión. De este modo, las intervenciones señaladas en apartados anteriores fueron matizadas, aclaradas y generalmente corroboradas. El resumen de temas y cuestiones debatidas, agrupados según los aspectos analizados en el diagnóstico de situación y señalando las conclusiones derivadas de la interpretación de estos comentarios, puede verse en el anexo 5.2.C. En general, se reconoce que este componente implica un alto peso político, principalmente por el recurso económico que se le designa, lo que al parecer rebasa los problemas asociados a la administración y gestión del Sisumed, y por ende, algunas estrategias, a primera luz parecieron poco factibles, e incluso, en algunos contextos, no aplicables.

No obstante, de los comentarios suscitados por las recomendaciones emergen al menos cuatro cuestiones a considerar. En primer lugar, se infiere que se requiere de rectoría efectiva en la gestión y la administración del sistema. Parece existir la opinión generalizada entre los representantes de DGCES y los responsables de calidad de que (el suministro de medicamentos) debe estandarizarse, por ley, en las 32 entidades federativas para mejorar y transparentar el uso del recurso público. Hay también convergencia en criticar la escasa participación de actores con responsabilidad en la prestación de servicios en la decisión de compra de medicamentos, y el carácter meramente administrativo, ajeno a cualquier cuestión de calidad y eficiencia, de la mayoría de las fases del Sisumed. Estos aspectos parecen relevantes a la hora de diseñar e implementar estrategias de mejora del sistema de suministro, hasta el punto de que puede resultar aconsejable realizar experiencias piloto en

alguna entidad federativa, con mayor involucramiento de los responsables de calidad y de los prestadores de servicios, en todos los niveles.

Hubo también abundantes comentarios en relación a la falta de transparencia en los procesos de licitación y adquisición, así como respecto del modelo subrogado con convenios con las empresas privadas, manifestando, entre otras cosas, el pago de sobrepagos de medicamentos, la falta de exigencia de cumplimiento a las farmacias, la mala calidad y los altos costos de abastecimientos de medicamentos, y que existe migración de un modelo a otro sin sustento basado en evidencia de evaluación del desempeño. Por ello se apoya la propuesta de crear una unidad de monitoreo que apoye la rendición de cuentas y la evaluación rigurosa del costo-efectividad de los modelos de suministro de medicamentos.

Finalmente, desde un inicio, los actores consultados manifestaron que este componente no es competencia de la coordinación nacional de calidad y que los comentarios son sólo apreciaciones, sin tener conocimientos ni responsabilidad directa sobre la mayoría de las actividades en relación al Sisumed. Pensamos, sin embargo, que su opinión es muy valiosa en su calidad innegable como, al menos, clientes internos y parte del sistema de atención.

Propuesta de intervenciones estratégicas derivada de la priorización y comentarios de los responsables de calidad y personal de la DGCES

Del universo de estrategias identificadas con base en el diagnóstico situacional actual y valorizadas con base en su relevancia y factibilidad y contextualizadas en el foro de consulta de la DGCES, se priorizó un aspecto relativo al uso racional de medicamentos, a través de proveer de información a los pacientes a los que se dispensa medicamentos. Asimismo, se destacó una estrategia transversal a todas las etapas del sistema que es contar con recurso humano capacitado.

De la discusión se identifican como importantes la necesidad de rectoría efectiva y transparencia en todas las fases del proceso; así como, una mayor participación de los actores en relación con la prestación de servicios. La necesidad de transparencia se amplía a la evaluación del costo-efectividad del modelo con subrogación al sector privado.

Propuesta integrada de estrategia de intervención con relación al sistema de suministro de medicamentos

La primera y básica recomendación global es la consideración integral e integrada de todas las fases del Sisumed, que deben funcionar de forma coordinada. Sin embargo, de forma más específica considerando conjuntamente las propuestas derivadas del diagnóstico de situación, la priorización y comentarios por parte de REC y DGCES, y lo que apunta la literatura científica internacional, proponemos la siguientes intervenciones estratégicas agrupadas según fases del Sisumed.

Selección para la adquisición de medicamentos en el ámbito estatal

A nivel nacional, regional y estatal existen variaciones en la prevalencia de algunas enfermedades, no obstante de manera transversal a todo el país se cuenta con patrones de enfermedades crónico degenerativas que prevalecen en la población, tales como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, en coexistencia con las enfermedades transmisibles como enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA). Contar con políticas claras desde el nivel central que permeen hasta el nivel estatal es un elemento clave. La primera recomendación sería que una vez establecido el patrón de morbilidad, el desarrollo de las listas de medicamentos (Causes, Paquete Básico Garantizado o Lista de Medicamentos Estatal para la población abierta) se fundamente en las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC). Estas GPC deberían establecer una priorización en la selección de tratamiento con medicamentos (ej. medicamento de primera elección, de segunda, de tercera, etc.). El proceso a seguir para la confección de las listas institucionales o estatales (como Causes) entonces sería: conocer la carga de la enfermedad, basarse en la evidencia de las GPC y finalmente la elaboración de la lista.⁷

La segunda recomendación con respecto a la selección de medicamentos para su adquisición hace referencia a la participación de áreas y actores que intervienen en el quehacer diario en la atención a la salud. Una posibilidad es reforzar la función del Comité de Farmacia y Terapéutica Estatal, como un órgano que promueva la adecuada vinculación entre las áreas clí-

nica y administrativa. Existen ya en los servicios estatales de salud algunos avances en la implementación de estos comités, mayormente en el ámbito hospitalario, amparados bajo la instrucción 311 de la DGCES, donde establece esta acción como una de sus funciones. Los Comités de Farmacia y Terapéutica se conciben como un foro que reúne a todos los interesados que intervienen en las decisiones sobre el uso de medicamentos. A nivel internacional se establece que pueden constituirse en cualquier ámbito del sistema de atención de salud, desde el nivel jurisdiccional supervisando los centros de atención primaria de salud, en hospitales, hasta el ámbito nacional.⁸

Finalmente, para evitar arbitrariedades se recomienda transparentar los criterios de elección y de no adquisición de medicamentos al nivel de la entidad federativa. Esta transparencia permitiría realizar un mejor monitoreo del apego a las listas de medicamentos.

Adquisición de medicamentos

Durante el desarrollo de este proyecto se realizó una propuesta de reforma hacendaria, desde el ejecutivo federal, donde, entre otros, se propone el suministro de medicamentos “en especie”, desde el nivel federal al estatal lo cual centralizaría el gasto en salud como medida de control de los recursos y darles transparencia.* Sin embargo, el sistema de adquisición de medicamentos sería afectado por esta iniciativa al eliminar la transferencia por ramo 33 que es el mecanismo presupuestario diseñado para transferir los recursos económicos a los estados y municipios. Esto significa que se centraliza la adquisición mientras las etapas de estimación de las necesidades, distribución y almacenamiento se realizarían desde el nivel estatal.

Es de esperar que de este modo se eliminen procesos licitatorios paralelos principalmente en los servicios estatales de salud, lo cual simplificará los procesos al interior de las entidades, con oportunidades de ahorro por costos administrativos evitados.⁹ Queda abogar por la máxima transparencia y eficiencia en todo este proceso. La contratación es la actividad más vulnerable al desperdicio, fraude y la corrupción. A nivel internacional se ha reconocido la importancia de que se implemente un sistema de contratación pública transparente

* Las afectaciones específicas a los procesos, no están bien definidas al momento de la redacción del documento.

e imparcial en su compromiso por fomentar la integridad y la rendición de cuentas.¹⁰

Por otra parte, la adquisición ha de basarse en la estimación de necesidades que emanen de las entidades federativas; aspecto sobre el que versa la intervención priorizada para esta fase del Sisumed: estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real). Cuanto mejor sea la información obtenida y su análisis, mejor serán las decisiones tomadas. Esta actividad debe realizarse en cada entidad federativa, diseñando instrumentos para recabar la información de manera sistemática y oportuna para la toma de decisiones.^{11,12} Ello requiere del flujo de información sobre los servicios y los insumos desde los establecimientos del primer nivel, alineados con las políticas y planes a nivel nacional a fin de estimar las cantidades y los costos de los insumos necesarios en cada programa de salud, siguiendo una metodología apropiada ejecutada con recurso humano con los conocimientos, habilidades y tecnología necesarios para realizarla,^{13,14} tal como subrayamos más adelante.

La reforma del Ramo 33 no afecta el mecanismo de la negociación de los precios de medicamentos y otros insumos para la salud que cuenten con patente vigente y sean objeto del procedimiento de adjudicación directa y aquellos respecto de los cuales solo existe un posible oferente en el mercado. Esta negociación es llevada a cabo por la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. Institucionalizar y profesionalizar el trabajo administrativo de la comisión sería beneficioso debido a que se dispondría de recursos humanos, infraestructura, procesos y procedimientos y presupuesto para la alineación y gestión de los procesos administrativos en las diferentes instituciones. Con el apoyo de la función pública, se podría incorporar mejoras al contrato marco para lograr acrecentar la transparencia y eficiencia de la compra pública de medicamentos.¹⁵ Análisis previos sugieren la modificación y evolución de la estructura operativa de la Comisión a una unidad de inteligencia para la negociación de precios de medicamentos de fuente única y de fuentes múltiples; asimismo, que participe en el proceso centralizado de licitación de las compras.¹⁶ Con ello, se sientan las bases para una de las recomendaciones priorizadas (“Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de Precios de fuente única”).

Distribución y almacenamiento

Las unidades médicas del primer nivel de atención no mantienen gran cantidad de medicamentos en stock, por lo que su suministro se basa en la obtención periódica de los almacenes jurisdiccionales o proveedores. La optimización de la logística de distribución, dependiente de varios factores (geográficos, poblacionales, variabilidad de la demanda, disponibilidad de almacenamiento, personal de mantenimiento, etc.), se convierte así en un factor clave para el abasto efectivo de los medicamentos.¹⁷ Los intervalos de reabastecimiento impactan en la disponibilidad del insumo. Los tiempos largos aseguran que el coste del sistema se reduzca; sin embargo, un intervalo de reabastecimiento más frecuente conduce a una mejor gestión de las existencias y una menor probabilidad de desabastecimiento. Es necesario por tanto conseguir un equilibrio explícito, localmente determinado, y contando con la infraestructura necesaria. Así se expresa en la primera de las dos recomendaciones priorizadas para esta fase del Sisumed: calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para jurisdicciones y unidades medicas del primer nivel de atención de acuerdo a necesidades y completar infraestructura para la distribución (ej. camionetas).

Por otra parte, en los estados de la República Mexicana subsisten y conviven modelos de distribución con diferentes grados de participación de los sectores público y privado.¹⁸ La participación privada en algunos procesos del Sisumed ha conllevado problemática asociada a falta de transparencia en el proceso de adjudicación, sobreprecios de medicamentos y con mala calidad; asimismo, es recurrente la mención de problemas de corrupción. Sin embargo, también hay opiniones a favor de la participación del sector privado en la distribución de medicamentos. Parece oportuno destacar entonces la necesidad de la realización de una evaluación rigurosa sobre el costo-efectividad de los diferentes tipos de modelos con participación público-privada para sustentar decisiones basadas en evidencia. Sin olvidar mientras tanto que un cierto descontento de base que parece mayoritario, sobre el funcionamiento del sistema subrogado, ha hecho priorizar la consideración de sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados.

Uso racional de medicamentos

Es de destacar que el desarrollo de información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento es la intervención considerada como más relevante y factible por parte de los responsables de calidad, y sería por tanto una sobre la que se debería de empezar a trabajar de inmediato; en línea además con lo que recomienda la literatura científica según la cual la información dirigida al paciente favorece la adherencia y el uso adecuado de medicamentos.¹⁹

Esta intervención debería complementarse con la implementación de un sistema de seguimiento rutinario de pacientes crónicos, y alguna forma de retroalimentación a los proveedores sobre el uso de los medicamentos para evitar uso inadecuado que no corresponde con la necesidad clínica o que aumenta los costos para el paciente o el sistema.²⁰

Áreas transversales del Sisumed: recursos humanos y sistemas de información

Para llevar a cabo el conjunto de las estrategias descritas anteriormente es relevante que se cuente con personal adecuadamente capacitado y calificado para ejercer las tareas del Sisumed; una intervención que resultó priorizada sobre todo por parte del personal de la DGCES. Un reto entre otros es la rotación frecuente del personal, lo que requiere una oferta de capacitación continua. A mediano/largo plazo es relevante que las entidades federativas cuenten con personal adecuadamente entrenado;

incluyendo los encargados de las entidades federativas para cada etapa.²¹ En general, la creación de incentivos como la previsión de oportunidades de su desarrollo profesional, así como retroalimentación sobre su desempeño, parece incidir en un incremento en la motivación del personal y subsecuentemente su mejor desempeño.²¹

Las intervenciones sobre el sistema de información para el Sisumed no resultaron priorizadas por todos actores consultados. Sin embargo, la adecuación y oportunidad de la información sobre la que basar decisiones destaca como requisito en prácticamente todas las etapas del Sisumed. La situación actual es que cada entidad federativa cuenta con un sistema de información propio y potencialmente diferente, sin que exista un conocimiento detallado sobre el desempeño de estos sistemas y sus necesidades en términos de su desarrollo y adecuación. Por lo tanto, consideramos necesario llevar a cabo una evaluación de estos sistemas en su capacidad de contribuir a los objetivos del Sisumed, particularmente a la vinculación de diferentes etapas y a la eficiencia que incluye minimizar el desperdicio.

Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

Con el fin de valorar objetivamente las intervenciones con el fin de valorar objetivamente las intervenciones a implementar, es necesaria la medición de indicadores. La propuesta se describe en el cuadro 5.2.3 y puede ser enriquecida con las indicaciones que se deriven de los correspondientes planes de implementación.

Cuadro 5.2.3. Indicadores de seguimiento y resultados esperados por intervención. Componente 3. Capacidad organizacional. Subcomponente suministro de medicamentos

| Recomendación | Indicador | Resultados esperados | |
|--|---|---|--|
| | | Corto plazo 6-8 meses | Mediano plazo 1-2 años |
| I. Estrategias con alta prioridad (alta relevancia, alta factibilidad) para REC o DGCES, y relevante para el otro. | | | |
| Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento. | -Proceso de información al dispensar el medicamento diseñado. -% de los pacientes que reciben y entienden información correcta y completa. | -Desarrollo de proceso de información dirigida al paciente y diseño de Piloto de implementación | - >50% de pacientes que tienen conocimiento sobre el manejo de su farmacoterapia y reducción de eventos adversos |
| Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del Sisumed | % del personal del Sisumed capacitado. % del personal del Sisumed profesionalizado | -Definición de funciones del personal del Sisumed. -Diseño de programa de capacitación de acuerdo a funciones. -Definición de cualificaciones exigibles para nuevas contrataciones. | -Al menos 75% del personal trabajando en el Sisumed está profesionalizado o capacitado de acuerdo a sus funciones. |

continúa...

continuación...

| Recomendación | Indicador | Resultados esperados | |
|---|--|--|---|
| | | Corto plazo 6-8 meses | Mediano plazo 1-2 años |
| II. Estrategias calificadas con alta relevancia y mediana factibilidad por REC y DGCES | | | |
| Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real) | <ul style="list-style-type: none"> - Criterios de estimación de necesidades definidos. - % de los procesos de compra en las entidades que responden a necesidades estimadas de acuerdo a los criterios señalados | <ul style="list-style-type: none"> -Establecimiento de criterios de estimación de necesidades, que tenga en cuenta morbilidad y consumo. -Diseño del proceso de estimación de necesidades. -Programa de capacitación de recursos humanos para la estimación de las necesidades establecido. | -Proceso de estimación de necesidades e indicador de cumplimiento implementados. |
| Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de precios de Medicamentos de fuente única | -% de procesos de negociación de precios de compra con evidencia de decisión eficiente. | <ul style="list-style-type: none"> -Definición de funciones y características de los componentes de la Comisión. -Definición de criterios de funcionamiento y evaluación de la Comisión. | -Procesos de negociaciones de precios que siguen buenas prácticas de negociación y logran compras eficientes. |
| Calendarización y cumplimientos con los tiempos de entrega de medicamentos para jurisdicciones y unidades medicas del primer nivel de acuerdo a necesidades y completar infraestructura para la distribución (ej. Camionetas) | <ul style="list-style-type: none"> % de las entregas en el tiempo establecido. % de fallas en el abasto | <ul style="list-style-type: none"> -Definición del proceso para la calendarización de entregas, incluyendo procedimientos de ajuste. -Valoración de la infraestructura necesaria para llevar a cabo las entregas. | <ul style="list-style-type: none"> -Entregas según calendario próximas al 100%. -Reducción de desabasto de medicamentos en las unidades de atención |
| Sanciones económicas y de no recontratación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados. | % de incumplimientos que se siguen para implementación de sanciones | <ul style="list-style-type: none"> -Revisión de la base legal estatal para definir e imponer sanciones efectivas. -Desarrollar procesos de buena práctica de contrataciones para imponer sanciones en caso que sean ausentes | <ul style="list-style-type: none"> -Disminución significativa de los incumplimientos en la entrega oportuna de medicamentos. -Proveeduría, efectiva y eficiente. |
| Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias. | <ul style="list-style-type: none"> % de los médicos que recibieron una retroalimentación sobre adecuación de sus prescripciones en los últimos tres meses. % de adecuación de las prescripciones acorde a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínicas. | <ul style="list-style-type: none"> -Definición de indicadores de prescripción adecuada. -Definición del proceso de retroalimentación rutinario a los prescriptores y de su implementación o pilotaje en jurisdicciones seleccionadas. | <ul style="list-style-type: none"> -Indicadores de prescripción adecuada pilotados. -Proceso de implementación pilotado y valorado. -Implementación rutinaria de acuerdo a los resultados del pilotaje |
| III. Selección de Estrategias adicionales con base en priorización parcial (sólo REC ó DGCES) ó la evidencia científica | | | |
| Unificar y transparentar los criterios de selección de medicamentos para la adquisición al nivel estatal, con la participación de los Comités de Farmacia y Terapéutica. | <ul style="list-style-type: none"> -Listas de medicamentos incluso Causas de acuerdo a las guías de práctica, y la participación de los Comités de Farmacia. -Procedimiento de revisión establecido | <ul style="list-style-type: none"> -Definición de las funciones de los Comités de Farmacia y Terapéutica. -Diseño del plan para efectuar la revisión | - Los Comités de Farmacia y Terapéutica con miembros capacitados y poder de decisión en la selección de medicamentos y el monitoreo de las compras. |
| Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas, sobre todo público vs., contratación a empresas privadas. | Número de decisiones sobre subrogación basadas en valoración explícita de su costo/efectividad | Términos de referencia para lanzar una convocatoria y selección de una institución o agencia que realizará la evaluación de los sistemas existentes | <ul style="list-style-type: none"> -Los esquemas principales de suministro utilizados han sido evaluados. -Se establece como rutina la decisión sobre esquemas de contratación basada en datos. |

continúa...

continuación...

| Recomendación | Indicador | Resultados esperados | |
|---|---|---|---|
| | | Corto plazo 6-8 meses | Mediano plazo 1-2 años |
| Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado | % de decisiones que cuentan con la información necesaria. | -Definir las necesidades de información para el Sisumed. - Términos de referencia para lanzar una convocatoria y selección de una institución o agencia que realizará la evaluación de los sistemas existentes | Sistemas de información para Sisumed que proporcionan de forma oportuna la información esperada |

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud
REC: responsable estatal de calidad

Referencias

- World Health Organization. The selection of essential medicines. Geneva: WHO, 2002.
- World Health Organization. Everybody's business: Strengthening Health Systems to improve health outcomes. WHO's Framework for action. Geneva: WHO, 2007.
- World Health Organization. How to develop and implement a national drug policy. Geneva: WHO, 2001.
- Wirtz VJ, Dreser A, Heredia-Pi I. Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. *Salud Publica Mex* 2013;55:329-336
- OPS/OMS. Logística del Suministro de Medicamentos. 1997
- OPS/OMS, COHAN, MSH. Guía práctica para la planificación de la gestión del suministro de insumos estratégicos. Washington, D.C.: OPS; 2006.
- WHO. The world medicines situation 2011. Selection of essential medicines. 3rd Edition.
- OMS. Comités de Farmacoterapia. Guía Práctica. 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s8121s/s8121s.pdf>
- INSP. Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud, 2011.
- OCDE. Estudio sobre la contratación pública. Aumentar la eficiencia e integridad para una mejor asistencia médica: Instituto Mexicano del Seguro Social. Aspectos claves. 2012
- Levine, R. Pickett J, Sekhri N y Yadav P. Demand Forecasting for Essential Medical Technologies. *American Journal of Law and Medicine*; 2008; 34. pp 225.
- Hraiselburd and Yadac. Supply chains and Global Health: An imperative for Bringing Operations Management Scholarship into Action. *Production an operations mangerment*. 2012 pp 1-5.
- USAID Proyecto Delivery. Orden de trabajo 1. 2011. Manual de logística. Guía práctica para la gerencia de cadenas de suministro de productos de salud. Segunda edición.
- USAID. Strengthening Pharmaceutical Systems. Manual for Quantification of Malaria Commodities: Rapid Diagnostic Tests and Artemisinin-Based Combination Therapy for First-Line Treatment of Plasmodium Falciparum Malaria. Submitted to the US Agency for International Development by the Strengthening Pharmaceutical Systems Program. 2011. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- SSA. Negociación de medicamentos; origen, evolución y retos. Tomado de la presentación del Dr. Sebastian García Saisó de la reunión Nacional "Por el acceso efectivo en el sector público" Marzo, 2013. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/eventos/Medicamentos/11_Negociacion_Origen_Evolucion_Retos.pdf
- INSP. Evaluación y Estrategias de Portabilidad y Convergencia hacia la integración del Sistema Nacional de Salud, 2011.
- WHO. The World Medicine Situation 2011. Storage and Supply Chain Management. Geneva 2011. 3rd edition.
- SSA. Criterios Mínimos a considerar para la aplicación de procesos de tercerización y monitoreo de recetas. Mayo 2011.
- Johnson K, Fresle DA. Encouraging appropriate use of medicines by consumers. Chapter 33.
- Frye and Wilson. Pharmaceutical management information systems. Chapter 49. In: *Managing Access to Medicines and Health Technologies*. Washington, DC: Management Sciences for Health, 2012.
- Adano U, O'Neil M, Browne CF, Fox J. Human Resources Management and Capacity Development. Chapter 51. In: *Managing Access to Medicines and Health Technologies*. Washington, DC: Management Sciences for Health, 2012.

Anexo 5.2.A

Listado de intervenciones según hallazgos del diagnóstico de situación, distribuidas según fase del modelo de análisis utilizado y su incidencia sobre iniciativas existentes

| Aspectos analizados (modelo de análisis) | Propuestas de intervención | |
|---|---|--|
| | Sobre iniciativas existentes | Nuevas iniciativas |
| Selección | Unificar y transparentar los criterios de selección de los medicamentos de las listas estatales para la adquisición. Mejorar la comunicación y los procesos de vinculación entre las áreas, médica y administrativa, en términos de la selección de medicamentos. | Basar la selección de los medicamentos en las guías clínicas entre otros criterios para asegurar que los medicamentos listados en las GPC estén incluidos en los cuadros básicos de los estados. |
| Adquisición - planificación | Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad. (Datos históricos ajustados a la demanda real). Contar con información actualizada para estimar metodológicamente la correspondencia con la demanda y la necesidad de salud. Documentar donde existe la falta de compra de medicamentos necesarios por falta de presupuesto para mejorar la asignación de presupuesto. | Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de Precios de Medicamentos con estructura, fondos, normativa, recursos humanos y materiales para la negociación de precios de medicamentos de fuente única.* Ampliar el ámbito de competencia de la CNNPM para negociar con grandes proveedores de medicamentos de múltiple fuente los precios de adquisición de los medicamentos. Establecer indicadores de eficiencia de negociación de precios de medicamentos de la CNNPM con base en los precios internacionales de referencia. |
| Distribución | Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados. Calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para cada una de las jurisdicciones y de las jurisdicciones a las unidad médica del primer nivel de acuerdo a las necesidades de locales y completar infraestructura necesaria para la distribución (ej. camionetas).* | Otorgar incentivos/sanciones a los privados para que surtan medicamentos a las unidad médica del primer nivel más lejanas. Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas de distribución, sobre todo público versus contratación a empresas privadas.* |
| Almacenamiento | Verificar si la infraestructura estatal, jurisdiccional y local de los almacenes de medicamentos está conforme la Norma.* | |
| Uso racional de medicamentos | Involucrar a la enfermera como gestora de medicamentos que eduque al paciente y de seguimiento a la farmacoterapia del paciente. | Implementar un sistema de seguimiento rutinario de pacientes crónicos para mejorar la adherencia terapéutica, y resultados en salud.* Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento.* Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias. |
| Recursos humanos | | Creación de incentivos para personal con buen desempeño.* Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del Sisumed.* |
| Sistemas de información | | Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado y el grado de actualización que tienen. Y asignar recursos para adecuar/actualizar/desarrollarlos.* |

* Estrategias que requieren presupuesto para su implementación

| Puntuación* de estrategias para el componente 5.2. Suministro de medicamentos | | REC | | DGCES | |
|---|---|-------|-------|-------|-------|
| | | Relev | Fact. | Relev | Fact. |
| V.A.1 | Selección: Unificar y transparentar los criterios de selección de los Cuadros Básicos Estatales (unificar listados de medicamentos para primer nivel de atención) | 4.86 | 3.86 | 3.83 | 2.5 |
| V.A.2** | Selección: Mejorar la comunicación y los procesos de vinculación entre las áreas, médica y administrativa, en términos de la selección de medicamentos. | 4.86 | 3.79 | 4.17 | 3.17 |
| V.A.3 | Adquisición: Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de Precios de Medicamentos con estructura, fondos, normativa, recursos humanos y materiales para la negociación de precios de medicamentos de fuente única. | 4.79 | 3.57 | 4.33 | 2.83 |
| V.A.4 | Adquisición: Ampliar el ámbito de competencia de la CNNPM para negociar con grandes proveedores de medicamentos de múltiple fuente los precios de adquisición de los medicamentos | 4.5 | 3.51 | 4 | 2.83 |
| V.A.5 | Almacenamiento: Verificar si la infraestructura estatal, jurisdiccional y local de los almacenes de medicamentos está conforme con la norma. | 4.86 | 3.63 | 4.17 | 3.5 |
| V.A.6 | Distribución: Calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para cada una de las jurisdicciones y de las jurisdicciones a las unidad médica del primer nivel de acuerdo a las necesidades de locales y completar infraestructura necesaria para la distribución (ej. camionetas). | 4.85 | 3.67 | 4.5 | 3.17 |
| V.A.7 | Distribución: Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados. | 4.71 | 3.82 | 4.33 | 3.5 |
| V.A.8** | Almacenamiento: Verificación de la disponibilidad de los medicamentos en los almacenes por parte de grupos civiles y representantes de la comunidad (vincular acción con Aval Ciudadano). | 4.29 | 3.07 | 3.83 | 2.83 |
| V.A.9 | Distribución: Otorgar incentivos/sanciones a los privados para que surtan medicamentos a las unidad médica del primer nivel más lejanas | 4.29 | 3.04 | 4.17 | 2.67 |
| V.A.10 | Uso racional: Implementar un sistema de seguimiento rutinario de pacientes crónicos para mejorar la adherencia terapéutica u resultados de salud. | 4.81 | 3.62 | 4.17 | 2.67 |
| V.A.11 | Uso racional: Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento. | 4.89 | 4 | 4.29 | 3.71 |
| V.A.12 | Uso racional: Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias. | 4.77 | 3.69 | 4.43 | 3 |
| V.A.13 | RRHH: Creación de incentivos para personal con buen desempeño. | 4.45 | 3.35 | 3.67 | 2.67 |
| V.B.1 | Uso racional: Involucrar a la enfermera como gestora de medicamentos que eduque al paciente y de seguimiento a la farmacoterapia del paciente. | 4.54 | 3.77 | 4 | 3.33 |
| V.B.2 | RRHH: Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del Sisumed | 4.71 | 3.71 | 4.29 | 3.43 |

continúa...

continuación...

| Puntuación* de Estrategias para el componente 5.2. Suministro de medicamentos. | | REC | | DGCES | |
|--|--|-------|-------|-------|-------|
| | | Relev | Fact. | Relev | Fact. |
| V.C.1** | Adquisición: Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad. (datos históricos ajustados a la demanda real) | 4.8 | 3.87 | 4.4 | 3.4 |
| V.C.2** | Adquisición: Contar con información actualizada para estimar metodológicamente la correspondencia con la demanda y la necesidad de salud | 4.86 | 3.53 | 4.29 | 3.29 |
| V.C.3 | Adquisición: Documentar donde existe falta de compra de medicamentos necesarios por falta de presupuesto para mejorar la asignación de presupuesto. | 4.77 | 3.71 | 3.83 | 2.67 |
| V.C.4 | Selección: Basar la selección de los medicamentos en las guías clínicas entre otros criterios para asegurar que los medicamentos incluidos en las guías de práctica clínica están incluidos en los cuadros básicos en todos los estados. | 4.74 | 3.64 | 3.83 | 3.17 |
| V.C.5 | Adquisición: Establecer indicadores de efectividad de negociación de precios de medicamentos de la CNNPM con base en los precios internacionales de referencia. | 4.53 | 3.27 | 4 | 3.33 |
| V.C.6 | Distribución: Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas, sobre todo público vs. contratación a empresas privadas. | 4.54 | 3.71 | 4 | 2.33 |
| V.C.7 | Sistemas de información: Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado y el grado de actualización que tienen. | 4.62 | 3.31 | 4.17 | 3.17 |

* Escala de 1 a 5

** La estrategia V.A.8 se derogó por el consenso general sobre su poca factibilidad, asimismo el poco sustento de la literatura. Por lo que en el resto de los cuadros de elimino. De igual forma V.A.2 se eliminó por ser demasiado genérica, y se unieron V.C.1 y V.C.2, que fueron consideradas tipo A (intervención directa, al igual que V.C.1 y V.C.2)

REC: responsables estatales de calidad

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Análisis cualitativo de los comentarios de los responsables estatales de calidad y personal de la DGCES sobre las propuestas de intervención en relación con el subcomponente 5.2: suministro de medicamentos^{*,**}

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|-------------------|-----------------------------------|-------------------------------|---|---|
| | Cuadros estatales de medicamentos | Características y composición | <p>“... lo que solicita el Seguro Popular, que la prescripción del Causes se lleve a cabo con base en las GPC...”</p> <p>“cada Estado tiene su cuadro básico, de acuerdo a su perfil epidemiológico”</p> <p>“Revisar y actualizar...con base a la práctica diaria y necesidades por niveles de atención”</p> | Se aprecia consenso sobre la necesidad de revisar y actualizar los cuadros estatales de medicamentos. Aunque no hay una opinión unánime sobre sus características, esta parece que sería una iniciativa bien recibida. |
| Selección | Proceso de selección | Actores | <p>“...el suministro de medicamentos debe tener un grupo de expertos del primer nivel y segundo nivel para que participe en la adquisición y selección”</p> <p>“...definitivamente el primer nivel no tiene ningún peso en la decisión de la compra de medicamentos...”</p> <p>“...los administrativos toman las decisiones de los medicamentos sin asesoría médica...”</p> <p>“...crear un Comité Estatal de Medicamentos para abastecimiento y control de calidad”</p> <p>“El REC debe tener jerarquía sobre las jurisdicciones y hospitales, con contrapartes en esos niveles”</p> | Hay descontento y sensación de problema a solucionar debido a la escasa participación de actores con responsabilidad en la prestación de servicios del primer nivel. Parece que merecería la pena diseñar e implementar experiencia piloto en alguna entidad federativa |

continúa...

continuación...

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------------------|--|--|
| Estimación y adquisición | Estimación de necesidades | Mecanismos y actores | "La estimación debe realizarse con participación de los prestadores del servicio""se deben retomar mediciones...antes se tenía conocimiento del abasto, ahora no se sabe..., es necesario que haya más indicadores""... proceso administrativo. Poco pueden participar las áreas de calidad" | Reconocimiento de proceso administrativo ajeno a calidad, pero con opiniones abogando por cambios y establecimiento de indicadores (tanto para este aspecto como para otros) del Sisumed). |
| | Procesos de licitación. | Actores y transparencia | "definitivamente el primer nivel no tiene ningún peso en la decisión de la compra de medicamentos" "... hay muchos intereses en juego y son los que determinan a quien se le compra..." "... los estados deben soltar el negocio para avanzar..." "... falta de transparencia en las negociaciones de licitación y convenio con las empresas privadas..." "... debe estandarizarse, por ley, en las 32 entidades para mejorar el uso del recurso público..." "... falta de unidad sancionadora y que promueva que se realice lo que lo que deba realizarse..." "...la estructura gubernamental es compleja que impide el desarrollo sano de los procesos..." | Se destaca que hubo muchos comentarios que apuntan a la falta de transparencia en los procesos de licitación y adquisición, así como la multiplicidad de formas de adquisición según Entidades y la falta de una unidad sancionadora. Vuelven a salir comentarios sobre la Comisión Nacional de Negociación de Precios de Medicamentos (algunos desconocían su existencia), la queja sobre el carácter casi exclusivamente administrativo del proceso, y una cierta contraposición de opiniones sobre la distribución de responsabilidades entre nivel central y estatal. |
| | Proceso de compra | Actores, presupuestos y transparencia | "las compras se realizan por otras entidades ...que desconocen la parte técnica de la elección de medicamentos""se sugiere que la compra sea consolidada por el nivel federal" "Asignar un porcentaje presupuestal para que los estados adquieran los medicamentos según necesidades estatales" "Explorar el surtimiento de medicamentos tradicional...prescripción a granel...con apoyo de personal capacitado o ...contratar licenciados en farmacia""no hay posibilidad de negociación..." | |

continúa...

continuación...

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|--|---|
| Almacenamiento y distribución | Procesos subrogados | Problemática | <p>"... en mi estado se ocupa la participación privada y se vinculó a negocio con el secretario. Hay farmacias montadas y no se ha podido quitar la empresa, en el estado no aplican las propuestas..."</p> <p>"...hay muchas diferencias en el surtimiento. No hay exigencias a los de las farmacias..."</p> <p>"... en mi estado hubo participación de privado pero se quitó por problemas de corrupción..."</p> <p>"...los convenios se tienen a nivel central y las unidades operativas no saben a qué tienen derechos ni conocen los criterios de almacenamiento, hay razones de compadrazgos..."</p> <p>"...hay muchas diferencias en el surtimiento. No hay exigencia a los de las farmacias..."</p> <p>"... modernizar el sistema de adquisiciones y distribución como ya ocurre en algunas entidades federativas, eliminando el sistema de almacén..."</p> <p>"...hay cuatro cadenas de farmacias que distribuyen los medicamentos a todas las unidades, y tienen buenos niveles de surtimiento... el problema es el costo"</p> | Abundan los comentarios señalando problemas en los procesos subrogados, incluyendo falta de transparencia, sobrepagos, mala calidad de medicamentos, y problemas de corrupción; aunque también hay comentarios favorables. En consecuencia parecería necesario abogar por la realización de una evaluación rigurosa sobre el costo-efectividad de esta alternativa. |
| | | Sanciones | <p>"...la sanción no sirve para mejorar el papel del proveedor, prefieren pagar que cumplir en las zonas rurales"</p> <p>"... en la práctica las sanciones económicas se aplican a un proveedor que incumple..."</p> <p>"...no los puedes sancionar si no le pagas a tiempo" "...Las sanciones por incumplimiento son efectivas"</p> | Escepticismo sobre la efectividad de las sanciones económicas, porque parece que hasta el momento no han funcionado, aunque en algunos casos se opina que sí. Se podría considerar un tipo de sanciones diferente. |
| | | Participación de la comunidad | Factibilidad | "... no puede el Aval Ciudadano verificar la disponibilidad de medicamentos en almacenes de distribución..." |

continúa...

continuación...

| Aspecto analizado | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
|------------------------------|------------------------|--|---|---|
| Uso racional de medicamentos | Monitoreo | Adherencia al tratamiento e indicadores de surtimiento | "Monitorear en los pacientes la adherencia al tratamiento" "Reformar la medición surtimiento completo de medicamentos en la prescripción." | Hay muy pocos comentarios sobre este aspecto del análisis; se apunta la necesidad de indicadores para la medición de esta etapa, y las deficiencias de personal capacitado para una correcta dispensación. |
| | Dispensación | Personal involucrado | Falta personal | |
| Procesos de apoyo | Recursos Humanos | Suficiencia y capacitación | "Falta capacitación para el manejo del tema de medicamentos en los Estados" "Contratar licenciados en farmacia para mejorar proceso" "... no hay oficial de farmacia..." "El REC debe tener jerarquía sobre las jurisdicciones y hospitales, con contrapartes en esos niveles" | Los pocos comentarios, probablemente por el escaso tiempo al tener que comentar una gran cantidad de recomendaciones, señalan de nuevo los problemas de escasez de personal capacitado e infraestructura para el Sisumed. |
| | Sistema de información | Infraestructura tecnológica | Falta tecnología | |

* Como comentarios generales y comunes se mencionó que el proceso de suministro de medicamentos no es competencia de la coordinación de calidad y sólo era una apreciación, sin tener conocimiento de la adquisición y distribución.

** Limitaciones: La DGCES y los REC tienen participación sólo en algunas actividades relacionadas con el uso racional de medicamentos; el proceso de suministro de medicamentos es competencia de la Dirección General de Planeación y Desarrollo, por lo que la relevancia y factibilidad pueden estar limitadas en apreciación.

Resumen

Los desequilibrios financieros que dieron lugar a la reforma que creó el SPSS se mantienen en los grandes rubros, y es notoria la ausencia de esquemas de incentivos que asocien el desempeño a resultados objetivos en la salud de la población. Por este motivo, la situación en cuanto a financiamiento e incentivos para el buen funcionamiento del primer nivel de atención constituyó uno de los objetivos de análisis del diagnóstico estratégico efectuado para fundamentar propuestas de mejora.

Metodología

Las recomendaciones que se proponen en este documento son el resultado de considerar las brechas identificadas en el diagnóstico situacional, la priorización expresada por los REC y los funcionarios de la DGCEs (ente rector), y la bibliografía internacional.

Resultados

Del diagnóstico se identificó la necesidad de incrementar el gasto público en salud, con recursos etiquetados para asegurar condiciones estructurales básicas el primer nivel de atención, tendiendo a reducir el gasto de bolsillo e incrementar el acceso efectivo. Estos aspectos fueron considerados de alta relevancia en el ejercicio de priorización, pero de baja factibilidad.

Conclusión

Resulta necesario incrementar la inversión pública en salud, con una estrategia dirigida a fortalecer la capacidad estructural de los servicios. Asimismo, se presenta una ventana de oportunidad para evaluar la utilidad de esquemas de incentivos a proveedores para incrementar la efectividad de la atención.

Introducción

El financiamiento de los servicios de salud se constituye en un elemento necesario para la provisión de servi-

cios efectivos y de calidad. En el contexto global del movimiento hacia la cobertura universal en salud, las políticas de financiamiento son un componente fundamental, que permite asegurar la protección financiera y la provisión de servicios de salud de efectivos.¹ Los recursos que se dirigen a los establecimientos del primer nivel de atención deben permitir que estos cuenten con las condiciones estructurales necesarias para la oferta que permita el acceso efectivo a los mismos, a la vez que son un mecanismo potencial para incentivar la efectividad de la atención.

De acuerdo a la revisión realizada para el diagnóstico, la inversión pública en salud para el caso de México es de las más bajas entre los países de la OCDE, y esto parece reflejarse en el hecho de que a pesar del incremento en los recursos públicos en salud, particularmente a través de la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), aún 47% del gasto total en salud es gasto de bolsillo.²⁻³ Esto es, el reto que buscó atender la creación del SPSS de transitar de un esquema en el cual más de la mitad del gasto de salud se da de forma asociada a eventos de salud, gasto de bolsillo y privado, hacia un esquema en el cual la población que ha quedado fuera de la seguridad social tenga acceso a servicios ya sea de pre-pago o sin pago en el punto de contacto, aún permanece para el sistema de salud mexicano. Ciertamente, como se ha documentado, ha disminuido de forma importante la proporción de la población que no cuenta con protección financiera en salud, al pasar de 60% reportado en 2000 a 24% en 2012.⁴

No obstante este incremento importante en la protección financiera en salud, se ha documentado que cerca de la tercera parte de la población con seguros de salud público hace uso de la atención ambulatoria con proveedores privados, lo que se traduce en el importante gasto de bolsillo que existe en el país. Se ha propuesto que esta utilización de proveedores privados es un indicador de retos en la oferta pública, tanto en la oportunidad y ubicación de los mismos, como en la efectividad percibida de la atención.^{5,6} De hecho, se ha mencionado que la accesibilidad de la atención a la salud debe considerar de forma amplia los costos relacio-

nado con llegar a los servicios (costos de transporte y tiempo destinado a la espera y a recibir la atención), y que estos elementos están afectados por los esquemas de financiamiento de los sistemas de salud.⁷

Uno de los mecanismos a través de los cuales los arreglos financieros en los sistemas de salud pueden incidir en la efectividad de la atención, una vez atendidos los aspectos estructurales, es mediante mecanismos de incentivos a los proveedores de servicios. Entre las recomendaciones emitidas por la OCDE para México se identifica la evaluación de este tipo de esquemas, como un medio para alcanzar objetivos en resultados de salud.⁸ Se ha documentado que dirigir incentivos a los proveedores asociados a indicadores de resultados en salud tiene un efecto mayor en la efectividad de los servicios que el simple incremento de recursos adicionales; esto es, que es el asociar los incentivos a resultados lo que incide en una mejor atención.⁹

En México, el mecanismo de incentivos a proveedores existente a través del Programa de Estímulos a la Calidad del Desempeño del Personal de Salud si bien va en la lógica de motivar a los proveedores al mejorar la calidad de la atención, no incluye un mecanismo explícito que asocie el incentivo a resultados en la atención, sino que es un concurso sobre la implementación en lo general de procesos o protocolos de atención, por lo que es más un mecanismo para subsanar huecos presupuestales.

En Ruanda, se documentó el efecto positivo en utilización y calidad de los servicios de atención de primer nivel de un esquema de pago por desempeño a los proveedores, aislando el efecto del incentivo de la simple adición de recursos a las establecimientos.¹⁰ En el análisis del programa en Ruanda se ha discutido la necesidad de un enfoque pro-equidad en las estrategias de incentivos, para atender la preocupación de que este tipo de mecanismos podrían incrementar las brechas al favorecer la atención de población de menor riesgo.¹¹

Los posibles retos de los mecanismos de incentivos se refieren tanto a la sustentabilidad de los mismos, como las posibles consecuencias negativas para la equidad de los mismos. Algunos autores han llamado a la cautela en la implementación de los mismos, lo que refuerza la necesidad de pilotear y evaluar mecanismos de este tipo, que por otra parte parecen ser una forma efectiva de incidir en la calidad de la atención.^{12,13}

Mecanismos de incentivos se han puesto en marcha de forma amplia en países como Argentina, en donde

de un primer momento de financiamiento basado en resultados enfocado en la atención materno-infantil a través del Plan Nacer, se han movido hacia una gama más amplia de servicios con el Programa SUMAR. Este programa utiliza una fracción menor del presupuesto en salud para incrementar los recursos líquidos en los establecimientos en salud, con resultados importantes en cobertura y efectividad de los mismos.

En este documento se revisan estrategias sobre el financiamiento e incentivos para mejorar la efectividad de los servicios del primer nivel de atención a la salud financiados por los estados en México. Se reconoce que en lo que se refiere a incrementar la inversión pública en salud es una estrategia a nivel de la instancia rectora, en tanto que se plantea la necesidad de implementar y evaluar esquemas de incentivos a los proveedores para mejorar la efectividad de la atención.

Resultados

Recomendaciones para la mejora derivadas del diagnóstico de situación

Del documento de diagnóstico situacional, como se ha señalado, se identificó la persistencia de los desequilibrios en financiamiento que han sido el sustrato de las acciones en política de salud de los años recientes en México. Si bien ha disminuido el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico de los hogares en salud, el gasto de bolsillo sigue representando 47% del gasto total en salud en el país. Si se asume que el gasto público y el gasto privado son sustitutos (esto es, que el monto de uno es función del monto del otro), la reducción del gasto de bolsillo pasa por un incremento en el gasto público en salud.

Al menos al nivel ambulatorio, se ha documentado que la población con seguros público en un porcentaje importante decide acudir con proveedores privados, lo que se ha propuesto que es resultado de limitaciones en la oferta, sean en oportunidad y accesibilidad geográfica, o en la calidad percibida de los servicios. Aunado a ello, existe evidencia sobre las deficiencias estructurales en los servicios de primer nivel. En conjunto, estos aspectos urgen a dirigir recursos para fortalecer la capacidad estructural de los servicios de primer nivel, dotándolos al menos de los espacios, equipos, personal, insumos y medicamentos mínimos para la provisión de servicios de salud.

Estos dos aspectos, una mayor inversión pública en salud, y que entre las prioridades del gasto público se identifique claramente el fortalecimiento estructural de los servicios de primer nivel debe incidir en la disminución del gasto de bolsillo, incrementando el acceso efectivo, y contribuyendo a la cobertura universal. Estas estrategias que resultan del análisis situacional se presentan en el cuadro 5.3.1.

Recomendaciones prioritarias según los responsables de calidad en las entidades federativas y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

De acuerdo a la metodología descrita en la sección correspondiente, los responsables estatales de calidad (REC), y los funcionarios de la entidad rectora, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DG-CES), priorizaron las estrategias considerando relevancia y factibilidad con una puntuación de 1 a 5.

En el cuadro 5.3.2 se reportan las estrategias priorizadas para el componente de financiamiento e incentivos. En este caso, las estrategias que se incluyen son a partir del criterio de relevancia, ya que fueron consideradas de baja factibilidad tanto por los REC como por los funcionarios de la DG-CES. El enfoque de las estrategias está en el nivel de rectoría, y se refiere a los recursos disponibles para la salud en el país, con la orientación a disminuir el gasto de bolsillo y asegurar una oferta adecuada de servicios de salud, esto es, en conjunto el acceso afectivo al primer nivel de atención. Adicionalmente, y como resultado de la revisión de estrategias en otros componentes y de la literatura internacional, se incluye la necesidad de evaluar esquemas de incentivos a los proveedores que puedan contribuir a una oferta de mayor calidad.

Propuesta integrada de estrategias de intervención en relación con financiamiento e incentivos

De forma general, México requiere incrementar de forma importante el gasto público en salud, en particular el dirigido a la atención de primer nivel y con énfasis en el fortalecimiento de la estructura de los establecimientos de provisión de servicios.

Como se documentó en el diagnóstico previo, la inversión en salud en México está en los niveles más bajos de los países de la OCDE, y presenta al mismo tiempo uno de los mayores porcentajes de gasto de bolsillo del mismo conjunto. El financiamiento es en doble sentido una condición necesaria para la provisión de servicios de calidad en el país: por un lado, es necesario invertir para contar con condiciones estructurales adecuadas en el universo de los establecimientos públicos de atención, y por el otro es necesario invertir en diversas acciones de los ejes de la atención a la salud para el mismo objetivo.

Desde el ente rector, las acciones podrían dirigirse a documentar la necesidad de dotar a los establecimientos de primer nivel con los espacios, personal, equipo, e insumos necesarios para la provisión efectiva de servicios preventivos y de atención primaria a la salud, lo que repercutirá en frenar el crecimiento en la demanda por servicios especializados. El éxito que se ha obtenido con una mayor demanda de servicios por parte de la población más vulnerable a partir de los esquemas de incentivos a la demanda debe acompañarse con la provisión de servicios de calidad, que entonces traduzca efectivamente la demanda en mejor salud.

De forma paralela, entre las estrategias para incrementar la efectividad de la oferta pueden explorarse mecanismos de incentivos a los proveedores, que en

Cuadro 5.3.1. Recomendaciones para la mejora derivadas del diagnóstico de situación

| | |
|---------|--|
| V.3.A.1 | Se requiere analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud, acercándose al promedio de países OCDE |
| V.3.A.2 | Etiquetar presupuestalmente recursos dirigidos a asegurar que las unidades de salud cuenten con las condiciones estructurales normadas |
| V.3.A.3 | Requiere incrementar la cobertura de aseguramiento y de uso efectivo de servicios de salud, a través de mejorar la accesibilidad geográfica, oportunidad de la atención, y efectividad de la misma |

Cuadro 5.3.2. Recomendaciones prioritarias según los responsables de calidad de las entidades federativas y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud*

| Componente estratégico y Recomendaciones. Subcomponente 5.2. Financiamiento e incentivos | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥que en (1) y F≤4 | | | |
|---|----------------|---|-------|---|--------------------|-----|-------|-----|
| | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | R | F | R | F | R | F | R | F |
| V.A.1 Se requiere analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud, acercándose al promedio de países OCDE | | | | | 4.7 | 3.7 | 4.0 | 2.4 |
| V.A.2 Etiquetar presupuestalmente recursos dirigidos a asegurar que las unidades de salud cuenten con las condiciones estructurales normadas | | | | | 4.8 | 3.9 | 4.6 | 2.8 |
| V.A.3 Se requiere incrementar la cobertura de aseguramiento y de uso efectivo de servicios de salud, a través de mejorar la accesibilidad geográfica, oportunidad de la atención, y efectividad de la misma | | | | | 4.8 | 3.5 | 4.8 | 2.8 |
| Evaluar esquemas de incentivos económicos a los proveedores, ya sea en financiamiento basado en resultados o pago por desempeño** | | | | | | | | |
| Mejorar la accesibilidad geográfica y oportunidad de la atención con reducción del gasto de bolsillo** | | | | | | | | |

* Puntuación: mínima 1 y máxima 5

** Recomendaciones no sometidas a puntuación

otros contextos han logrado incidir en la calidad de la atención en el primer nivel. Estos esquemas no incidirán en los grandes rubros de presupuesto (asociados a la fuerza de trabajo y otros gastos fijos), pero pueden funcionar como moduladores para centrar la atención en los individuos y la prevención.

Desde las entidades, documentar de forma sistemática las condiciones de los establecimientos es un primer paso para lograr su fortalecimiento estructural. Esto es, generar un mecanismo que permita que la información registrada en el Subsistema de Información, Equipamiento, Recursos Humano e Infraestructura para la Atención de la Salud (SINERHIAS) sea completa y actualizada, de forma que permita informar decisiones. Al mismo tiempo, es necesario reorientar las inversiones de la creación de oferta de mayor complejidad, hacia estructura para la atención primaria a la salud.

Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

De acuerdo con la estrategias propuestas, en el cuadro 5.3.3 se presentan las tareas específicas e indicadores para monitorear las mismas que permitan generar el financiamiento de los servicios de salud de primer nivel de atención en México, así como la evaluación de esquemas de incentivos a los proveedores orientados a mejorar la calidad de la atención.

Considerando los esquemas actuales de financiamiento, las estrategias en particular están propuestas para enfocarse en los servicios financiados por la CNPSS, como agencia financiadora de los servicios para población sin seguridad social. Este esquema permitirá de forma paralela contribuir a homogeneizar la atención ambulatoria para todos los individuos en México, independientemente de su esquema de aseguramiento.

Cuadro 5.3.3. Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

Detalle de recomendaciones, indicadores de seguimiento y resultados esperados para cada intervención propuesta prioritaria
Subcomponente 5.3. Financiamiento e incentivos

| Tarea | Indicador | Resultados esperados | |
|---|---|--|---|
| | | Corto plazo: 1-2 años | Medio plazo: 3-5 años |
| Desarrollo de propuesta que permita incrementar el gasto público en salud a los niveles promedio de la OCDE | Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud | Incrementos anuales sobre los valores actuales de 47% | 70%, el promedio de la OCDE |
| Desarrollo e implementación de programa de fortalecimiento de la estructura de los establecimientos del primer nivel de atención financiados vía la CNPSS | Gasto público en salud dirigido a fortalecimiento de estructura en salud como porcentaje del gasto público en salud | Incremento en los recursos dirigidos a fortalecimiento de la estructura de los establecimientos del primer nivel de atención | Porcentaje de acuerdo al análisis necesario sobre necesidades de inversión |
| | Porcentaje de establecimientos de primer nivel de atención que cuentan con la estructura básica para operar, definida de acuerdo a los criterios normativos | Censo completo de condiciones estructurales de los establecimientos del primer nivel de atención financiados por la CNPSS | 100% de los establecimientos de primer nivel de atención financiados por la CNPSS con las condiciones de estructura básicas |
| Diseño, implementación y evaluación de esquemas de incentivos a proveedores asociados a medidas de resultados en salud | Efectividad de incentivos a proveedores medida en resultados en salud | Diseño de indicadores e incentivos asociados para esquemas de incentivos a proveedores | |
| Estrategia de Incremento en el acceso efectivo a los servicios de salud ambulatorios, con énfasis en poblaciones vulnerables. | Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud | Reducción anual en gasto de bolsillo del 47% actual | Gasto de bolsillo en salud: 20% del total del gasto en salud |
| | Población con acceso efectivo a los servicios de salud Piloto y evaluación de estrategias de incentivos a los proveedores enfocados en incrementar la efectividad del primer nivel de atención | Desarrollo de indicador de acceso efectivo: con el propuesto actualmente, 52% de la población cuenta con acceso efectivo. Piloto diseñado y en implementación para evaluar incentivos a proveedores | Población con acceso efectivo: 80% Programa de incentivos a proveedores implementado |

Referencias

1. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ.* 2013;91:602-11.
2. OECD Health Data 2013 [Internet]. OCDE. 2013 [cited 10 de noviembre de 2013]. Available from: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
3. CIEP. Gasto Catastrófico por Motivos de Salud en México (ENIGH 2000-2010). México: Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2011.
4. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Pública Méx.* 2013;55(S2):83-90.
5. Levesque J-F, Harris M, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health.* 2013;12(1):18. PubMed PMID: doi:10.1186/1475-9276-12-18.
6. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Hernández-Ávila M, Fajardo-Dolci G. Effective access to health care in Mexico. INSP. Cuernavaca, México 2013.
7. Evans D, Hsu J, Boerma T. Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organ.* 2013;91:546.
8. OCDE. Perspectivas OCDE: México Reformas para el Cambio: OCDE; 2012 [cited 2013 10 de noviembre]. Available from: <http://www.oecd.org/mexico/49363879.pdf>
9. Gertler P, Vermeersch C. Using performance incentives to improve health outcomes. Policy Research working paper Washington, D.C. 2012.
10. Basinga P, Gertler P, Binagwaho A, Soucat ALB, Sturdy J, Vermeersch C. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet.* 2011;337:1421-8.
11. Priedeman Skiles M, Curtis SL, Basinga P, Angeles G. An equity analysis of performance-based financing in Rwanda: are services reaching the poorest women? *Health Policy and Planning.* 2012. doi: 10.1093/heapol/czs122.
12. Borghi J, Mayumana I, Mashasi I, Binyaruka P, Patouillard E, Njau I, et al. Protocol for the evaluation of a pay for performance programme in Pwani region in Tanzania: A controlled before and after study. *Implementation Science.* 2013;8(1):80. PubMed PMID: doi:10.1186/1748-5908-8-80.
13. Oxman A, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? A critical review of selected evaluations of results-based financing. *J Evid Based Med.* 2009;2:184 - 95. PubMed PMID: doi:10.1111/j.1756-5391.2009.01024.x.

Componente estratégico 6. Modelos de atención

Estrategia de mejora de la calidad basada en la implementación de modelos de atención: diseño integral de las actividades para la atención a problemas de salud o grupos de población específicos, incluyendo todas las dimensiones de la calidad, incorporando la evidencia y buenas prácticas existentes, e integrando todos los niveles y responsabilidades del sistema de salud

Resumen

Los modelos de atención, dirigidos a la atención integral a patologías o problemas de salud, son la forma más completa y compleja de la planificación o diseño de la calidad. Se asientan sobre las características del sistema de salud, y su implementación depende de las mismas. Un sistema de salud disfuncionante impide la correcta implementación de los modelos de atención, y hace que las estrategias se enfoquen en primer lugar en la correcta estructuración del sistema. El diagnóstico de situación reveló estas disfuncionalidades y los problemas de implantación de los intentos de modelos de atención para pacientes específicos existentes. Sobre esta base se proponen y priorizan intervenciones que contribuyan a estructurar mejor el primer nivel de atención y mejoren el funcionamiento de los modelos de atención presentes y futuros.

Material y métodos

Las recomendaciones que se proponen se basan en los resultados obtenidos en el diagnóstico de situación, la priorización expresada por los REC y el personal de la DGCES, y la bibliografía sobre este tema. El ejercicio de priorización incluyó una puntuación sobre la relevancia y factibilidad de cada recomendación (en una escala de 1 a 5), y comentarios, tanto escritos como verbales, sobre las mismas.

Resultados

Conforme al diagnóstico de la situación que se realizó, se propusieron 16 intervenciones (ocho de intervención estructural directa y ocho sobre estudios necesarios). De

estas se priorizan 9, cuatro de las cuales destacan sobre las demás por ser consideradas como de mayor relevancia y factibilidad tanto por los REC como por el personal de la DGCES. Entre ellas se encuentra el refuerzo y evaluación de la cartilla de salud, la revisión de criterios de referencia y contra-referencia de las UNMES-EC, y la definición de redes de atención funcionales.

Conclusiones

Las recomendaciones que se definen y priorizan para la mejora de la calidad de la atención del primer nivel en base a definir y reforzar modelos de atención inciden tanto en la estructuración básica del sistema como en los modelos ya existentes, sobre todo los de prevención y de atención a enfermedades crónicas.

Introducción

La implantación de modelos de atención, que intentan proveer una atención integral a problemas de salud o tipos de pacientes específicos, precisan de una coordinación expresa y precisa de todos los niveles de atención, así como de una participación activa y responsable de los pacientes. Uno de los ejemplos relevantes corresponde al modelo de atención a enfermedades crónicas, que requiere de la armonía y sincronía de los niveles de atención. Otro destacado es el desarrollado para la salud materno-infantil, partiendo del llamado “continuum” de cuidados propuesto por WHO, UNICEF y UNFPA que comienza en la salud reproductiva, continúa por la atención prenatal, perinatal e infantil, y termina con la atención a la adolescencia.

En México se dispone de una cierta experiencia entre la que cabe mencionar el Paquete Garantizado de

Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, que intenta aunar la evidencia existente en este ámbito en un programa único a lo largo de la línea de vida, las actividades previstas en las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Unemes-EC), enfocadas a estos padecimientos (sobre todo diabetes, hipertensión, síndrome metabólico y obesidad), y la iniciativa de “Consulta Segura” para los afiliados al Seguro Popular y el Programa Oportunidades, pensada entre otras cosas como mecanismo de tamizaje para detección de factores de riesgo y padecimientos crónicos para reforzar los esquemas de prevención.

No obstante, la base estructural necesaria para su buen funcionamiento es en primer lugar la forma en que esté definido el propio sistema de salud en su conjunto, y, en el caso que nos ocupa, en particular la atención del primer nivel. En ese sentido, hay también varios marcos de referencia siendo el principal el modelo de atención de la Secretaría de Salud (y sus mecanismos de interrelación entre los diferentes niveles de complejidad), que se declara formalmente a partir de 1985 y que tras algunas modificaciones puede considerarse aún vigente. El modelo evoluciona, pasando por las experiencias del *Programa de Atención a Población en Áreas Marginadas (PAPAM)*, El “Programa de Atención a la Salud a Población Marginada en Grandes Urbes” (*PASPMGU*), y más recientemente el *Modelo Integrador de Atención a la Salud (Midas)*, cuya implementación no ha llegado en realidad a producirse.

Este documento reporta las recomendaciones priorizadas para mejorar tanto la estructura general del modelo de atención del primer nivel, como de los intentos existentes de modelos de atención para pacientes o problemas de salud específicos.

Resultados

Recomendaciones para la mejora de la iniciativa sobre modelos de atención derivadas del diagnóstico de situación

Listado de intervenciones según los aspectos del modelo de análisis utilizado

En el diagnóstico de situación se consideraron cinco aspectos a analizar, dos referidos a la estructuración general de la atención del primer nivel (modelo general de atención, y sistema de referencia y contra-referencia),

y tres en relación a los intentos de modelos de atención específicos existentes (Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención, Sinos/Consulta Segura, y Unemes-EC), dando lugar a un listado inicial de catorce recomendaciones, que fueron agrupadas según incidieran en la reforma de iniciativas o procesos ya existentes, o se tratase de nuevas iniciativas. Todas ellas se detallan en el anexo 6.A, en donde se señala igualmente aquellas que pensamos pueden beneficiarse de estudios para definir las mejor, o de nuevos recursos o inversión para su implementación.

Listado para priorización y distribución según tipo de intervención

En el listado presentado para priorización (cuadro 6.1) se especifican mejor algunas de las recomendaciones iniciales, intentando evitar solapamientos, y se reagrupan, como en los otros Componentes estratégicos analizados, en tres categorías: A) Intervenciones directas en la estructura o proceso; B) Capacitación, y C) Realización de proyectos y estudios que puedan ayudar a remodelar la estrategia. En este caso, no encontramos ninguna recomendación relacionada directamente con capacitación.

El resultado fue una propuesta de 16 intervenciones, de las cuales ocho son intervenciones directas y otras ocho son proyectos o estudios para sustentar mejor la estrategia.

Esta propuesta de intervenciones fue sometida a valoración de relevancia y factibilidad (mediante puntuación explícita con valores de 1 a 5 para cada recomendación) y discusión general, por parte de los REC y personal de la DGCEs.

Recomendaciones prioritarias según los responsables de calidad de las entidades federativas y el personal de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Teniendo en cuenta todas las recomendaciones de todos los componentes, las relativas al componente “modelos de atención” quedaron en séptimo lugar, según pudo verse en el apartado 3.0 de esta monografía. No obstante, es de destacar que ocupa el tercer lugar para el personal de la DGCEs en la puntuación en cuanto a relevancia, aún cuando su puntuación estandarizada (88.05%) es menor que la otorgada por los REC (89.77%). La factibilidad global resulta sistemática

Cuadro 6.1. Recomendaciones para la mejora derivadas del diagnóstico de situación

| | |
|--------|--|
| VI.A.1 | Integrar los diversos subsistemas. |
| VI.A.2 | Definir redes de atención funcionales. |
| VI.A.3 | Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud, integradas en la atención de primer nivel. |
| VI.A.4 | Sinos/Consulta Segura: Coordinar con otras actividades de promoción y prevención. |
| VI.A.5 | Sinos/Consulta Segura: Planificar y ejecutar programa completo (incluido seguimiento) |
| VI.A.6 | Unemes-EC: Coordinar claramente con el resto del sistema. |
| VI.A.7 | Establecer indicadores de promoción y prevención a integrar en el Indicas o sistema de indicadores para la calidad equivalente y/o enlazar con el Sistema de información oficial |
| VI.A.8 | Establecer sistema de indicadores para monitoreo de calidad, a integrar en Indicas o sistema equivalente. |
| VI.C.1 | Modelo general de atención APS: Revisar justificación y características de los diversos tipos de Unidades de Atención de primer nivel. |
| VI.C.2 | Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: Revisar criterios de referencia y contra-referencia |
| VI.C.3 | Acreditación por redes |
| VI.C.4 | Modelo general de atención APS: Valorar la posibilidad de reforzar lo existente o en su caso diseñar un modelo integral semejante |
| VI.C.5 | Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contrarreferencia e integrar al proceso de acreditación por redes |
| VI.C.6 | Evaluar y reforzar utilización de las Cartillas de Salud |
| VI.C.7 | Modelos de atención a problemas de salud específicos: Sinos/Consulta Segura. Evaluar implementación, resultados e impacto |
| VI.C.8 | Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC. Valorar costo/efectividad de otras alternativas (ej. Refuerzo de capacidad resolutive de unidades de atención de primer nivel). |

A: intervenciones directas

C: proyectos o estudios

mente menor que la relevancia, al igual que ocurre con todos los Componentes, pero queda en lugares intermedios tanto para los REC como para el personal de la DGCES. Es interesante, sin embargo, revisar las puntuaciones específicas otorgadas a cada recomendación en particular, según vemos a continuación.

Priorización según puntuación de relevancia y factibilidad

Atendiendo a las instrucciones dadas para el ejercicio de priorización, los REC y el personal de la DGCES calificaron las propuestas entre 1 (mínimo) y 5 (máximo), según relevancia y factibilidad. El resultado detallado se

describe en el anexo 6.B, y las recomendaciones extraídas como prioritarias en el cuadro 6.2. En esta destacan cuatro recomendaciones, una de las cuales (“*evaluar y reforzar la utilización de las cartillas de Salud*”) obtuvo puntuaciones muy altas (por encima de cuatro) tanto en relevancia como en factibilidad por parte de los dos colectivos. Interesa destacar asimismo que esta es una intervención relacionada con el modelo de atención para mejorar los aspectos de prevención en la atención del primer nivel.

Las otras tres intervenciones más priorizadas lo fueron tanto en relevancia como en factibilidad por parte de la DGCES y sobre todo en relevancia por parte de los REC. Una de ellas se refiere igualmente a un modelo

de atención implementado, en este caso en relación a enfermedades crónicas (“Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: revisar criterios de referencia-contra-referencia”). Las otras dos proponen revisar el modelo general de atención del primer nivel: (“Definir redes de atención funcionales”, y “Revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel”)

La “Acreditación por redes” fue una intervención prioritaria sólo para la DGCES, y el resto de las que se destacan en el cuadro 6.2, aunque relevantes, son consideradas menos factibles. Entre ellas figura la integración de los diversos subsistemas, coordinar e integrar todas las actividades de prevención y promoción de la salud en el primer nivel, y revisar y evaluar los mecanismos de referencia y contra-referencia.

Un matiz adicional a considerar es que hay iniciativas y decisiones sobre ciertas intervenciones que quedan dentro de ámbitos de competencia no presentes en el ejercicio de priorización, lo cual puede haberlo condicionado en parte, pero también hay que tenerlo presente de cara a la implementación de lo que se propone. Por ejemplo, compete a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud Integrar los diversos

subsistemas, Definir redes de atención funcionales, y Revisar la justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel; mientras que Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud en la atención de primer nivel, Coordinar con otras actividades de promoción y prevención, ó Evaluar y reforzar utilización de las Cartillas de Salud, compete a la Subsecretaría de Control y Protección de la Salud. Todo ello subraya la complejidad administrativa y la necesidad de una decidida voluntad sectorial para implementar mejoras en este Componente estratégico.

Conclusiones del análisis cualitativo de los comentarios escritos y la discusión de las recomendaciones

En las amplias discusiones en torno a los elementos del componente, se advierte una importante preocupación por parte de los participantes, de mejorar, reforzar, mantener o modificar la situación actual que viven en las entidades federativas. En el anexo 6.C se puede observar un resumen de los principales aspectos y cuestiones comentadas.

Cuadro 6.2. Resumen de priorización según puntuaciones REC y DGCES

| Componente estratégico y recomendaciones Modelos de atención | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥ que en (1) y F≤4 | | | |
|---|----------------|-----|-------|-----|---------------------|-----|-------|-----|
| | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | R | F | R | F | R | F | R | F |
| VI.A.1. Integrar los diversos subsistemas | | | | | 4.8 | 3.7 | 4.7 | 3.0 |
| VI. A.2. Definir redes de atención funcionales | | | 4.8 | 4.2 | 4.7 | 3.7 | | |
| VI.A.3. Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud integradas en el primer nivel | | | | | 4.8 | 3.7 | 4.7 | 3.7 |
| VI.C.1. Modelo general de atención APS: Revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel | | | 4.8 | 4.0 | 4.7 | 3.8 | | |
| VI.C.2. Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: revisar criterios de referencia-contra-referencia | | | 4.8 | 4.2 | 4.6 | 3.9 | | |
| VI.C.3. Acreditación por redes | | | 4.5 | 4.0 | | | | |
| VI.C.5. Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contrarreferencia e integrar al proceso de acreditación por redes. | | | | | | | 4.5 | 3.7 |
| VI.C.7. Sinos/Consulta segura. Evaluar implementación, resultados e impacto | | | | | | | 4.4 | 3.8 |
| VI.C.6. Evaluar y reforzar la utilización de las cartilla de Salud | 4.6 | 4.2 | 4.3 | 4.7 | | | | |

Es de interés analizarlas en su justa dimensión, y para ello se agruparon en los tres apartados siguientes: cuestiones conflictivas, cuestiones con amplio consenso y cuestiones poco comentadas, con disenso o no bien entendidas.

Cuestiones conflictivas. Dentro de las discusiones no existió ningún elemento que represente conflicto como tal. Por el contrario todos los elementos propuestos en la mesa de discusión fueron vistos como muy necesarios de reforzar. No obstante, lo que los REC perciben como conflicto, es el origen de la decisión, es decir, si las intenciones de incidir en algunos de los componentes, no viene del nivel federal, ven difícil que el cambio se puede aplicar.

Cuestiones con amplio consenso. El acuerdo o consenso general fue la tónica dominante al discutir las intervenciones propuestas. Existe una creciente necesidad sentida de integración de todos los subsistemas, bajo dos ópticas diferentes. Una de ellas es la integración horizontal ya que en la mayoría de los casos las acciones en la materia son muy verticales, por lo tanto las acciones de un programa se aplican de manera desvinculadas de las del resto de acciones. Pero por otra parte, es necesario avanzar en la coordinación, estrecha, congruente y prioritaria entre los diferentes programas de nivel federal. Para ello, las indicaciones deberían de venir ya coordinadas también desde el nivel central, ya que de otra manera los estados no obedecen.

Una segunda óptica, es la coordinación y/o integración estructuralmente considerada por el propio sistema de salud, como la contemplada entre el Responsable Estatal de Calidad y las áreas sustantivas de salud pública y de atención médica. Es importante enfatizar que el REC, no tiene línea de mando sobre las estructuras citadas, lo cual dificulta cualquier tarea de coordinación. Esta cuestión se vio y discutió también al considerar las necesarias intervenciones para reforzar el liderazgo en calidad (capítulo 3.1).

La definición de redes y los mecanismos de referencia y contrarreferencia, que incluso se podrían visualizar como uno sólo, requieren de manera paralela de la interacción de los diferentes subsistemas. Se admite sin paliativos que la descoordinación entre el primero, segundo y tercer niveles de atención, dificultan la fluidez en la red, primordialmente en la atención al paciente. La reingeniería, tanto la organización, como en la operación se perciben como impostergables. A decir de los REC, la

inadecuada relación entre los niveles, es la que determina los problemas en la referencia y contrarreferencia.

En relación a las Unidades Médicas de Especialización, Unemes-EC, cuya bondad sigue siendo discutida, se expresa con claridad la necesidad de una puntual evaluación para estar en condiciones de proponer su reforzamiento, reformulación o desaparición.

Otro punto a destacar es que los REC, y todos los participantes en la discusión en general, bien, se inclinan por implantar formalmente el Modelo Integral de Atención a las Salud (Midas) pero insisten en que el nivel federal debe de dar las indicaciones, para mejorar, implantar y operar el modelo, ayudándose con la intervención del Consejo Nacional de Salud.

Otros importantes comentarios que hicieron los REC, fueron los relacionados con la necesidad de que las direcciones correspondientes revisen las actividades de prevención y promoción de la salud, motivado por la gestión que pueda hacer la DGCES.

Cuestiones poco comentadas, con disenso o no bien entendidas. La discusión sobre la revisión de la justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel, prácticamente se omitió, posiblemente porque se consideró que estaba incluida en el componente relativo al Midas. De igual manera, no se discutió la problemática en torno a las cartillas de vacunación, de las que reconocen su trascendencia y sobre las que se puntuó claramente su reforzamiento.

La propuesta de acreditación por redes Si fue discutida, aunque las opiniones sobre su oportunidad, sobre todo en la forma actual de la acreditación, no fueron unánimemente positivas.

Propuesta de intervenciones estratégicas derivada de la priorización y comentarios de los REC y personal de la DGCES

Los participantes en el ejercicio de priorización apoyaron en general las presentadas a discusión, priorizando unas pocas tanto en relación a la estructura general de la atención del primer nivel, como en relación a los modelos de atención a crónicas (Unemes-EC) y de atención preventiva (Cartillas de salud). Se puso también de manifiesto de forma nítida la necesidad de decisiones de nivel federal en estos temas, como un mecanismo facilitador, o incluso indispensable, para que se modifique la actual situación en las entidades federativas.

Propuesta integrada de estrategias de intervención en modelos de atención

La propuesta que se presenta a continuación, es el resultado de manera conjunta con lo manifestado por los REC, el personal de la DGCEs, así como lo que se encuentra descrito en la literatura (primordialmente nacional, dado que varias de las intervenciones se operan dentro del contexto nacional). Algunos de los elementos se agruparon, considerando su similitud o bien, por ser elementos asociados en estrecha relación en la operación de los servicios.

Modelo general de atención

Desde 1985, año en el que oficialmente se crea el primer modelo de atención a la salud para población abierta de la Secretaría de Salud,¹ éste ha sido objeto de diversas modificaciones. Sin embargo, ninguna de ellas se puede considerar como sustantiva, es decir, si bien han cambiado los nombres de los prestadores de servicios, o la tipología de las unidades productoras de servicios e incluso acciones de la cartera de servicios, en esencia las estructuras y operación de los procesos y procedimientos no se pueden considerar como un parteaguas en la atención a la población.

La construcción de un modelo debe de estar basado en las experiencias que el país ha tenido a lo largo del tiempo. En el caso mexicano, aquellas referidas al antes de 1985 y durante el periodo de 1985-2013, pero no sólo en las experiencias, sino también en las decisiones de carácter político, asociado a los factores de descentralización, de definición de redes y niveles de complejidad, de los perfiles epidemiológicos, de los planes de desarrollo, de la modernización del sistema de salud.² En palabras de la Directora General de la OMS, Margaret Chan “Ante todo, la atención primaria de salud ofrece una manera de organizar el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura, y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención”.³

Considerando las propuestas emitidas por los REC y la DGCEs, además de las experiencias y el panorama epidemiológico y de salud actual, se propone la revisión puntual y adecuación en su caso del Modelo Integral de Atención a la Salud (Midas)⁴ y su posterior implantación, difusión y evaluación de manera oficial.

Dicho modelo, debe de integrar los diversos subsistemas que existen, evitando la desarticulación y la descoordinación. De manera que el sistema sea más eficiente, en tanto se busca la sumatoria de acciones, programas e instancias involucradas responsables a nivel federal, con una estrecha vinculación con las entidades federativas y al interior de estas.

El modelo debe de priorizar la revisión, de la justificación y de las características de las unidades de atención primaria a la salud, de sus equipos prestadores de servicios, y de la cartera de acciones y programas que ofertan a la población.

Para una correcta implantación y funcionamiento, el Midas, deberá de mantener un estrecho contacto con los esquemas de financiamiento y de mejora de la calidad, para atender la problemática de salud, con base en los diagnósticos; de oferta de servicios, de transición epidemiológica, transición poblacional y de otros factores propios de los países de baja renta.

Modelos de atención a problemas de salud específicos. Paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud

El planteamiento es retomar, reforzar y complementar la Estrategia de Prevención y Promoción de la Salud durante la Línea de Vida (cartillas), que hace su aparición en 2004 como una alternativa conjunta de la Secretaría de Salud, PrevenIMSS y el Modelo Familiar Preventivo del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. El Manual de implementación del programa registra unos objetivos de atención que integran el “Paquete Garantizado”, que merecen ser destacados:

- (i) La garantía de las acciones efectivas de la promoción y la prevención, sin soslayar uno sólo de los grupos etáreos, sino también de ciertas condiciones de la población, de manera tal que quedan incluidas las embarazadas, los niños, los adolescentes y los adultos mayores.⁵
- (ii) La necesidad de la co-responsabilidad en el cuidado de la salud, mediante un proceso informado y participativo, entre la población y el sistema de salud.

Este segundo objetivo entronca con otro de los componentes estratégicos analizados: la participación de pacientes y población en la mejora de la calidad. De

igual manera, tal como se apunta en el Componente relativo al Sistema de Información para la calidad, todas las acciones deben de contar con un registro nominal integrado para realizar el seguimiento, estar en condiciones de poder evaluar el grado de implementación y la efectividad de las acciones.

Modelos de atención a problemas de salud específicos. Sinos/Consulta Segura

El Sistema Nominal en Salud (Sinos) se propone que sea fortalecido. De manera que se cumpla con el carácter obligatorio para todos los afiliados al Seguro Popular, así como a los beneficiarios del Programa Oportunidades, con la finalidad de detectar, prevenir y atender de manera oportuna las enfermedades.⁶ Es oportuno recordar que este programa se supone que utiliza asimismo las cartillas de salud. Esta modalidad de atención preventiva (tamizaje basado en las cartillas nacionales de salud, que permite explorar hasta 21 variables, para medir factores de riesgo) podría convertirse en un instrumento personalizado para el seguimiento de las acciones de salud. Sin embargo, la percepción sobre su implantación efectiva expresa un cierto grado de escepticismo, por los requisitos de decisión política y técnica para que se complete su operación en todos los beneficiarios, incluyendo a los potenciales y en todas las entidades federativas.

Modelos de atención a problemas de salud específicos. Unemes-EC

La situación epidemiológica que se presenta en el país, es la de una seria problemática en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas. Existen en el mundo 170 millones de personas con diabetes mellitus tipo II, cifra que se duplicará para el 2030.⁷ En el caso de México estas proyecciones son que de 6.8 millones de personas con esta enfermedad hasta a 11.9 millones, siendo éste un incremento de 175 % (OPS, 2007). En lo referente a la hipertensión arterial sistémica, la prevalencia en México es del 30.8 % en pacientes con edad igual o mayor a 20 años.⁸ La respuesta a esta problemática con la creación de las Unemes no es percibida de forma unánime como adecuada. La principal propuesta en este sentido es, en coincidencia con lo expresado en el ejercicio de priorización, la necesidad de su evaluación, para actuar en consecuencia, refor-

zando, en su caso, su operación mediante la dotación de recursos, humanos, materiales y financieros. La evaluación rigurosa es tanto más necesaria en cuanto se parece contemplar la ampliación de la oferta de servicios a padecimientos tales como: cirugía ambulatoria, hemodiálisis, oncología, prevención y atención de enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA, salud mental y rehabilitación.⁹

Otras recomendaciones. Sistema de referencia y contrarreferencia y acreditación por redes

La operación de los servicios de salud como red con criterios claros de referencia y contrarreferencia resulta impostergable, si bien puede considerarse incluida en la implantación del Midas que define un “conjunto de unidades de atención a la salud cuya coordinación, complementariedad resolutive e inter-conectividad garantizan el otorgamiento de la totalidad de las intervenciones de una cartera de servicios esenciales de salud a los beneficiarios de la estrategia en una área geográfica y poblacional”. La finalidad buscada es minimizar la ineficaz e inoportuna dinámica de la red, que ha mostrado signos de ineficacia y/o inoportunidad, debido a diversos factores, administrativos, económicos, culturales de capacidad instalada, de demanda de atención, de capacitación, todos ellos, con alto grado de dificultad.^{10,11} Indudablemente la reorganización de acompañarse de cambios radicales de actitud y de concepto,¹² que no afectan solamente al sistema de referencia y contrarreferencia.

La acreditación por redes es una idea también unida por una parte a la implementación de un nuevo modelo estructural para la atención de primer nivel, y por otra a lo expresado en relación al Componente estratégico sobre “Regulación y estándares” en relación a la problemática en torno al programa de acreditación en general. No es por tanto una recomendación implementable como idea de primera línea.

Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas

La propuesta que se presenta al igual que todos los proyectos o programas de trabajo, requieren de complementarse con un paquete de indicadores que permitan medir y evaluar, los avances y/o resultados a efecto de conocer las fortalezas y debilidades de la propuesta y a partir de ahí tomar decisiones para retroalimentarla.

En el cuadro 6.3, se observan los indicadores de seguimiento, así como sus tiempos, determinados en el corto (seis a ocho meses) y mediano plazo (uno a dos años), relacionadas con su ámbito de responsabilidad.

Algunas de las metas de los indicadores ya han sido consensuadas con los REC y la DGCEs, y otras más, falta por tomar acuerdos con otras instancias responsables o involucradas en su diseño u operación.

| Cuadro 6.3. Indicadores de seguimiento y resultados esperados para las intervenciones propuestas | | | |
|---|--|--|--|
| Tarea | Indicador | Resultados esperados | |
| | | Corto plazo: 6 – 8 meses | Mediano plazo: 1 – 2 años |
| Componente 6. Modelos de atención (alta relevancia, alta factibilidad) | | | |
| Integrar los diversos subsistemas | Elaboración de documento propuesta de integración | Propuesta consensuada con DGCEs y los REC y DGPlades | Presentación formal para negociación e instrumentación con el Consejo Nacional y las partes implicadas |
| Revisar y planificar implantación del Midas | Elaboración de documento de revisión Elaboración del plan estratégico de implementación Seguimiento de la implementación | Documento de revisión elaborado Propuesta de plan estratégico elaborada | Presentación formal para negociación e instrumentación con el Consejo Nacional y las partes implicadas |
| Definir redes de atención funcionales | Elaboración de documento propuesta de integración (puede ir unido a Realizar revisión, actualización e implantación del Midas) | Propuesta consensuada con DGCEs y los REC y DGPlades | Presentación formal para negociación e instrumentación con el Consejo Nacional |
| Modelo general de atención APS; revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel | (Puede ir unido a realizar revisión, actualización e implantación del Midas) | Presentar propuesta de actualización a DGCEs, DGPlades y REC Disponer de un documento consensuado | Presentación formal para negociación e instrumentación con el Consejo Nacional y las partes implicadas |
| Coordinar todas actividades de prevención y promoción de la salud integradas en el primer nivel | Elaboración de documento de priorización, coordinación e instrumentación de acciones integradas | Propuesta consensuada con la DGCEs y DGPlades | Presentación formal para negociación e instrumentación con la Subsecretaría de Control y Protección de la Salud |
| Revisión de los mecanismos de referencia y contra-referencia. | Documento actualizado (puede ir unido a realizar revisión, actualización e implantación del Midas) | Consensuar con la DGCEs y con DGPlades | Presentar al Conasa |
| Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: revisar criterios de referencia-contra-referencia | Diagnóstico de operación y criterios de referencia-contra-referencia Utilización estratégica de los resultados | Propuesta de estudio diagnóstico Realización del diagnóstico | Elaborar Plan estratégico Consensuar propuesta con DGCEs y los REC y DGPlades Presentación formal para negociación e instrumentación con el Consejo Nacional |
| Evaluar y reforzar la utilización de las cartilla de Salud | Diseñar y proponer estudio Realizar estudio Utilizar los resultados para implementar mejoras | Propuesta de estudio diagnóstico Realización del diagnóstico | Elaborar Plan estratégico Consensuar propuesta con DGCEs, los REC y Subsecretaría de Control y Protección de la Salud. |

Referencias

1. Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública, (1985) El Modelo de Atención a la Salud (MASPA), SSA.
2. APRIZABAC (1997) Modelo de atención a la Salud. Convenio multilateral Perú-Holanda-Suiza. P. 7. Recuperado de www.min-sa.gob.pe/publicaciones/aprisabac/31.pdf
3. OMS (2008) Resumen del Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2008/summary/es/>
4. Subsecretaría de Innovación y Calidad (2006). Modelo Integrador de Atención a la Salud. SSA, México.
5. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. México, Junio 2007 http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=313&Itemid=36
6. Análisis del diseño e implementación del proyecto Consulta Segura y desarrollo de un instrumento para medir el fortalecimiento de la cultura preventiva. Centro de Investigación y Docencia Económicas, A. C.
7. IMSS (2012) Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes mellitus, tipo 2. Catálogo Maestro e GPC
8. Castaño R., Medina MC., de la Rosa RL., Loría J. (2011) GPC, Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (3): 315-324, p. 315 Recuperado de revistamedica.imss.gob.mx/...php?option=com_multi
9. Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Crónicas (Unemes-EC). Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Noviembre de 2012.
10. Subsecretaría de Servicios de Salud (1988) Manual para la referencia y contrarreferencia de pacientes y envío de muestras y especímenes. Secretaría de Salud, México
11. Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud (2000). Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes. Secretaría de Salud, México.
12. Sansó (2002) La referencia y la contrarreferencia como expresión de la interrelación policlínico hospital. *Rev Cubana Med Gen Integr* (3). Recuperado de bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_3_02/mgi15302.htm
13. Hernández, García (2013) Acreditación por redes.

Anexo 6.A

Listado de intervenciones según hallazgos del diagnóstico de situación, distribuidas según fase del modelo de análisis utilizado y su incidencia sobre iniciativas existentes

| Componente estratégico. Modelos de atención | | |
|---|---|--|
| Aspectos analizados (Modelo de análisis) | Propuestas de intervención | |
| | Sobre iniciativas existentes | Nuevas iniciativas |
| Modelo general de atención | <ul style="list-style-type: none"> Revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel. | <ul style="list-style-type: none"> Implementar Midas o modelo integral semejante*,** |
| Sistema de referencia y contrarreferencia | <ul style="list-style-type: none"> Integrar los diversos subsistemas. Definir redes de atención funcionantes. | <ul style="list-style-type: none"> Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contrarreferencia*,** |
| Modelos de atención a problemas de salud específicos: Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una mejor salud | <ul style="list-style-type: none"> Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud, integradas en la atención de primer nivel. | <ul style="list-style-type: none"> Establecer indicadores de promoción y prevención a integrar en el Indicas o sistema de indicadores para la calidad equivalente Evaluar y reforzar utilización de las Cartillas de Salud* |
| Modelos de atención a problemas de salud específicos: Sinos/Consulta Segura | <ul style="list-style-type: none"> Coordinar con otras actividades de promoción y prevención. Planificar y ejecutar programa completo (incluido seguimiento)* | <ul style="list-style-type: none"> Evaluar implementación, resultados e impacto* |
| Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC | <ul style="list-style-type: none"> Coordinar claramente con el resto del sistema. Revisar criterios de referencia y contrarreferencia | <ul style="list-style-type: none"> Valorar costo/efectividad de otras alternativas (ej. Refuerzo de capacidad resolutive de unidades de atención de primer nivel)* Establecer sistema de indicadores para monitoreo de calidad, a integrar en Indicas o sistema equivalente. |

* Intervenciones que precisarían de inversión

** Intervenciones que se beneficiarían de estudio o revisión sistemática sobre su efectividad

Anexo 6.B

Puntuación de estrategias para el componente 6. Modelos de atención*

| Estrategias para el componente 6 Modelos de atención | | REC | | DGCES | |
|---|--|--------|-------|--------|-------|
| | | Relev. | Fact. | Relev. | Fact. |
| VI.A.1 | Integrar los diversos subsistemas. | 4.79 | 3.67 | 4.67 | 3 |
| VI.A.2 | Definir redes de atención funcionales. | 4.68 | 3.68 | 4.83 | 4.17 |
| VI.A.3 | Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud, integradas en la atención de primer nivel. | 4.83 | 3.71 | 4.67 | 3.67 |
| VI.A.4 | Sinos/Consulta Segura: Coordinar con otras actividades de promoción y prevención. | 4.58 | 3.72 | 4.33 | 3.5 |
| VI.A.5 | Sinos/Consulta Segura: Planificar y ejecutar programa completo (incluido seguimiento). | 4.52 | 3.67 | 4.33 | 3.67 |
| VI.A.6 | Unemes-EC: Coordinar claramente con el resto del sistema. | 4.67 | 3.91 | 4.33 | 3.17 |
| VI.A.7 | Establecer indicadores de promoción y prevención a integrar en el Indicas o sistema de indicadores para la calidad equivalente y/o enlazar con el Sistema de información oficial. | 4.59 | 3.91 | 4.6 | 4 |
| VI.A.8 | Establecer sistema de indicadores para monitoreo de calidad, a integrar en Indicas o sistema equivalente. | 4.67 | 3.95 | 4.6 | 4 |
| VI.C.1 | Modelo general de atención APS: Revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel. | 4.66 | 3.76 | 4.8 | 4 |
| VI.C.2 | Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: Revisar criterios de referencia y contra-referencia. | 4.64 | 3.94 | 4.83 | 4.17 |
| VI.C.3 | Acreditación por redes. | 4.28 | 3.42 | 4.5 | 4 |
| VI.C.4 | Modelo general de atención APS: Valorar la posibilidad de reforzar lo existente o en su caso diseñar un modelo integral semejante. | 4.61 | 3.53 | 4.5 | 3.67 |
| VI.C.5 | Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contra-referencia e integrar al proceso de acreditación por redes. | 4.32 | 3.42 | 4.5 | 3.67 |
| VI.C.6 | Evaluar y reforzar utilización de las Cartillas de Salud. | 4.61 | 4.15 | 4.33 | 4.67 |
| VI.C.7 | Modelos de atención a problemas de salud específicos: Sinos/Consulta Segura. Evaluar implementación, resultados e impacto. | 4.47 | 3.77 | 4.4 | 3.8 |
| VI.C.8 | Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC. Valorar costo/efectividad de otras alternativas (ej. Refuerzo de capacidad resolutive de unidades de atención de primer nivel). | 4.52 | 3.43 | 4.17 | 3.5 |

* Puntuación: escala mínima de 1 y máxima de 5

REC: responsables Estatales de Calidad

DGCES: Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Anexo 6.C

Análisis cualitativo de los comentarios de REC y personal de la DGCES sobre las propuestas de intervención en relación a los modelos de atención

| Componente estratégico: modelos de atención | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Aspectos analizados | Tema | Cuestión comentada | Ejemplos de comentario | Conclusiones |
| Integrar los diversos subsistemas. | Integrar los diversos subsistemas | Necesario la indicación de nivel federal Hay una gran des-coordinación | Los estados no obedecen | La DGCES, debe de emitir lineamientos y obligar a los estados a operar lo que dice la federación |
| Definir redes de atención funcionales | Referencia y contra-referencia | Para que las redes funcionen se necesita que la referencia funciones bien | No hay relación adecuada entre el primer y segundo nivel, siempre se están descalificando | Urgen revisar el sistema de referencia y comentarle el con el Conasa |
| Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud integradas en el primer nivel, | Revisar las actividades | Las actividades las ve otra dirección en el estado | Nosotros no tenemos relación o muy poca relación con esas actividades | El nivel federal lo tienen que comentar con otras direcciones |
| Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: revisar criterios de referencia contra-referencia | Unemes-EC | Es un buen recurso Se necesita que les den más apoyo. Hace falta otro tipo de Unemes | Hay que revisar de quien deben de depender | Es necesario darles más apoyo |
| Acreditación por redes | La acreditación se requiere reforzar | Sería bueno acreditar por redes y obligar a todas las unidades del sistema a trabajar en coordinación | La acreditación, ya no es igual, que cuando empezó. El financiamiento no llega. Si se acredita por redes va a ser más eficiente | Hay que actualizarla |
| Midas y la revisión de los mecanismos de referencia y contra-referencia. | El modelo de atención | Si el nivel federal, no da la indicación, los modelos no se van a corregir | Hay que aprovechar al Consejo Nacional de Salud | hay que revisar e implantar el Midas |
| Referencia y contra-referencia | Mecanismos de referencia y contra-referencia | Se deben de revisar y actualizar los lineamientos. El rechazo frecuente de pacientes (sobre todo en el segundo nivel). No hay coordinación entre los niveles de atención. | Se rechazan mucho pacientes | Que se realice la actualización |
| Las cartillas son excelentes | Evaluar y reforzar la utilización de cartillas de vacunación | Se debe de impulsar y controlar más el uso adecuado de las cartillas. Son un buen instrumento de control de acciones a la población | Sólo anécdotas | Reforzar el uso |

Conclusiones

Estrategia integral para la mejora de la calidad del primer nivel de atención en los Sesa

Con el fin de fundamentar una estrategia para la mejora de la calidad del primer nivel de atención en los Sesa se realizó un diagnóstico de situación utilizando toda la información disponible en relación a un modelo de análisis que contempla seis bloques o Componentes estratégicos para la mejora de la calidad en servicios de salud. El diagnóstico de situación reveló una cantidad importante de brechas y oportunidades para mejorar que dieron base a la formulación de una propuesta de 132 intervenciones agrupadas en los distintos Componentes y subcomponentes estratégicos. Una primera priorización en la que participaron los REC de las entidades federativas y personal de la DGCES destacó 80 de estas intervenciones, y en una segunda priorización se identificaron las diez intervenciones prioritarias (una por cada bloque estratégico). En la elección de las tres más relevantes de entre las 80 se mencionaron 33, distribuidas igualmente por todos los Componentes y subcomponentes estratégicos. Estos datos nos llevan a concluir la necesidad de elaborar una estrategia que integre todos los Componentes estratégicos considerados, apoyándonos tanto en la base empírica del diagnóstico de situación como en el consenso del personal implicado en su implementación.

El primer taller de priorización puso de manifiesto el acuerdo mayoritario de REC y personal de la DGCES con la relevancia de las propuestas de intervención formuladas (por encima del 75% en todos los Componentes y cercanos o por encima del 90% en la mayoría), junto a un cierto grado de escepticismo en su implementación, dentro de una variabilidad entre los diferentes Componentes y recomendaciones. El grado de acuerdo en cuanto a factibilidad de implementación fue siempre menor que en cuanto a la relevancia, con los valores más bajos en aquellos Componentes que pre-

cisan claramente de inversión y cuya responsabilidad recae solo indirectamente en la DGCES, como son la infraestructura física y recursos humanos, financiación e incentivos, y suministro de medicamentos. Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de una acción concertada entre las diversas unidades organizacionales de la Secretaría de Salud, sobre la base explícita de las intervenciones a implementar. Sin obviar, sin embargo, la responsabilidad mayoritaria de la DGCES en la mayor parte de las recomendaciones y Componentes.

El primer ejercicio de priorización puso también de manifiesto un cierto grado de disenso entre REC y personal de la DGCES en relación a la relevancia de los diversos Componentes estratégicos y sus propuestas de intervención. Este hecho nos lleva a concluir sobre la necesidad de una mayor comunicación y entendimiento para consensuar prioridades y armonizar puntos de vista entre REC y DGCES. Los mayores disensos se produjeron en torno a las propuestas sobre Acreditación y certificación y Suministro de medicamentos, seguidos de las guías de práctica clínica, Financiamiento e incentivos, y Participación de pacientes y población.

Tanto los sucesivos ejercicios de priorización como el análisis cualitativo de la discusión suscitada evidenciaron que la Participación de pacientes y población y las guías de práctica clínica son dos componentes particularmente conflictivos dada la cantidad de opiniones contrapuestas, actitudes no siempre favorables, y un cierto desconocimiento de su marco conceptual. La implementación de las intervenciones en torno a estos dos temas precisará de esfuerzos adicionales de comunicación, discusión y probablemente capacitación. Otros componentes, en cambio, tales como liderazgo y sistema de información para la calidad presentan un alto grado de consenso.

Los resultados cuantitativos y cualitativos del primer ejercicio de priorización dio base a una propuesta estratégica para cada uno de los Componentes considerados, que incluye la identificación de las intervenciones a implementar y los indicadores para el seguimiento a corto y medio plazo de dichas intervenciones.

La segunda priorización destacó una intervención en cada uno de los Componentes y subcomponentes estratégicos, señalando una mayoría con un marcado carácter o repercusión transversal, como son la “Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad”, el “Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad”, “Generar competencias para desarrollar la dimensión de “atención centrada en paciente/familia/comunidad”, “Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención”, “Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud, definiendo la composición del equipo de profesionales y estableciendo procedimientos para su cumplimiento”, y “Analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud, acercándose al promedio de países de la OCDE”; junto a otras que cuestionan ciertas normas y procedimientos actuales, tales como “Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contra-referencia e integrar al proceso de acreditación por redes”; “Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de Acreditación”, “Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades, estableciendo criterios y normativa para lograr el equilibrio territorial”, y “Estimar las necesidades de adquisición de medicamentos en base a la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real)”. Estas diez propuestas deberían ser consideradas ineludiblemente en la estrategia integral para mejorar la atención del primer nivel, dado el grado de consenso que han suscitado.

La mención de 33 propuestas de intervención al menos una vez en la priorización que solicitó elegir tres de las 80 propuestas surgidas del primer taller de priorización subraya de nuevo la necesaria amplitud e integralidad de la estrategia a diseñar. Al mismo tiempo,

esta última priorización destaca el consenso existente sobre cinco de ellas, por encima del resto, y por este orden: “Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad” (1er lugar); “Asegurarse un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura para el sistema de información para la calidad” (2º lugar); “Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud, definiendo la composición del equipo de profesionales y estableciendo procedimientos para su cumplimiento”, “Establecer políticas de incremento de recursos humanos en el primer nivel con criterios de equilibrio territorial y objetivo de 25 profesionales por 10 mil habitantes”, y “Analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud, acercándose al promedio de países de la OCDE” (3er lugar compartido); seguidas de: “Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad”, “Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, REC, y Comités de Calidad y Seguridad del paciente” e “Integrar los diversos subsistemas en un solo modelo de atención” (4º lugar compartido).

Todo lo anterior subraya la adecuación de establecer estrategias siguiendo las directrices aplicables a sistemas complejos, combinando aquellas iniciativas para las que hay certeza de que son adecuadas y consenso sobre su importancia, con otras sobre las que hay certeza pero hay que ganarse el consenso, y otras sobre las que puede haber consenso pero no hay certeza o evidencia alguna de su relevancia y efectividad. En este documento hemos establecido las bases de la estrategia a seguir, sobre la certeza de las intervenciones encontradas en el diagnóstico de situación y el consenso manifestado sobre las mismas por parte de REC y personal de la DGCES. Proponemos avanzar en todos y cada uno de los Componentes estratégicos siguiendo las propuestas descritas para cada uno de ellos, atendiendo prioritariamente a las intervenciones consensuadas en el segundo ejercicio de priorización, pero sin olvidar aquellas otras para las que se ha visto necesario ganarse el consenso y realizar esfuerzos de capacitación y pilotajes para demostrar su efectividad.

Anexos generales

A-E

A. Cuestionario utilizado para el primer ejercicio de priorización

Valoración de recomendaciones para estrategias de mejora de la calidad del primer nivel de atención

Objetivo

Fomentar la discusión y detectar las recomendaciones consideradas como prioritarias para mejorar la calidad del primer nivel de atención.

Participantes

Profesionales responsables o vinculados a la gestión en calidad de las distintas entidades federativas.

Metodología

Se evaluará cada una de las recomendaciones descritas rellenándose el cuadro sombreado en la parte derecha de la hoja. Debe puntuarlos de 1 a 5, de acuerdo con

la opinión que le merezcan en relación a su relevancia para mejorar la calidad del primer nivel y factibilidad de implementación en el entorno de su Entidad Federativa. Se ruega considerar separadamente el grado de relevancia y la facilidad de implementación, de acuerdo con la siguiente escala de valoración:

| Relevancia para mejorar la calidad | Factibilidad de implementación |
|------------------------------------|--------------------------------|
| 1 - Irrelevante | 1 - No factible |
| 2 - Poco relevante | 2 - Poco factible |
| 3 - Medianamente relevante | 3 - Medianamente factible |
| 4 - Muy relevante | 4 - Muy factible |
| 5 - Máxima relevancia | 5 - Totalmente factible |

Las recomendaciones están agrupadas en intervenciones en la estructura o rediseños de los procesos (A), actividades de capacitación (B), y estudios o evaluaciones a realizar (C).

Ejemplo:



| Recomendación | | Puntuación de 1 a 5 según instrucciones | |
|---------------|---|---|--------------|
| I. Liderazgo | | Relevancia | Factibilidad |
| I.A.1 | Homogeneizar el nivel jerárquico que corresponde a los responsables de calidad en las entidades federativas, jurisdicciones y centros, primando la cercanía al máximo nivel decisional en cada nivel. | 5 | 3 |
| I.A.2 | Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad, y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente. | 4 | 4 |
| I.A.3 | Implementar sistema de evaluación del liderazgo para la función de calidad que incluya los aspectos de cumplimiento de normas y de creación de valor público. | 4 | 2 |
| I.B.1 | Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema. | 5 | 3 |

Comentarios adicionales: Aquí puede añadir cualquier recomendación que crea relevante y no haya sido incluida en la tabla, así como cualquier otro comentario o indicación que considere de interés.

Valoración de recomendaciones para estrategias de mejora de la calidad del primer nivel de atención

Cuaderno de recogida de datos

Datos identificativos

Nombre

Apellido 1º

Apellido 2º

Entidad federativa

Puesto de trabajo en relación a la
estructura de calidad

Otros puestos de trabajo

Correo electrónico

B. Cuestionario utilizado para el segundo ejercicio de priorización (ejercicio individual y grupal llevado a cabo con el mismo cuestionario)

Valoración de recomendaciones para estrategias de mejora de la calidad del primer nivel de atención

Objetivo

Fomentar la discusión y detectar las recomendaciones consideradas como prioritarias para mejorar la calidad del primer nivel de atención.

Participantes

Profesionales responsables o vinculados a la gestión en calidad de las distintas entidades federativas y de la DGCES.

Metodología

Se evaluarán las recomendaciones priorizadas en el primer taller, seleccionando las que se consideren más importantes para implementación a corto plazo.

Para ello se señalan tres en cada componente estratégico y tres en el listado global, otorgándoles de 1 a 3 puntos (de menos a más prioridad: 3 significa prioridad máxima) a las tres elegidas. En el apartado de “Comentarios” pueden señalarse otras intervenciones que considere prioritarias a corto plazo en su ámbito de responsabilidad, no contempladas en el listado.

Las recomendaciones están agrupadas en intervenciones en la estructura o rediseños de los procesos (A), actividades de capacitación (B), y estudios o evaluaciones a realizar (C).

Para facilitar la discusión, se contará en cada grupo con un formato para resumir los resultados.

Señale por favor si es personal de entidad federativa o de DGCES.

Entidad Federativa (indique cual): _____

Cargo: _____

DGCES

| Recomendación | Responsabilidad principal para Implementación (señalar donde corresponda) Federal Estatal | Priorización específica (señalar tres en cada componente) | Priorización global (señalar tres en todo el listado) |
|--|---|---|---|
| I. Liderazgo | | | |
| I.A.3. Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad. | | | |
| I.A.4. Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua. | | | |
| I.A.5. Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad, y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente. | | | |
| I.B.1. Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles. | | | |
| II. Sistema de información | | | |
| II.A.1. Asegurarse un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura en todo el sistema de salud. | | | |
| II.A.2. Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad. | | | |
| II.A.5. Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad. | | | |
| II.A.7. Establecer sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos. | | | |
| II.C.3. Evaluación integral y a profundidad del Sistema de Información de Calidad entre ellos el Indicas. | | | |
| III. Participación de pacientes y población | | | |
| III.A.1. Asegurar difusión de los derechos y dimensión de la atención centrada en paciente/familia/comunidad. | | | |
| III.A.2. Asegurar la difusión y supervisar la operación del sistema de quejas. | | | |
| III.A.3. Asegurar que las unidades cuenten con buzones de quejas, materiales e insumos. | | | |
| III.A.4. Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente, en sustitución de la actual encuesta de satisfacción. | | | |
| III.A.5. Incluir en el sistema de monitorización e información de la calidad la implantación y uso del consentimiento informado. | | | |
| III.A.6. Incluir en el sistema de información de calidad el monitoreo de los derechos de los pacientes. | | | |
| III.B.1. Generar competencias para para desarrollar la dimensión de atención centrada en paciente/familia/comunidad”. | | | |
| III.B.2. Establecer acuerdo con Dirección de Enseñanza para generar competencias en internos de pregrado sobre “atención centrada en paciente/familia/comunidad”, previo al servicio social. | | | |
| III.B.3. Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias que se haya definido. | | | |

continúa...

continuación...

III.B.4. Capacitar al personal de los Sesa en monitoreo comunitario.

III.B.5. Capacitar a los AC para realizar monitoreo comunitario.

III.C.1. Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de Derechos de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas.

III.C.5. Evaluar el Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso de mejora.

IV.1. Regulación y estándares: certificación y acreditación

IV.1.A.1. Armonizar la terminología (de certificación y acreditación) con el contexto internacional.

IV.1.A.2. Hacer explícitos los objetivos de Programa (de Certificación), la participación deseable de la Secretaría, y los beneficios potenciales para el sistema de salud.

IV.1.A.3. Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades que certifiquen.

IV.1.A.4. Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de no certificación como de los de certificación.

IV.1.A.5. Incrementar participación de la Secretaría y entidades federativas en la formulación de los criterios de certificación, una vez comprobada la efectividad del programa.

IV.1.A.6. Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de acreditación como los de no acreditación.

IV.1.A.7. Ampliar cobertura (en acreditación), una vez comprobada su efectividad.

IV.C.1. Revisar los criterios (de acreditación) teniendo en cuenta las normas existentes.

IV.1.C.2. Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de Certificación.

IV.1.C.3. Diseñar esquema de incentivos para la participación de los establecimientos de atención médica públicos, una vez comprobada la efectividad del Programa (de Certificación).

IV.1.C.4. Valorar la permanencia del Programa (de Certificación), considerando alternativas que no impliquen voluntariedad.

IV.1.C.5. Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de Acreditación.

IV.2. Regulación y estándares: guías de práctica clínica

IV.2.A.1. Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con normas sobre procesos clínicos.

IV.2.A.3. Especificar metodología para selección y priorización de temas.

IV.2.A.4. Establecer procedimiento para actualización de las guías.

IV.2.A.5. Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC.

IV.2.A.6. Especificar mecanismos de valoración de la evidencia.

IV.2.A.7. Contemplar procedimiento de adaptación local y participación de pacientes y población.

IV.2.A.8. Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC.

IV.2.A.9. Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria.

IV.2.A.11. Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención.

IV.2.C.3.(A). Establecer valoración sistemática de la calidad formal de las GPC.

IV.2.C.4. Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de la GPC.

IV.2.C.5. Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC.

continúa...

continuación...

IV.2.C.6. Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias.

V.1. Capacidad organizacional: infraestructura y recursos humanos

V.1.A.2. Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades, estableciendo criterios y normativa para lograr el equilibrio territorial.

V.1.A.3. Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica y equipamiento según normas de las UAA existentes.

V.1.A.6. Establecer sistema de monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede.

V.1.A.8. Generar oferta académica local (becas condicionadas, incluida formación continuada) para garantizar profesionales locales.

V.1.A.11. Establecer políticas de incremento de RRHH en el primer nivel con criterios de equilibrio territorial y objetivo de 25 profesionales por 10 mil HSSS.

V.1.A.14. Incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural.

V.1.A.15. Equilibrar la razón enfermería/médico, priorizando Estados en que está por debajo de 1.

V.1.A.18. Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud, definiendo la composición del equipo de profesionales y estableciendo procedimientos para su cumplimiento.

V.1.A.19. Mejorar las condiciones de contratación para el personal de salud.

V.1.C.1. Evaluar impacto de las Caravanas en la accesibilidad efectiva.

V.1.C.2. Mantener (generar) catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución.

V.2. Capacidad organizacional: suministro de medicamentos

V.2.A.4. Adquisición: Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real).

V.2.A.3. Adquisición: Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de precios de Medicamentos de fuente única.

V.2.A.7. Distribución: Calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para jurisdicciones y unidades médicas del primer nivel de acuerdo a necesidades y completar infraestructura para la distribución (Ej. Camionetas).

V.2.A.8. Distribución: Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados.

V.2.A.11. Uso racional: Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento.

V.2.A.12. Uso racional: Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias.

V.2.B.2. RRHH: Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del sistema de suministro de medicamentos.

V.2.C.3. Distribución: Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas, sobre todo público vs., contratación a empresas privadas.

V.2.C.7. Sistemas de información: Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado y el grado de actualización que tienen.

V.3. Capacidad organizacional: financiación e incentivos

V.3.A.1. Se requiere analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud, acercándose al promedio de países OCDE.

V.3.A.2. Etiquetar presupuestalmente recursos dirigidos a asegurar que las unidades de salud cuenten con las condiciones estructurales normadas.

continúa...

continuación...

V.3.A.3. Se requiere incrementar la cobertura de aseguramiento y de uso efectivo de servicios de salud, a través de mejorar la accesibilidad geográfica, oportunidad de la atención, y efectividad de la misma.

V.3.C.1. Evaluar esquemas de incentivos económicos a los proveedores, ya sea en financiamiento basado en resultados o pago por desempeño.

6. Modelos de atención

VI.A.1. Integrar los diversos subsistemas.

VI. A.2. Definir redes de atención funcionales.

VI.A.3. Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud integradas en el primer nivel.

VI.C.1. Modelo general de atención APS: Revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel.

VI.C.2. Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: revisar criterios de referencia-contrareferencia.

VI.C.3. Acreditación por redes.

VI.C.5. Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contrareferencia e integrar al proceso de acreditación por redes.

VI.C.7. Sinos/Consulta segura. Evaluar implementación, resultados e impacto.

VI.C.6. Evaluar y reforzar la utilización de las cartilla de salud.

Propuestas de experiencias piloto y estudios de evaluación

Estado: _____

Puesto/cargo: _____

- Elegir el tipo de experiencia que se desea llevar a cabo a corto plazo, de entre las recomendaciones presentadas y propuestas como estrategias de mejora de la calidad.
- Escriba la estrategia o el código de la misma.
- Escoger uno o varios de los tipos de experiencia.
- Si lo desea, se puede proponer otras experiencias que se desee llevar a cabo.

| Tipo de experiencia | Estrategia o código |
|-----------------------------------|---------------------|
| Experiencia piloto (intervención) | |
| Actividades de capacitación | |
| Estudio de evaluación | |
| Otros | |

C. Listado completo de recomendaciones propuestas tras el diagnóstico de situación y su puntuación en cuanto a relevancia y factibilidad en el primer ejercicio de priorización

| Componente 1 Liderazgo (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|--|--|--|--------------|---|---|----------------------------------|--------------|----------------------------------|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Homogeneizar la legislación en los ámbitos nacional y estatal a modo de reconocer, donde sea necesario, la mejora de la calidad como uno de los principales objetivos de las secretarías de salud y el derecho de la población a recibir atención de elevada calidad. | 4.89 | 89.2 (5) 10.8 (4) | 3.86 | 22.2 (5) 47.2 (4) 25 (3) 5.6 (2) | 4.43 | 57.1 (5) 28.6 (4) 14.3 (3) | 3.14 | 42.9 (4) 28.6 (3) 28.6 (2) |
| A. Homogeneizar el nivel jerárquico que corresponde a los responsables de calidad en las entidades federativas, Jurisdicciones y Centros, primando la cercanía al máximo nivel decisional en cada nivel. | 4.95 | 94.6 (5) 5.4 (4) | 3.76 | 33.3 (5) 19.4 (4) 2.8 (3.5) 36.1 (3) 5.6 (2) 2.8 (1) | 4.29 | 57.1 (5) 14.3 (4) 28.6 (3) | 3 | 28.6 (4) 42.9 (3) 28.6 (2) |
| A. Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad. | 4.77 | 78.4 (5) 2.7 (4.5) 16.2 (4) 2.7 (3) | 4.37 | 47.2 (5) 2.8 (4.5) 38.9 (4) 11.1 (3) | 4.5 | 57.1 (5) 42.9 (4) | 4 | 42.9 (5) 14.3 (4) 42.9 (3) |
| A. Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua. | 4.72 | 75 (5) 22.2 (4) 2.8 (3) | 4.1 | 34.3 (5) 40 (4) 2.9 (3.5) 22.9(3) | 4.57 | 57.1 (5) 42.9 (4) | 4.57 | 57.1 (5) 42.9 (4) |
| A. Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad, y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente. | 4.73 | 73 (5) 27 (4) | 3.92 | 33.3 (5) 27.8 (4) 36.1 (3) 2.8 (2) | 5 | 100 (5) | 4.43 | 42.9 (5) 57.1 (4) |
| A. Reconocer y fomentar el liderazgo del personal de atención directa en las iniciativas de mejora. | 4.46 | 48.6 (5) 48.7 (4) 2.7 (3) | 3.84 | 27 (5) 35.2 (4) 32.4 (3) 5.4 (2) | 4.57 | 57.1 (5) 42.9 (4) | 4 | 14.3 (5) 71.4 (4) 14.3 (3) |
| A. Implementar sistema de evaluación del liderazgo para la función de calidad que incluya los aspectos de cumplimiento de normas y de creación de valor público. | 4.39 | 50 (5) 38.9 (4) 11.1 (3) | 3.7 | 20 (5) 31.4 (4) 2.9 (3.5) 42.9 (3) 2.9 (2) | 4.14 | 28.6 (5) 57.1 (4) 14.3 (3) | 4.14 | 28.6 (5) 57.1 (4) 14.3 (3) |
| B. Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema. | 4.78 | 77.8 (5) 22.2 (4) | 4.28 | 52.8 (5) 27.8 (4) 13.8 (3) 5.6 (2) | 4.71 | 71.4 (5) 28.6 (4) | 4.14 | 28.6 (5) (4) 14.3 (3) |

\bar{x} \bar{x} : puntuación media

%: porcentajes del total por cada puntuación (valor otorgado)

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

B: recomendaciones sobre intervenciones que requieren capacitación

| Componente 2. Sistemas información (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|---|--------------|--|---|----------------------------------|--------------|--|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Asegurarse un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura en todo el sistema de salud. | 4.65 | 67.6 (5) 29.7 (4) 2.7 (3) | 2.85 | 2.8 (5) 8.3 (4) 2.8 (3.5) 61.1 (3) 19.4 (2) 5.6 (1) | 5 | 100 (5) | 3.57 | 14.3 (5) 28.6 (4) 57.1 (3) |
| A. Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad. | 4.81 | 83.8 (5) 13.5 (4) 2.7 (3) | 4.14 | 45.7 (5) 31.4 (4) 14.2 (3) 8.6 (2) | 4.86 | 85.7 (5) 14.3 (4) | 4.86 | 85.7 (5) 14.3 (4) |
| A. Aumentar la cobertura de establecimientos que reportan al Indicas en las instituciones del sector salud. | 4.43 | 56.8 (5) 35.1 (4) 5.4 (3) 0 (2) 2.7 (1) | 3.67 | 19.4 (5) 33.3 (4) 41.7 (3) 5.6 (2) | 3.86 | 28.6 (5) 28.6 (4) 42.8 (3) | 3.29 | 14.3 (5) 14.3 (4) 57.1 (3) 14.3 (2) |
| A. Rediseño del resumen de la información para que sea clara y útil en los diversos niveles de responsabilidad. | 4.53 | 61.1 (5) 30.6 (4) 8.3 (3) | 4.06 | 31.4 (5) 45.7 (4) 20 (3) 2.9(2) | 4.43 | 71.4 (5) 0 (4) 28.6 (3) | 4.29 | 57.1 (5) 14.3 (4) 28.6 (3) |
| A. Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad. | 4.73 | 78.4 (5) 16.2 (4) 5.4 (3) | 4.39 | 59.5 (5) 18.9 (4) 2.7 (3.5) 18.9 (3) | 5 | 100 (5) | 5 | 100 (5) |
| A. Integrar las fuentes de información y bases de datos existentes con criterios de complementariedad y eficiencia. | 4.39 | 47.2 (5) 44.5 (4) 8.3 (3) | 3.68 | 13.5 (5) 51.4 (4) 24.3 (3) 10.8 (2) | 5 | 100 (5) | 4.57 | 57.1 (5) 42.9 (4) |
| A. Establecer sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos. | 4.72 | 72.2 (5) 27.8 (4) | 3.78 | 27. (5) 32.4 (4) 32.4 (3) 8.2 (2) | 4.86 | 85.7 (5) 14.3 (4) | 4.29 | 28.6 (5) 71.4 (4) |
| A. Asegurarse comparabilidad entre unidades, entidades federa-tivas y a nivel internacional. | 4.35 | 45.9 (5) 43.3 (4) 10.8 (3) | 3.53 | 16.7 (5) 33.3 (4) 38.9 (3) 8.3 (2) 2.8 (1) | 4.71 | 85.7 (5) 0 (4) 14.3 (3) | 4.14 | 57.1 (5) 14.3 (4) 14.3 (3) 14.3 (2) |
| A. Incorporar información sobre iniciativas de mejora y sus resultados. | 4.32 | 51.4 (5) 29.7 (4) 18.9 (3) | 3.92 | 30.6 (5) 33.3 (4) 33.3 (3) 2.8 (2) | 4.71 | 71.4 (5) 28.6 (4) | 4.14 | 28.6 (5) 57.1 (4) 14.3 (3) |
| A. Rediseño integral del sistema de información para la calidad. | 4.59 | 64.9 (5) 29.7 (4) 5.4 (3) | 3.92 | 40.5 (5) 24.3 (4) 21.6 (3) 13.5 (2) | 4.71 | 71.4 (5) 28.6 (4) | 4.43 | 42.9 (5) 57.1 (4) |

continúa...

continuación...

| Componente 2. Sistemas información (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|----------|--------------|----------|---|----------|--------------|----------|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| B. Asegurarse personal especializado o al menos capacitado para garantizar la calidad de la información. | | 67.6 (5) | | 19.4 (5) | | | | |
| | 4.65 | 29.6 (4) | 3.42 | 27.8 (4) | 4.86 | 85.7 (5) | 3.86 | 42.9 (5) |
| | | 2.7 (3) | | 36.1 (3) | | 14.3 (4) | | 0 (4) |
| | | | | 8.3 (2) | | | | 57.1 (3) |
| C. Revisar metodología de recolección de datos, tanto de los registros como de las encuestas. | | 61.1 (5) | | 37.8 (5) | | | | |
| | 4.47 | 27.8 (4) | 3.92 | 29.7 (4) | 4.86 | 85.7 (5) | 4.43 | 57.1 (5) |
| | | 8.3 (3) | | 24.3 (3) | | 14.3 (4) | | 28.6 (4) |
| | | 2.8 (2) | | 2.7 (2) | | | | 14.3 (3) |
| C. Identificar e integrar indicadores de salud pública (protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en el sistema de indicadores para la calidad. | | 78.4 (5) | | 47.8 (5) | | | | |
| | 4.73 | 16.2 (4) | 3.94 | 19.4 (4) | 4.86 | 85.7 (5) | 4.43 | 57.1 (5) |
| | | 5.4 (3) | | 33.3 (3) | | 14.3 (4) | | 28.6 (4) |
| | | | | 2.8 (2) | | | | 14.3 (3) |
| C. Evaluación integral y a profundidad dirigida del Sistema de Información de Calidad entre ellos el Indicas. | | 67.6 (5) | | 36.1 (5) | | | | |
| | 4.59 | 29.7 (4) | 4.03 | 38.9 (4) | 4.57 | 71.4 (5) | 4.57 | 71.4 (5) |
| | | 0 (3) | | 19.4 (3) | | 14.3 (4) | | 14.3 (4) |
| | | 0 (2) | | 2.8 (2) | | 14.3 (3) | | 14.3 (3) |
| | 2.7 (1) | | 2.8 (1) | | | | | |

\bar{x} : puntuación media

%: porcentajes del total por cada puntuación (valor otorgado)

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

B: recomendaciones sobre intervenciones que requieren capacitación

C: recomendaciones sobre intervenciones que requieren estudios

| Componente 3. Participación de pacientes y población (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|--|--------------|--|---|----------------------------------|--------------|----------------------------------|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Asegurar difusión de los derechos y dimensión de la atención centrada en el paciente-familia-comunidad. | 4.78 | 77.8 (5) 22.2 (4) | 4.02 | 35.1 (5) 43.2 (4) 13.5 (3) 5.4 (2) 2.7 (1) | 4.5 | 50 (5) 50 (4) | 4.43 | 57.1 (5) 42.9 (4) |
| Asegurar la difusión por los medios disponibles y supervisar la operación del sistema de quejas. | 4.56 | 58.3 (5) 38.9 (4) 2.8 (3) | 3.59 | 24.3 (5) 21.6 (4) 43.2 (3) 10.8 (2) | 4.4 | 40 (5) 60 (4) | 3.38 | 16.7 (5) 50 (4) 33.3 (3) |
| Asegurar que las unidades médicas cuenten con buzones de quejas, materiales e insumos. | 4.65 | 67.6 (5) 29.7 (4) 2.7 (3) | 4.22 | 35.1 (5) 51.4 (4) 13.5 (3) | 4.5 | 50 (5) 50 (4) | 4.57 | 57.1 (5) 42.9 (4) |
| Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente en sustitución de la actual encuesta de satisfacción. | 4.5 | 63.9 (5) 25 (4) 8.3 (3) 2.8 (2) | 4.09 | 37.8 (5) 37.8 (4) 18.9 (3) 2.7(2,5) 2.7(2) | 4.67 | 66.7 (5) 33.3 (4) | 3.86 | 14.3 (5) 57.1 (4) 28.6 (3) |
| A. Incluir en el sistema de monitorización e información de la calidad, la implantación y uso del Consentimiento Informado. | 4.73 | 75.7 (5) 21.6 (4) 2.7 (3) | 4.16 | 34.1 (5) 51.4 (4) 10.8 (3) 0 (2) 2.7 (1) | 4.5 | 66.7 (5) 16.7 (4) 16.7 (3) | 4.14 | 42.7 (5) 28.6 (4) 28.6 (3) |
| A. Incluir en el sistema de información de calidad los resultados del monitoreo de los derechos de los pacientes. | 4.46 | 62.2 (5) 24.3 (4) 10.8 (3) 2.7 (2) | 3.81 | 36.1 (5) 16.7 (4) 2.8 (3.5) 38.9 (3) 0 (2) 2.8 (1.5) 2.8 (1) | 4.5 | 50 (5) 50 (4) | 4 | 42.9 (5) 14.3 (4) 42.9 (3) |
| Generar competencias para desarrollar la "dimensión de la atención centrada en el paciente, familia-comunidad. | 4.53 | 59.5 (5) 2.7 (4.5) 35.1 (4) 0 (3) 0 (2) 2.7 (1) | 3.68 | 22.2 (5) 38.9 (4) 25 (3) 2.8 (2.5) 8.3 (2) 2.8 (1) | 4.83 | 83.3 (5) 16.7 (4) | 4.17 | 50 (5) 16.7 (4) 33.3 (3) |
| B. Establecer acuerdo con la Dirección de Enseñanza para generar competencias en los internos de pregrado sobre la dimensión de la atención centrada en el paciente, familia, comunidad acción previa a la realización del servicio social. | 4.76 | 81.8 (5) 16.2 (4) 0 (3) 0 (2) 2.7 (1) | 3.65 | 25 (5) 36.1 (4) 25 (3) 5.6 (2) 2.8 (1.5) 5.6 (1) | 4.17 | 16.7 (5) 83.3 (4) | 3.33 | 16.7 (5) 0 (4) 83.3 (3) |
| B. Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias que se haya definido. | 4.75 | 77.8 (5) 19.4 (4) 2.8 (3) | 4.18 | 45.9 (5) 27.1 (4) 2.7 (3.5) 21.6 (3) 2.7 (2) | 4.17 | 50 (5) 16.7 (4) 33.3 (3) | 4.33 | 50 (5) 33.3 (4) 16.7 (3) |

continúa...

continuación...

| Componente 3. Participación de pacientes y población (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|---|--------------|--|---|--|--------------|---|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| B. Capacitar en forma teórico-práctica al personal de los Sesa en el monitoreo comunitario efectivo. | 4.32 | 44.4 (5) 41.7 (4) 2.8 (3.5) 11.1 (3) | 3.74 | 22.9 (5) 34.3 (4) 40 (3) 0 (2) 2.9 (1) | 4.67 | 66.7 (5) 33.3 (4) | 3.17 | 16.7 (5) 0 (4) 66.7 (3) 16.7 (2) |
| B. Capacitar a los AC para realizar el monitoreo comunitario. | 4.59 | 70.6 (5) 17.6 (4) 11.8 (3) | 3.61 | 25.7 (5) 31.4 (4) 2.9 (3.5) 25.7 (3) 5.7 (2) 8.6 (1) | 4.5 | 66.7 (5) 16.7 (4) 16.7 (3) | 3.61 | 50 (5) 0 (4) 33.3 (3) 16.7 (2) |
| C. Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de los derechos de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas. | 4.67 | 66.7 (5) 33.3 (4) | 4.09 | 22.9 (5) 45.7 (4) 22.9 (3) | 4.33 | 33.3 (5) 66.7 (4) | 4 | 33.3 (5) 33.3 (4) 33.3 (3) |
| Revisar con las instancias correspondientes el concepto de la: "Dimensión de la asistencia sanitaria centrada en el paciente, familia y comunidad. | 4.42 | 55.6 (5) 30.6 (4) 13.9 (3) | 3.77 | 20 (5) 45.7 (4) 25.7 (3) 8.6 (2) | 3.83 | 83.3 (4) 16.7 (3) | 4 | 33.3 (5) 33.3 (4) 33.3 (3) |
| C. Delimitar atribuciones, competencias y unificar criterios de coordinación de los sistemas de reclamos y quejas en las unidades médicas y valorar mecanismos para incluir el sistema de la comunidad. | 4.36 | 47.2 (5) 41.7 (4) 11.1 (3) | 3.43 | 11.4 (5) 34.3 (4) 42.9 (3) 8.6 (2) 2.9 (1) | 3.67 | 16.7 (5) 50 (4) 16.7 (3) 16.7 (2) | 3.33 | 16.7 (5) 0 (4) 83.3 (3) |
| C. Instaurar Sistema de Voluntades Anticipadas (petición consciente y voluntaria del paciente de no prolongar el sufrimiento o la vida). | 4.47 | 61.8 (5) 29.4 (4) 5.9 (3) 0 (2) 2.9 (1) | 3.45 | 18.2 (5) 30.3 (4) 3 (3.5) 33.3 (3) 6.1 (2) 3 (1.5) 6.1 (1) | 3.8 | 60 (5) 0 (4) 20 (3) 0 (2) 20 (1) | 2.4 | 60 (3) 20 (2) 20 (1) |
| C. Evaluar los efectos del Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso a la mejora, si se decide mantener su enfoque actual. | 4.72 | 77.8 (5) 16.7 (4) 5.6 (3) | 3.91 | 22.9 (5) 45.7 (4) 31.4 (3) | 4.33 | 50 (5) 33.3 (4) 16.7 (3) | 4.33 | 50 (5) 33.3 (4) 16.7 (3) |

\bar{x} : puntuación media

%: porcentajes del total por cada puntuación (valor otorgado)

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

B: recomendaciones sobre intervenciones que requieren capacitación

C: recomendaciones sobre intervenciones que requieren estudios

| Componente 4.1. Regulación y estándares: programas de certificación y acreditación (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|--|--------------|--|---|--|--------------|--|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| Armonizar la terminología con el contexto internacional. | 4.89 | 89.1 (5) 10.9 (4) | 4.08 | 52.8 (5) 22.2 (4) 8.3 (3) 13.9 (2) 2.8 (1) | 4.43 | 71.4 (5) 0 (4) 28.6 (3) | 4.71 | 71.4 (5) 14.3 (4) 14.3 (3) |
| Hacer explícitos los objetivos de programa, la participación deseable de la Secretaría de Salud, y los beneficios potenciales para el sistema de salud. | 4.70 | 70.3 (5) 29.7 (4) | 4.11 | 41.7 (5) 27.8 (4) 30.6 (3) | 4.43 | 71.4 (5) 0 (4) 28.6 (3) | 4 | 42.9 (5) 28.5 (4) 14.3 (3) 14.3 (2) |
| A. Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades que certifiquen. | 4.64 | 69.4 (5) 25 (4) 5.6 (3) | 4.12 | 35.3 (5) 41.2 (4) 23.5 (3) | 4 | 42.9 (5) 14.3 (4) 42.9 (3) | 3.14 | 28.6 (4) 57.1 (3) 14.3(2) |
| A. Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "No certificación" como de los de "certificación". | 4.76 | 78.38 (5) 18.92 (4) 2.70 (3) | 4.07 | 41.67 (5) 27.78 (4) 2.78 (3.5) 22.22(3) 5.56 (2) | 4.57 | 57.14 (5) 42.86 (4) | 4.14 | 28.57 (5) 57.14 (4) 14.29(3) |
| A. Incrementar participación de la Secretaría de Salud y entidades federativas en la formulación de los criterios de certificación, una vez comprobada la efectividad del programa. | 4.77 | 81.1 (5) 13.5 (4) 2.7 (3.5) 2.7 (3) | 3.89 | 36.1 (5) 27.8 (4) 25 (3) 11.1 (2) | 4.29 | 42.9 (5) 42.9 (4) 14.3 (3) | 3.71 | 28.6 (5) 14.3 (4) 57.1 (3) |
| A. Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "acreditación" como los de "no acreditación". | 4.78 | 80.6 (5) 16.7 (4) 2.8 (3) | 4.26 | 48.6 (5) 29.7 (4) 2.7 (3.5) 16.2 (3) 2.7 (2) | 4.71 | 71.4 (5) 28.6 (4) | 4.14 | 28.6 (5) 57.1 (4) 14.3 (3) |
| A. Ampliar cobertura (en acreditación), una vez comprobada su efectividad. | 4.81 | 81.1 (5) 18.9 (4) | 3.7 | 37.1 (5) 28.6 (4) 28.6 (3) 5.7 (2) | 4.57 | 71.4 (5) 14.3 (4) 14.3 (3) | 3.14 | 28.6 (4) 57.1 (3) 14.3 (2) |
| C. Revisar los criterios (de acreditación) teniendo en cuenta las normas existentes. | 4.93 | 91.9 (5) 2.7 (4.5) 5.4 (4) | 4.58 | 72.2 (5) 13.9 (4) 13.9 (3) | 4.71 | 71.4 (5) 28.6 (4) | 4.71 | 71.4 (5) 28.6 (4) |
| C. Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de Certificación. | 4.71 | 72.2 (5) 2.8 (4.5) 22.2 (4) 2.8 (3) | 4 | 31.4 (5) 40 (4) 25.7 (3) 2.7 (2) | 4.43 | 57.1 (5) 28.6 (4) 14.3 (3) | 3.43 | 14.3 (5) 42.9(4) 14.3 (3) 28.6 (2) |
| C. Diseñar esquema de incentivos para la participación de los establecimientos de atención médica públicos, una vez comprobada la efectividad del programa. | 4.69 | 75 (5) 19.4 (4) 5.6 (3) | 3.39 | 18.1 (5) 27.3 (4) 30.3 (3) 24.3 (2) | 4.14 | 42.9 (5) 28.6 (4) 28.6 (3) | 3.43 | 14.3 (5) 28.6 (4) 42.9 (3) 14.3 (2) |
| C. Valorar la permanencia del programa, considerando alternativas que no impliquen voluntariedad. | 4.71 | 74.3 (5) 22.9 (4) 2.9 (3) | 3.75 | 33.3 (5) 25 (4) 27.8 (3) 11.1 (2) 2.8 (1) | 3.86 | 42.9 (5) 14.3 (4) 28.6 (3) 14.3 (2) | 3.57 | 14.3 (5) 42.9 (4) 28.6 (3) 14.3 (2) |
| C. Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de Acreditación. | 4.78 | 80.6 (5) 16.7 (4) 2.8 (3) | 4.16 | 45.9 (5) 29.7 (4) 18.9 (3) 5.4 (2) | 4.57 | 57.1 (5) 42.9 (4) | 3.71 | 42.9 (5) 14.3 (4) 14.3 (3) 28.6 (2) |

\bar{x} : puntuación media

%: porcentajes del total por cada puntuación (valor otorgado)

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

C: recomendaciones sobre intervenciones que requieren estudios

| Componente 4.2. Regulación y estándares: guías de práctica clínica (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|---|--------------|---|---|---|--------------|----------------------------------|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con las normas sobre procesos clínicos. | 4.78 | 81.1 (5) 16.2 (4) 2.7 (3) | 3.81 | 30.6 (5) 30.6 (4) 27.8 (3) 11.1 (2) | 4.14 | 57.1 (5) 14.3 (4) 14.3 (3) 14.3 (2) | 3 | 28.6 (4) 42.9 (3) 28.6 (2) |
| Simplificar el proceso a nivel central (menos actores e instituciones involucrados). | 4.14 | 60 (5) 20 (4) 5.7 (3) 2.9 (2) 11.4 (1) | 3.46 | 25.7 (5) 22.9 (4) 2.9 (3.5) 28.6 (3) 2.9 (2.5) 5.7 (2) 11.4 (1) | 4.43 | 14.3 (5) 42.9 (4) 28.6 (3) 0 (2) 14.3 (1) | 3.29 | 42.9 (4) 42.9 (3) 14.3 (2) |
| A. Especificar metodología para selección y priorización de temas. | 4.73 | 78.4 (5) 16.2 (4) 5.4 (3) | 4.4 | 54.3 (5) 34.3 (4) 8.6 (3) 2.9 (2) | 4.67 | 66.7 (5) 33.3 (4) | 4.33 | 50 (5) 33.3 (4) 16.7 (3) |
| A. Establecer procedimiento para actualización de las guías. | 4.76 | 78.4 (5) 18.9 (4) 2.7 (3) | 4.33 | 55.6 (5) 27.8 (4) 11.1 (3) 5.6 (2) | 4.71 | 71.4 (5) 28.6 (4) | 4.57 | 57.1 (5) 42.9 (4) |
| A. Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC. | 4.71 | 80 (5) 14.3 (4) 2.9 (3) 2.9 (2) | 4.22 | 44.4 (5) 41.7 (4) 8.3 (3) 2.8 (2) 2.78 (1) | 4.14 | 14.3 (5) 85.7 (4) | 4 | 28.6 (5) 42.9 (4) 28.6 (3) |
| A. Especificar mecanismos de valoración de la evidencia. | 4.74 | 77.8 (5) 2.8 (4.5) 16.7 (4) 0 (3) 2.8 (2) | 4.19 | 45.9 (5) 35.1 (4) 10.8 (3) 8.1 (2) | 4.29 | 42.9 (5) 42.9 (4) 14.3 (3) | 4 | 28.6 (5) 42.9 (4) 28.6 (3) |
| A. Contemplar procedimiento de adaptación local y participación de pacientes y población. | 4.27 | 57.6 (5) 21.2 (4) 12.1 (3) 9.1 (2) | 3.08 | 6.5 (5) 29 (4) 3.2 (3.5) 29 (3) 6.5 (2.5) 19.3 (2) 6.5 (1) | 4.17 | 33.3 (5) 50 (4) 16.7 (3) | 3.17 | 16.7 (4) 83.3 (3) |
| A. Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC. | 4.32 | 50 (5) 32.3 (4) 17.7 (3) | 3.6 | 17.1 (5) 45.7 (4) 20 (3) 14.3 (2) 2.9 (1) | 4.29 | 42.9 (5) 42.9 (4) 14.3 (3) | 4.14 | 42.9 (5) 28.6 (4) 28.6 (3) |
| A. Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria. | 4.85 | 86.1 (5) 2.8 (4.5) 8.3 (4) 2.8 (3) | 3.89 | 34.3 (5) 28.6 (4) 31.4 (3) 2.9 (2) 2.9 (1) | 4 | 42.9 (5) 28.6 (4) 14.3 (3) 14.3 (2) | 3.29 | 42.9 (4) 42.9 (3) 14.3 (2) |

continúa...

continuación...

| Componente 4.2. Regulación y estándares: guías de práctica clínica (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|---|--------------|---|---|---|--------------|--|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Vincular completamente al proceso de desarrollo de las GPC. | 4.52 | 66.7 (5) 3.3 (4.5) 13.3 (4) 16.7 (3) | 3.7 | 26.7 (5) 33.3 (4) 26.7 (3) 10 (2) 3.3 (1) | 4 | 50 (5) 0 (4) 50 (3) | 3.5 | 50 (4) 50 (3) |
| A. Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención. | 4.56 | 75 (5) 15.6 (4) 3.1 (3) 3.1 (2) 3.1 (1) | 3.65 | 25.8 (5) 29 (4) 32.3 (3) 9.768 (2) 3.2 (1) | 4.43 | 57.1 (5) 28.6 (4) 14.3 (3) | 4 | 14.3 (5) 71.4 (4) 14.3 (3) |
| B. Incorporar capacitación sobre diseño y uso de vías clínicas a la formación continuada del nivel operativo. | 4.35 | 61.8 (5) 23.5 (4) 5.9 (3) 5.9 (2) 2.9 (1) | 3.45 | 12.5 (5) 37.5 (4) 3.1 (3.5) 34.4 (3) 6.2 (2) 6.2 (1) | 3.71 | 42.9 (5) 14.3 (4) 28.6 (3) 0 (2) 14.3 (1) | 3.43 | 57.1 (4) 28.6 (3) 14.3 (2) |
| C. Revisar relación conceptual con las normas sobre procesos de atención clínica. | 4.53 | 61.11 (5) 30.56 (4) 8.33 (3) | 3.91 | 31.43 (5) 34.29 (4) 28.57 (3) 5.71 (2) | 4.14 | 42.86 (5) 28.57 (4) 28.57 (3) | 3.86 | 28.57 (5) 28.57 (4) 42.86 (3) |
| C. Evaluar la calidad formal (atributos) de las GPC existentes. | 4.59 | 73 (5) 16.2 (4) 8.1 (3) 2.7 (2) | 3.99 | 50 (5) 19.4 (4) 2.8 (3.5) 11.1 (3) 11.1 (2) 5.6 (1) | 3.86 | 14.3 (5) 57.1 (4) 28.6 (3) | 3.43 | 14.3 (5) 14.3 (4) 71.4 (3) |
| C. Establecer valoración sistemática de la calidad formal de las nuevas GPC. | 4.59 | 73 (5) 16.2 (4) 8.1 (3) 2.7 (2) | 3.94 | 34.3 (5) 31.4 (4) 28.6 (3) 5.7 (2) | 4.29 | 42.9 (5) 42.9 (4) 14.3 (3) | 3.57 | 14.3 (5) 28.6 (4) 57.1 (3) |
| C. Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de las GPC. | 4.73 | 75.7 (5) 21.6 (4) 2.7 (3) | 3.93 | 27.8 (5) 38.9 (4) 2.8 (3.5) 27.8 (3) 2.8 (2) | 4.43 | 57.1 (5) 28.6 (4) 14.3 (3) | 3.43 | 14.3 (5) 28.6 (4) 42.9 (3) 14.3 (2) |
| C. Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC. | 4.66 | 68.6 (5) 28.6 (4) 2.9 (3) | 3.56 | 20.6 (5) 35.3 (4) 26.5 (3) 14.7 (2) 2.9 (1) | 4.14 | 28.6 (5) 57.1 (4) 14.3 (3) | 3.43 | 14.3 (5) 28.6 (4) 42.9 (3) 14.3 (2) |
| C. Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias. | 4.78 | 77.8 (5) 22.2 (4) | 3.99 | 37.1 (5) 2.9 (4.5) 28.6 (4) 25.7 (3) 2.9 (2) 2.9 (1) | 4.86 | 85.7 (5) 14.3 (4) | 4.43 | 42.9 (5) 57.1 (4) |

\bar{x} : puntuación media

%: porcentajes del total por cada puntuación (valor otorgado)

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

B: recomendaciones sobre intervenciones que requieren capacitación

C: recomendaciones sobre intervenciones que requieren estudios

| Componente 5.1. Infraestructura física y recursos humanos (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|--|--------------|---|---|--------------------------------|--------------|---|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Seguir incrementando el número de UAA, introduciendo criterios de equilibrio territorial. | 4.08 | 48.6 (5) 24.3 (4) 16.2 (3) 8.1 (2) 2.7 (1) | 3.04 | 5.6 (5) 22.2 (4) 2.8 (3.5) 44.4 (3) 19.4 (2) 5.6 (1) | 4.17 | 33.3 (5) 50 (4) 16.7 (3) | 2.83 | 33.3 (4) 33.3 (3) 16.7 (2) 16.67 (1) |
| A. Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades. | 4.73 | 81.1 (5) 10.8 (4) 8.1 (3) | 3.81 | 30.6 (5) 27.8 (4) 33.3 (3) 8.3 (2) | 4.83 | 83.3 (5) 16.7 (4) | 3 | 100 (3) |
| A. Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica de las UAA existentes. | 4.97 | 97.2 (5) 2.8 (4) | 3.4 | 13.9 (5) 27.8 (4) 2.8 (3.5) 41.7 (3) 11.1 (2) 2.8 (1) | 4.71 | 71.4 (5) 28.6 (4) | 3.14 | 28.6 (4) 57.1 (3) 14.3 (2) |
| A. Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar el equipamiento de las unidades del primer nivel existentes según normas. | 4.89 | 89.2 (5) 10.8 (4) | 3.51 | 13.9 (5) 33.3 (4) 2.8 (3.5) 41.7 (3) 5.6 (2) 2.8 (1) | 4.71 | 71.4 (5) 28.6 (4) | 3.14 | 28.6 (4) 57.1 (3) 14.3 (2) |
| A. Establecer criterios y normativa para lograr equilibrio territorial. | 4.69 | 72.2 (5) 25 (4) 2.8 (3) | 3.82 | 21.2 (5) 45.4 (4) 27.3 (3) 6.1 (2) | 4.2 | 40 (5) 40 (4) 20 (3) | 3.4 | 20 (5) 20 (4) 40 (3) 20 (2) |
| A. Establecer sistema de Monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede. | 4.61 | 65.7 (5) 28.6 (4) 2.9 (3.5) 2.9 (3) | 3.61 | 22.9 (5) 25.7 (4) 2.9 (3.5) 40 (3) 5.7 (2) 2.9 (1) | 4.5 | 50 (5) 50 (4) | 3.17 | 50 (4) 16.7 (3) 33.3 (2) |
| A. Distribuir al personal existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia. | 4.56 | 61.1 (5) 33.3 (4) 5.6 (3) | 2.79 | 2.9 (5) 14.7 (4) 52.9 (3) 17.6 (2) 11.8 (1) | 4.5 | 50 (5) 50 (4) | 2.67 | 16.7 (4) 33.3 (3) 50 (2) |
| A. Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales. | 4.67 | 69.4 (5) 27.8 (4) 2.8 (3) | 3.07 | 14.7 (5) 2.9 (4.5) 14.7 (4) 38.2 (3) 17.6 (2) 11.8 (1) | 4.17 | 33.3 (5) 50 (4) 16.7 (3) | 2.67 | 16.7 (4) 50 (3) 16.7 (2) 16.7 (1) |
| A. Distribuir al personal de enfermería existente y generar oferta local (complementando con incentivos) para garantizar permanencia. | 4.57 | 65.7 (5) 25.7 (4) 8.6 (3) | 2.87 | 2.9 (5) 2.9 (4.5) 20 (4) 45.7 (3) 14.3 (2) 14.3 (1) | 4.17 | 33.3 (5) 50 (4) 16.7 (3) | 2.83 | 33.3 (4) 33.3 (3) 16.7 (2) 16.7 (1) |

continúa...

continuación...

| Componente 5.1. Infraestructura física y recursos humanos (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|--|--------------|--|---|--|--------------|---|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Generar oferta académica local (mediante becas condicionadas) para garantizar profesionales locales | 4.64 | 69.7 (5) 24.2 (4) 6.1 (3) | 3.23 | 12.5 (5) 3.1 (4.5) 25 (4) 40.6 (3) 6.2 (2) 12.5 (1) | 4 | 20 (5) 60 (4) 20 (3) | 2.6 | 20 (4) 40 (3) 20 (2) 20 (1) |
| A. Establecer políticas de incremento de RRHH en el primer nivel, con criterios de equilibrio territorial, y el objetivo de alcanzar 25 profesionales por 100 mil HSSS. | 4.74 | 77.1 (5) 20 (4) 2.9 (3) | 2.91 | 2.9 (5) 20.6 (4) 47.1 (3) 23.5 (2) 5.9 (1) | 4.29 | 42.9 (5) 42.9 (4) 14.3 (3) | 2.57 | 14.3 (5) 14.3 (4) 0 (3) 57.1 (2) 14.3 (1) |
| A. Minimizar y equilibrar (medio urbano y rural) las UAA atendidas exclusivamente por médicos pasantes. | 4.54 | 62.9 (5) 28.6 (4) 8.6 (3) | 2.98 | 8.8 (5) 23.5 (4) 2.9 (3.5) 29.4 (3) 26.5 (2) 8.8 (1) | 3.86 | 28.6 (5) 42.9 (4) 14.3 (3) 14.3 (2) | 2.71 | 28.6 (4) 28.6 (3) 28.6 (2) 14.3 (1) |
| A. Establecer incentivos para los puestos de trabajo en el medio rural. | 4.69 | 77.8 (5) 16.7 (4) 2.8 (3) 2.8 (2) | 3.26 | 20.6 (5) 14.2 (4) 38.2 (3) 23.5 (2) 2.9 (1) | 4.29 | 42.9 (5) 42.9 (4) 14.3 (3) | 2.86 | 14.3 (4) 57.1 (3) 28.6(2) |
| A. Incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural. | 4.69 | 75 (5) 19.4 (4) 5.6 (3) | 3.25 | 22.2 (5) 13.9 (4) 36.1 (3) 22.2 (2) 5.6 (1) | 4.57 | 57.1 (5) 42.9 (4) | 3 | 28.6 (4) 42.9 (3) 28.6 (2) |
| A. Equilibrar la razón enfermería/médico, priorizando el incremento en los Estados que está por debajo de 1 | 4.75 | 75 (5) 25 (4) | 3.47 | 17.6 (5) 35.3 (4) 26.5 (3) 17.6 (2) 2.9 (1) | 4.57 | 57.1 (5) 42.9 (4) | 2.57 | 14.3 (4) 42.9 (3) 28.6 (2) 14.3 (1) |
| A. Definir composición del equipo de profesionales de primer nivel y establecer procedimientos para su cumplimiento. | 4.61 | 63.9 (5) 33.3 (4) 2.7 (3) | 3.84 | 28.6 (5) 31.4 (4) 2.9 (3.5) 34.3 (3) 2.9 (1) | 4.86 | 85.7 (5) 14.3 (4) | 3 | 28.6 (4) 42.9 (3) 28.6(2) |
| A. Equilibrar entre entidades federativas la integración de otros profesionales (trabajadores sociales, psicólogos, odontólogo, etc.) al primer nivel de atención. | 4.64 | 69.4 (5) 27.8 (4) 2.8 (2) | 3.36 | 22.2 (5) 22.2 (4) 36.1 (3) 8.3 (2) 11.1 (1) | 4.71 | 71.4(5) 28.6 (4) | 2.43 | 14.3 (4) 28.6 (3) 42.9 (2) 14.3 (1) |
| A. Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud. | 4.75 | 75 (5) 25 (4) | 3.7 | 25.7 (5) 37.1 (4) 2.9 (3.5) 17.1 (3) 14.3 (2) 2.9 (1) | 4.57 | 71.4 (5) 14.3 (4) 14.3 (3) | 3.43 | 14.3 (5) 28.6 (4) 42.9 (3) 14.3 (2) |

continúa...

continuación...

| Componente 5.1. Infraestructura física y recursos humanos (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|--|--|--------------|---|---|----------------------------------|--------------|--|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Mejorar las condiciones de contratación para el personal médico, de enfermería y otros especialistas. | 4.72 | 77.8 (5) 16.7 (4) 5.6 (3) | 3.14 | 11.4 (5) 31.4 (4) 25.7 (3) 22.9 (2) 8.6 (1) | 4.86 | 85.7 (5) 14.3 (4) | 2.43 | 14.3 (4) 28.6 (3) 42.9 (2) 14.3 (1) |
| B. Generar programas de formación continuada con criterios de equilibrio (rural-urbano) con enfoque de necesidades locales. | 4.65 | 67.6 (5) 29.7 (4) 2.7 (3) | 3.66 | 25.7 (5) 34.2 (4) 28.6 (3) 2.9 (2) 8.6 (1) | 4.86 | 85.7 (5) 14.3 (4) | 2.43 | 14.3 (4) 42.9 (3) 28.6 (2) 14.3 (1) |
| C. Evaluar impacto de las Caravanas en la accesibilidad efectiva. | 4.57 | 63.9 (5) 27.8 (4) 2.8 (3.5) 5.6 (3) | 4.11 | 33.3 (5) 47.2 (4) 16.7 (3) 2.8 (2) | 4.5 | 50 (5) 50 (4) | 4 | 33.3 (5) 50 (4) 0 (3) 16.7 (2) |
| C. Mantener (generar) catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer. | 4.69 | 71.4 (5) 25.7 (4) 2.9 (3) | 3.79 | 20.6 (5) 44.1 (4) 29.4 (3) 5.9 (2) | 4.4 | 40 (5) 60 (4) | 3.4 | 40 (4) 60 (3) |
| C. Mantener catálogo activo y actualizado de necesidades de equipamiento (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución. | 4.86 | 85.7 (5) 14.3 (4) | 3.71 | 23.5 (5) 32.4 (4) 35.8 (3) 8.8 (2) | 4 | 16.7 (5) 66.7 (4) 16.7 (3) | 3 | 16.7 (4) 66.7 (3) 16.7 (2) |

\bar{x} : puntuación media

%: porcentajes del total por cada puntuación (valor otorgado)

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

B: recomendaciones sobre intervenciones que requieren capacitación

C: recomendaciones sobre intervenciones que requieren estudios

| Componente 5.2. Suministro de medicamentos (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|---|--|--------------|---|--|-------------------------------------|--------------|--|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Selección: Unificar y transparentar los criterios de selección de los cuadros básicos estatales (unificar listados de medicamentos para primer nivel de atención). | 4.86 | 88.6 (5) 8.6 (4) 2.9 (3) | 3.86 | 28.6 (5) 37.1 (4) 25.7 (3) 8.6 (2) | 3.83 | 16.7 (5) 50 (4) 33.3 (3) | 2.5 | 50 (3) 50 (2) |
| A. Selección: Mejorar la comunicación y los procesos de vinculación entre las áreas, médica y administrativa, en términos de la selección de medicamentos. | 4.86 | 88.9 (5) 8.3 (4) 2.8 (3) | 3.79 | 23.5 (5) 44.1 (4) 20.6 (3) 11.8 (2) | 4.17 | 50 (5) 16.7 (4) 33.3 (3) | 3.17 | 16.7 (5) 16.7 (4) 33.3 (3) 33.3 (2) |
| A. Adquisición: Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de Precios de Medicamentos (CNNPM) con estructura, fondos, normativa, recursos humanos y materiales para la negociación de precios de medicamentos de fuente única. | 4.79 | 82.3 (5) 14.7 (4) 2.9 (3) | 3.57 | 23.5 (5) 26.5 (4) 35.3 (3) 2.9 (2.5) 8.8 (2) 2.9 (1) | 4.33 | 50 (5) 33.3 (4) 16.7 (3) | 2.83 | 16.7 (4) 50 (3) 33.3 (2) |
| A. Adquisición: Ampliar el ámbito de competencia de la CNNPM para negociar con grandes proveedores de medicamentos de múltiple fuente los precios de adquisición de los medicamentos. | 4.5 | 61.76 (5) 26.47 (4) 11.76 (3) | 3.51 | 20.59 (5) 26.47 (4) 38.24 (3) 2.94 (2.5) 8.82 (2) 2.94 (1) | 4 | 16.67 (5) 66.67 (4) 16.67 (3) | 2.83 | 16.67 (4) 50 (3) 33.33 (2) |
| A. Almacenamiento: Verificar si la infraestructura estatal, jurisdiccional y local de los almacenes de medicamentos está conforme con la norma. | 4.86 | 88.6 (5) 8.6 (4) 2.9 (3) | 3.63 | 22.9 (5) 34.3 (4) 28.6 (3) 11.4 (2) 2.8 (1) | 4.17 | 50 (5) 16.7 (4) 33.3 (3) | 3.5 | 66.7 (4) 16.7 (3) 16.7 (2) |
| A. Distribución: Calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para cada una de las jurisdicciones y de las jurisdicciones a las unidades del primer nivel de acuerdo a las necesidades de locales y completar infraestructura necesaria para la distribución (ej. camionetas). | 4.85 | 85.3 (5) 14.7 (4) | 3.67 | 28.6 (5) 28.6 (4) 22.9 (3) 2.9 (2.5) 17.1 (2) | 4.5 | 66.7 (5) 16.7 (4) 16.7 (3) | 3.17 | 50 (4) 16.7 (3) 33.3 (2) |
| A. Distribución: Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados. | 4.71 | 76.5 (5) 17.6 (4) 5.9 (3) | 3.82 | 35.3 (5) 35.3 (4) 11.8 (3) 11.8 (2) 5.9 (1) | 4.33 | 50 (5) 33.3 (4) 16.7 (3) | 3.5 | 16.7 (5) 33.3 (4) 33.3 (3) 16.7 (2) |
| A. Almacenamiento: Verificación de la disponibilidad de los medicamentos en los almacenes por parte de grupos civiles y representantes de la comunidad (Vincular acción con Aval Ciudadano). | 4.29 | 55.9 (5) 17.6 (4) 26.5 (3) | 3.07 | 11.8 (5) 14.7 (4) 47.1 (3) 2.9 (2.5) 17.6 (2) 5.9 (1) | 3.83 | 33.3 (5) 16.7 (4) 50 (3) | 2.83 | 33.3 (4) 16.7 (3) 50 (2) |
| A. Distribución: Otorgar incentivos/sanciones a los privados para que surtan medicamentos a las Unidades del Primer Nivel más lejanas. | 4.29 | 54.3 (5) 25.7 (4) 17.1 (3) 0 (2) 2.9 (1) | 3.04 | 8.6 (5) 14.3 (4) 54.3 (3) 2.9 (2.5) 14.3 (2) 5.7 (1) | 4.17 | 50 (5) 16.7 (4) 33.3 (3) | 2.67 | 33.3 (4) 16.7 (3) 33.3 (2) 16.7 (1) |

continúa...

continuación...

| Componente 5.2. Suministro de medicamentos (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|--|---|--|--------------|--|--|----------------------------------|--------------|--|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Uso racional: Implementar un sistema de seguimiento rutinario de pacientes crónicos para mejorar la adherencia terapéutica y resultados de salud. | 4.81 | 83.3 (5) 13.9 (4) 2.8 (3) | 3.62 | 20.6 (5) 35.3 (4) 29.4 (3) 14.7 (2) | 4.17 | 50 (5) 16.7 (4) 33.3 (3) | 2.67 | 16.7 (4) 33.33 (3) 50 (2) |
| A. Uso racional: Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento. | 4.89 | 88.9 (5) 11.1 (4) | 4 | 38.9 (5) 30.6 (4) 22.2 (3) 8.3 (2) | 4.29 | 57.1 (5) 14.3 (4) 28.6 (3) | 3.71 | 14.3 (5) 57.1 (4) 14.3 (3) 14.3 (2) |
| A. Uso racional: Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias. | 4.77 | 82.9 (5) 11.4 (4) 5.7 (3) | 3.69 | 28.6 (5) 31.4 (4) 22.9 (3) 14.3 (2) 2.9 (1) | 4.43 | 57.1 (5) 28.6 (4) 14.3 (3) | 3 | 28.6 (4) 42.9 (3) 28.6 (2) |
| A. RRHH: Creación de incentivos para personal con buen desempeño. | 4.45 | 66.7 (5) 18.2 (4) 9.1 (3) 6.1 (2) | 3.35 | 24.2 (5) 15.1 (4) 3 (3.5) 36.4 (3) 12.1 (2) 9.1 (1) | 3.67 | 16.7 (5) 33.3 (4) 50 (3) | 2.67 | 16.7 (4) 50 (3) 16.7 (2) 16.7 (1) |
| B. Uso racional: Involucrar a la enfermera como gestora de medicamentos que eduque al paciente y de seguimiento a la farmacoterapia del paciente. | 4.54 | 65.7 (5) 25.7 (4) 5.7 (3) 2.9 (2) | 3.77 | 28.6 (5) 31.4 (4) 28.6 (3) 11.4 (2) | 4 | 33.3 (5) 33.3 (4) 33.3 (3) | 3.33 | 16.7 (5) 16.7 (4) 50 (3) 16.7 (2) |
| B. RRHH: Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del suministro de medicamentos. | 4.71 | 70.6 (5) 29.4 (4) | 3.71 | 17.6 (5) 50 (4) 20.6 (3) 8.8 (2) 2.9 (1) | 4.29 | 42.9 (5) 42.9 (4) 14.3 (3) | 3.43 | 14.3 (5) 28.6 (4) 42.9 (3) 14.3 (2) |
| C. Adquisición: Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad. (datos históricos ajustados a la demanda real) | 4.8 | 80 (5) 20 (4) | 3.87 | 40 (5) 22.9 (4) 22.9 (3) 2.9 (2.5) 8.6 (2) 2.9 (1) | 4.4 | 60 (5) 20 (4) 20 (3) | 3.4 | 20 (5) 20 (4) 40 (3) 20 (2) |
| C. Adquisición: Contar con información actualizada para estimar metodológicamente la correspondencia con la demanda y la necesidad de salud | 4.86 | 85.7 (5) 14.3 (4) | 3.53 | 22.9 (5) 22.9 (4) 2.9 (3.5) 37.1 (3) 11.4 (2) 2.9 (1) | 4.29 | 42.9 (5) 42.9 (4) 14.3 (3) | 3.29 | 14.3 (5) 28.6 (4) 28.6 (3) 28.6 (2) |

continúa...

continuación...

| Componente 5.2. Suministro de medicamentos (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|---|---|----------------------------------|--------------|--|--|----------------------------------|--------------|--|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| C. Adquisición: Documentar donde existe falta de compra de medicamentos necesarios por insuficiencia de presupuesto para mejorar su asignación. | 4.77 | 77.1 (5) 22.9 (4) | 3.71 | 29.4 (5) 23.5 (4) 35.3 (3) 11.8 (2) | 3.83 | 16.7 (5) 50 (4) 33.3 (3) | 2.67 | 16.7 (4) 50 (3) 16.7 (2) 16.7 (1) |
| C. Selección: Basar la selección de los medicamentos en las guías de práctica clínica, entre otros criterios, para asegurar que los medicamentos recomendados estén incluido en los cuadros básicos de los estados. | 4.74 | 77.1 (5) 20 (4) 2.9 (3) | 3.64 | 20 (5) 31.4 (4) 2.9 (3.5) 40 (3) 2.9 (2) 2.9 (1) | 3.83 | 16.7 (5) 50 (4) 33.3 (3) | 3.17 | 33.3 (4) 50 (3) 16.7 (2) |
| C. Adquisición: Establecer indicadores de efectividad de negociación de precios de medicamentos de la CNNPM con base en los precios internacionales de referencia. | 4.53 | 65.6 (5) 21.9 (4) 12.5 (3) | 3.27 | 12.5 (5) 31.2 (4) 31.2 (3) 3.1 (2.5) 15.6 (2) 6.2 (1) | 4 | 16.7 (5) 66.7 (4) 16.7 (3) | 3.33 | 50 (4) 33.3 (3) 16.7 (2) |
| C. Distribución: Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas, sobre todo público vs. contratación a empresas privadas. | 4.54 | 63.6 (5) 27.3 (4) 9.1 (3) | 3.71 | 16.1 (5) 32.3 (4) 29 (3) 12.9 (2) 9.7 (1) | 4 | 42.9 (5) 14.3 (4) 42.9 (3) | 2.33 | 16.7 (4) 16.7 (3) 50 (2) 16.7 (1) |
| C. Sistemas de información: Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado y el grado de actualización que tienen. Y asignar recursos para adecuar/actualizar/desarrollarlos. | 4.62 | 77.9 (5) 18.7 (4) 9.4 (3) | 3.31 | 12.5 (5) 28.1 (4) 6.2 (3.5) 31.2 (3) 18.7 (2) 3.1 (1) | 4.17 | 33.3 (5) 50 (4) 16.7 (3) | 3.17 | 50 (4) 16.7 (3) 33.3 (2) |

\bar{x} : puntuación media

%: porcentajes del total por cada puntuación (valor otorgado)

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

B: recomendaciones sobre intervenciones que requieren capacitación

C: recomendaciones sobre intervenciones que requieren estudios

| Componente 5.3 Financiamiento e incentivos (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|--|---|--|--------------|---|--|----------------------------|--------------|----------------------------|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| A. Se requiere analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud, acercándose al promedio de países OCDE. | 4.71 | 80.6 (5) 12.9 (4) 3.2 (3) 3.2 (2) | 3.67 | 20 (5) 46.7 (4) 16.7 (3) 13.3 (2) 3.3 (1) | 4 | 40 (5) 20 (4) 40 (3) | 2.4 | 60 (3) 20 (2) 20 (1) |
| A. Etiquetar presupuestalmente recursos dirigidos a asegurar que las unidades de salud cuenten con las condiciones estructurales normadas. | 4.84 | 83.9 (5) 16.1 (4) | 3.86 | 27.6 (5) 41.4 (4) 20.7 (3) 10.3 (2) | 4.6 | 60 (5) 40 (4) | 2.8 | 80 (3) 20 (2) |
| A. Requiere incrementar la cobertura de aseguramiento y de uso efectivo de servicios de salud, a través de mejorar la accesibilidad geográfica, oportunidad de la atención, y efectividad de la misma. | 4.77 | 80 (5) 16.7 (4) 3.3 (3) | 3.48 | 18.5 (5) 29.6 (4) 37.0 (3) 11.1 (2) 3.7 (1) | 4.8 | 80 (5) 20 (4) | 2.75 | 75 (3) 25 (2) |

\bar{x} : puntuación media

%: porcentajes del total por cada puntuación (valor otorgado)

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

| Componente 6. Modelos de atención (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|--|---|---|--------------|--|--|--------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| Integrar los diversos subsistemas. | 4.79 | 84.8 (5) 9.1 (4) 6.1 (3) | 3.67 | 30.3 (5) 21.2 (4) 36.4 (3) 9.1 (2) 3 (1) | 4.67 | 66.7 (5) 33.3 (4) | 3 | 33.3 (4) 33.3 (3) 33.3 (2) |
| A. Definir redes de atención funcionales. | 4.68 | 70.6 (5) 26.5 (4) 2.9 (3) | 3.68 | 29.4 (5) 20.6 (4) 38.2 (3) 11.8 (2) | 4.83 | 83.3 (5) 16.7(4) | 4.17 | 33.3 (5) 50 (4) 16.7(3) |
| A. Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud, integradas en la atención de primer nivel. | 4.83 | 85.7 (5) 11.4 (4) 2.9 (3) | 3.71 | 32.3 (5) 23.5 (4) 32.3 (3) 5.9 (2) 5.9 (1) | 4.67 | 66.7 (5) 33.3(4) | 3.67 | 16.7 (5) 33.3 (4) 50 (3) |
| A. Sinos/Consulta Segura: Coordinar con otras actividades de promoción y prevención. | 4.58 | 74.2 (5) 16.1 (4) 6.4 (3) 0 (2) 3.2 (1) | 3.72 | 28.1 (5) 31.2 (4) 28.1(3) 9.4 (2) 3.1 (1) | 4.33 | 66.7 (5) 0 (4) 33.3 (3) | 3.5 | 16.7 (5) 16.7 (4) 66.7 (3) |
| A. Sinos/Consulta Segura: Planificar y ejecutar programa completo (incluido seguimiento). | 4.52 | 64.5 (5) 29 (4) 3.2 (3) 0 (2) 3.2 (1) | 3.67 | 26.7 (5) 33.3 (4) 23.33 (3) 13.3 (2) 3.3 (1) | 4.33 | 66.7 (5) 0 (4) 33.3 (3) | 3.67 | 16.7 (5) 33.3 (4) 50 (3) |
| A. Unemes-EC: Coordinar claramente con el resto del sistema. | 4.67 | 72.7 (5) 21.2 (4) 6.1 (3) | 3.91 | 38.2 (5) 32.3 (4) 14.7 (3) 11.8 (2) 2.9 (1) | 4.33 | 50 (5) 33.3 (4) 16.7 (3) | 3.17 | 16.7(4) 83.3 (3) |
| A. Establecer indicadores de promoción y prevención a integrar en el Indicas o sistema de indicadores para la calidad equivalente y/o enlazar con el sistema de información oficial. | 4.59 | 76.5 (5) 11.8 (4) 8.8 (3) 0 (2) 2.9 (1) | 3.91 | 35.3 (5) 38.2 (4) 14.7 (3) 5.9 (2) 5.9 (1) | 4.6 | 60 (5) 40 (4) | 4 | 100 (4) |
| A. Establecer sistema de indicadores para monitoreo de calidad, a integrar en Indicas o sistema equivalente. | 4.67 | 81.8 (5) 9.1 (4) 6.1 (3) 0 (2) 3 (1) | 3.95 | 39.4 (5) 30.3 (4) 3 (3.5) 12.1 (3) 15.2 (2) | 4.6 | 60 (5) 40 (4) | 4 | 20 (5) 60 (4) 20 (3) |
| C. Modelo general de atención APS: Revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel. | 4.66 | 65.7 (5) 34.3 (4) | 3.76 | 29.4 (5) 29.4(4) 32.3 (3) 5.9 (2) 2.9 (1) | 4.8 | 80 (5) 20 (4) | 4 | 40 (5) 40 (4) 0 (3) 20 (2) |

continúa...

continuación...

| Componente 6. Modelos de atención (tipo y definición de la intervención) | Responsables estatales de calidad (n=37) | | | | Dirección General de Calidad en Educación y Salud (n=7) | | | |
|--|---|---|--------------|--|--|---|--------------|--|
| | Relevancia | | Factibilidad | | Relevancia | | Factibilidad | |
| | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) | \bar{x} | %(valor) |
| C. Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: Revisar criterios de referencia y contra-referencia | 4.64 | 69.7 (5) 24.2 (4) 6.1 (3) | 3.94 | 35.3 (5) 32.3 (4) 23.5 (3) 8.8 (2) | 4.83 | 83.3 (5) 16.7(4) | 4.17 | 50 (5) 33.3 (4) 0 (3) 16.7 (2) |
| C. Acreditación por redes | 4.28 | 53.1 (5) 31.2 (4) 9.4 (3) 3.1 (2) 3.1 (1) | 3.42 | 15.6 (5) 31.2 (4) 3.1 (3.5) 31.2 (3) 15.6 (2) 3.1 (1) | 4.5 | 66.7 (5) 16.7 (4) 16.7 (3) | 4 | 33.3 (5) 33.3 (4) 33.33 (3) |
| C. Modelo general de atención APS: Valorar la posibilidad de reforzar lo existente o en su caso diseñar un modelo integral semejante | 4.61 | 63.6 (5) 33.3 (4) 2 (3) | 3.53 | 15.1 (5) 36.4 (4) 3 (3.5) 33.3 (3) 9.1 (2) 3 (1) | 4.5 | 50 (5) 50 (4) | 3.67 | 66.7 (4) 33.3 (3) |
| C. Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contra-referencia e integrar al proceso de acreditación por redes | 4.32 | 52.9 (5) 35.3 (4) 5.9 (3) 2.9 (2) 2.9 (1) | 3.42 | 18.7 (5) 31.2 (4) 3.1 (3.5) 2 (3) 15.6 (2) 6.2 (1) | 4.5 | 50 (5) 50 (4) | 3.67 | 66.7 (4) 33.3 (3) |
| C. Evaluar y reforzar utilización de las Cartillas de Salud | 4.61 | 69.7 (5) 21.2 (4) 9.1 (3) | 4.15 | 47.1 (5) 32.3 (4) 11.8 (3) 5.9 (2) 2.9 (1) | 4.33 | 66.7 (5) 16.7 (4) 0 (3) 16.7 (2) | 4.67 | 66.7 (5) 33.3 (4) |
| C. Modelos de atención a problemas de salud específicos: Sinos/Consulta Segura. Evaluar implementación, resultados e impacto | 4.47 | 65.6 (5) 21.9 (4) 9.4 (3) 0 (2) 3.1 (1) | 3.77 | 32.3 (5) 29 (4) 22.6 (3) 16.1 (2) | 4.4 | 60 (5) 20 (4) 20 (3) | 3.8 | 80 (4) 20 (3) |
| C. Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC. Valorar costo/efectividad de otras alternativas (ej. Refuerzo de capacidad resolutive de unidades de atención de primer nivel). | 4.52 | 61.3 (5) 29 (4) 9.7 (3) | 3.43 | 26.7 (5) 10 (4) 43.3 (3) 20 (2) | 4.17 | 50 (5) 16.67 (4) 33.33 (3) | 3.5 | 16.7 (5) 33.3 (4) 33.3 (3) 16.7 (2) |

\bar{x} : puntuación media

%: porcentajes del total por cada puntuación(valor otorgado)

A: recomendaciones sobre intervenciones directas

C: recomendaciones sobre intervenciones que requieren estudios

D. Listado completo de recomendaciones priorizadas en el primer taller de priorización
Recomendaciones prioritarias para mejorar el primer nivel de atención según puntuación
media (máximo: 5) de relevancia (R) y factibilidad (F) otorgada por REC y DGCES

| | Recomendaciones | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥que en (1) y F≤4 | | | |
|---|--|----------------|-----|-------|-----|--------------------|-----|-------|-----|
| | | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | | R | F | R | F | R | F | R | F |
| Componente estratégico: Liderazgo | I.A.2. Homogeneizar el nivel jerárquico que corresponde a los REC de las entidades federativas, jurisdicciones y centros, primando la cercanía al máximo nivel decisional en cada nivel. | 4.9 | 3.8 | | | | | | |
| | I.A.3. Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad. | 4.8 | 4.4 | 4.5 | 4 | | | | |
| | I.A.4. Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua. | 4.7 | 4.1 | 4.6 | 4.6 | | | | |
| | I.A.5. Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad, y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente. | | | 5 | 4.4 | 4.7 | 3.9 | | |
| | I.A.6. Reconocer y fomentar el liderazgo del personal de atención directa en las iniciativas de mejora. | | | 4.6 | 4 | | | | |
| | I.A.7. Implementar sistema de evaluación del liderazgo para la función de calidad que incluya los aspectos de cumplimiento de normas y de creación de valor público. | | | 4.1 | 4.1 | | | | |
| | I.B.1. Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles del sistema. | 4.8 | 4.3 | 4.7 | 4.1 | | | | |
| Componente estratégico: Sistema de información | II.A.1. Asegurarse un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura en todo el sistema de salud. | | | | | 4.7 | 2.9 | 5 | 3.6 |
| | II.A.2. Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad. | 4.8 | 4.1 | 4.9 | 4.9 | | | | |
| | II.A.5. Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad. | 4.7 | 4.4 | 5 | 5 | | | | |
| | II.A.6. Integrar las fuentes de información y bases de datos existentes con criterios de complementariedad y eficiencia. | | | 5 | 4.6 | | | | |
| | II.A.7. Establecer sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos. | | | 4.9 | 4.3 | 4.7 | 3.8 | | |
| | II.C.1. Revisar metodología de recolección de datos, tanto de los registros como de las encuestas. | | | 4.9 | 4.5 | | | | |
| | II.C.2. Identificar e integrar indicadores de salud pública (protección y promoción de la salud y prevención de la enfermedad) en el sistema de indicadores para la calidad. | | | 4.9 | 4.4 | 4.7 | 3.9 | | |
| II.C.3. Evaluación integral y a profundidad del Sistema de Información de Calidad entre ellos el Indicas. | 4.6 | 4 | 4.6 | 4.6 | | | | | |

continúa...

continuación...

| | Recomendaciones | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥que en (1) y F≤4 | | | |
|--|--|----------------|-----|-------|-----|--------------------|-----|-------|-----|
| | | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | | R | F | R | F | R | F | R | F |
| Componente estratégico: Participación de pacientes y población | III.A.1. Asegurar difusión de los derechos y dimensión de la atención centrada en paciente/familia/comunidad. | 4.8 | 4 | 4.5 | 4.4 | | | | |
| | III.A.2. Asegurar la difusión y supervisar la operación del sistema de quejas. | | | | | 4.6 | 3.6 | 4.4 | 3.4 |
| | III.A.3. Asegurar que las unidades cuenten con buzones de quejas, materiales e insumos. | 4.7 | 4.2 | 4.5 | 4.6 | | | | |
| | III.A.4. Construir e implementar encuesta de calidad percibida/informe del usuario sobre atención centrada en el paciente, en sustitución de la actual encuesta de satisfacción. | 4.5 | 4.1 | | | | | 4.7 | 3.9 |
| | III.A.5. Incluir en el sistema de monitorización e información de la calidad la implantación y uso del consentimiento informado. | 4.7 | 4.2 | 4.5 | 4.1 | | | | |
| | III.A.6. Incluir en el sistema de información de calidad el monitoreo de los derechos de los pacientes. | | | 4.5 | 4 | | | | |
| | III.B.1. Generar competencias para para desarrollar la dimensión de "atención centrada en paciente/familia/comunidad". | | | 4.8 | 4.2 | 4.5 | 3.7 | | |
| | III.B.2. establecer acuerdo con Dirección de Enseñanza para generar competencias en internos de pregrado sobre "atención centrada en paciente/familia/comunidad", previo al servicio social. | | | | | 4.8 | 3.7 | | |
| | III.B.3. Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias que se haya definido. | 4.8 | 4.2 | 4.2 | 4.3 | | | | |
| | III.B.4. Capacitar al personal de los Sesa en monitoreo comunitario. | | | | | | | 4.7 | 3.2 |
| | III.B.5. Capacitar a los AC para realizar monitoreo comunitario. | | | | | 4.6 | 3.6 | 4.5 | 3.6 |
| | III.C.1. Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de Derechos de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas. | 4.7 | 4.1 | 4.3 | 4.0 | | | | |
| | III.C.5. Evaluar el Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso de mejora. | | | 4.3 | 4.3 | 4.7 | 3.9 | | |

continúa...

continuación...

| | Recomendaciones | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥que en (1) y F≤4 | | | |
|---|---|----------------|-----|-------|-----|--------------------|---|-------|-------------|
| | | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | | R | F | R | F | R | F | R | F |
| Componente estratégico: Programas de certificación y acreditación | IV.A.1. Armonizar la terminología (de Certificación y Acreditación) con el contexto internacional. | 4.9 | 4.1 | 4.4 | 4.7 | | | | |
| | IV.A.2. Hacer explícitos los objetivos de Programa (de Certificación), la participación deseable de la Secretaría, y los beneficios potenciales para el sistema de salud. | 4.7 | 4.1 | 4.4 | 4.0 | | | | |
| | IV.A.3. Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades que certifiquen. | 4.6 | 4.1 | | | | | 4.0 | 3.14 |
| | IV.A.4. Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "No Certificación" como de los de "Certificación". | 4.8 | 4.1 | 4.6 | 4.1 | | | | |
| | IV.A.5. Incrementar participación de la Secretaría y entidades federativas en la formulación de los criterios de certificación, una vez comprobada la efectividad del programa. | | | | | | | 4.8 | 3.9 |
| | IV.A.6. Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "Acreditación" como los de "No Acreditación". | 4.8 | 4.3 | 4.7 | 4.1 | | | | |
| | IV.A.7. Ampliar cobertura (en Acreditación), una vez comprobada su efectividad. | | | | | | | 4.8 | 3.7 4.6 3.1 |
| | IV.C.1. Revisar los criterios (de Acreditación) teniendo en cuenta las normas existentes. | 4.9 | 4.6 | 4.7 | 4.7 | | | | |
| | IV.C.2. Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de Certificación. | 4.7 | 4 | | | | | 4.4 | 3.4 |
| | IV.C.3. Diseñar esquema de incentivos para la participación de los establecimientos de atención médica públicos, una vez comprobada la efectividad del Programa (de Certificación). | | | | | | | 4.7 | 3.4 |
| | IV.C.4. Valorar la permanencia del Programa, considerando alternativas que no impliquen voluntariedad. | | | | | | | 4.7 | 3.8 |
| | IV.C.5. Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de Acreditación. | 4.8 | 4.2 | | | | | 4.6 | 3.7 |

continúa...

continuación...

| | Recomendaciones | (1): R≥4 y F≥4 | | | | R≥que en (1) y F≤4 | | | |
|--|---|--|-----|-------|-----|--------------------|-----|-------|-----|
| | | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | | R | F | R | F | R | F | R | F |
| componente estratégico: guías de práctica clínica | IV.A.1. Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con normas sobre procesos clínicos. | | | | | 4.8 | 3.8 | 4.1 | 3.0 |
| | IV.A.3. Especificar metodología para selección y priorización de temas. | 4.7 | 4.4 | 4.7 | 4.3 | | | | |
| | IV.A.4. Establecer procedimiento para actualización de las guías. | 4.8 | 4.3 | 4.7 | 4.6 | | | | |
| | IV.A.5. Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC. | 4.7 | 4.2 | 4.1 | 4 | | | | |
| | IV.A.6. Especificar mecanismos de valoración de la evidencia. | 4.7 | 4.2 | 4.3 | 4 | | | | |
| | IV.A.7. Contemplar procedimiento de adaptación local y participación de pacientes y población. | | | | | | | 4.2 | 3.2 |
| | IV.A.8. Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC. | | | 4.3 | 4.1 | | | | |
| | IV.A.9. Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria. | | | | | 4.9 | 3.9 | | |
| | IV.A.11. Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención. | | | 4.4 | 4.0 | | | | |
| | IV.C.3. (A). Establecer valoración sistemática de la calidad formal de las GPC. | | | | | | | 4.3 | 3.6 |
| | Componente estratégico: Infraestructura física y recursos humanos | IV.C.4. Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de la GPC. | | | | | 4.7 | 3.9 | 4.4 |
| IV.C.5. Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC. | | | | | | | | 4.1 | 3.4 |
| IV.C.6. Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias. | | 4.8 | 4.0 | 4.9 | 4.4 | | | | |
| V.A.2. Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades, estableciendo criterios y normativa para lograr el equilibrio territorial. | | | | | | 4.7 | 3.8 | 4.5 | 3.2 |
| V.A.3. Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica y equipamiento según normas de las UAA existentes. | | | | | | 5 | 3.5 | 4.7 | 3.1 |
| V.A.6. Establecer sistema de Monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede. | | | | | | 4.6 | 3.6 | 4.5 | 3.2 |
| V.A.8. Generar oferta académica local (becas condicionadas, incluido formación continuada) para garantizar profesionales locales. | | | | | | 4.7 | 3.1 | 4.9 | 2.4 |
| V.A.11. Establecer políticas de incremento de RRHH en el primer nivel con criterios de equilibrio territorial y objetivo de 25 profesionales por 100 mil HSSS. | | | | | | 4.7 | 2.9 | | |
| V.A.14. Incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural. | | | | | | 4.6 | 3 | 4.6 | 3 |
| V.A.15. Equilibrar la razón enfermería/médico, priorizando Estados en que está por debajo de 1. | | | | | | 4.6 | 2.3 | 4.6 | 2.6 |
| V.A.18. Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud, definiendo la composición del equipo de profesionales y estableciendo procedimientos para su cumplimiento. | | | | | | 4.7 | 3.8 | 4.8 | 3.2 |
| V.A.19. Mejorar las condiciones de contratación para el personal sanitario. | | | | | 4.7 | 3.1 | 4.9 | 2.4 | |
| V.C.1. Evaluar impacto de las Caravanas en la accesibilidad efectiva. | 4.6 | 4.1 | 4.5 | 4 | | | | | |
| V.C.2. Mantener (generar) catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución. | | | | | 4.7 | 3.8 | 4.4 | 3.4 | |

continúa...

continuación...

| Recomendaciones | | (1): R \geq 4 y F \geq 4 | | | | R \geq que en (1) y F \leq 4 | | | |
|---|--|---|-----|-------|-----|----------------------------------|-----|-------|-----|
| | | REC | | DGCES | | REC | | DGCES | |
| | | R | F | R | F | R | F | R | F |
| Componente estratégico: Medicamentos | V.C.1 (A). Adquisición: Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real). | | | | | 4.8 | 3.7 | 4.4 | 3.4 |
| | V.A.3. Adquisición: Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de precios de Medicamentos de fuente única. | | | | | 4.8 | 3.6 | 4.3 | 2.8 |
| | V.A.6. Distribución: calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para jurisdicciones y UMPN de acuerdo a necesidades y completar infraestructura para la distribución (Ej. Camionetas). | | | | | 4.9 | 3.7 | 4.5 | 3.2 |
| | V.A.7. Distribución: Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados. | | | | | 4.7 | 3.8 | 4.3 | 3.5 |
| | V.A.11. Uso racional: Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento. | 4.9 | 4 | | | | | 4.3 | 3.7 |
| | V.A.12. Uso racional: Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias. | | | | | 4.8 | 3.7 | 4.4 | 3 |
| | V.B.2. RRHH: Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del SISUMED. | | | 4.3 | 4.4 | 4.7 | 3.7 | | |
| | V.C.6. Distribución: Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas, sobre todo público vs., contratación a empresas privadas. | | | | | 4.5 | 3.7 | | |
| | VI.A.1. Integrar los diversos subsistemas. | | | | | 4.8 | 3.7 | 4.7 | 3 |
| | VI. A.2 Definir redes de atención funcionales. | | | 4.8 | 4.2 | 4.7 | 3.7 | | |
| | VI.A.3. Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud integradas en el primer nivel. | | | | | 4.8 | 3.7 | 4.7 | 3.7 |
| | Componente estratégico: modelos de atención | VI.C.2 Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: revisar criterios de referencia-contrareferencia. | | | 4.8 | 4.2 | 4.6 | 3.9 | |
| VI.C.1 Modelo general de atención APS: Revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel. | | | | 4.8 | 4 | 4.7 | 3.8 | | |
| VI.C.3 Acreditación por redes. | | | | 4.5 | 4 | | | | |
| VI.C.5. Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contrareferencia e integrar al proceso de acreditación por redes. | | | | | | | | 4.5 | 3.7 |
| VI.C.7 Sinops/Consulta segura. Evaluar implementación, resultados e impacto. | | | | | | | | 4.4 | 3.8 |
| VI.C.6 Evaluar y reforzar la utilización de las cartilla de Salud. | | 4.6 | 4.2 | 4.3 | 4.7 | | | | |

Lógica de la tabla. Se señala la siguiente clasificación de prioridad:

1. Recomendaciones prioritarias en R y F tanto por RECs como por DGCES. Estas serían las primeras a considerar
2. Recomendaciones prioritarias según R y F en uno de los grupos, y sólo en R en el otro. Estas serían las siguientes a considerar
3. Recomendaciones prioritarias en sólo uno de los dos grupos. Para estas se debe considerar si son implementables por este grupo. En este caso son pueden ser prioritarias para DGCES pero no para RECs o viceversa. Como la responsabilidad es compartida y no hay consenso precisarían de mayor negociación y quizás normatividad

E. Segunda priorización de intervenciones para la mejora de la calidad del primer nivel de atención, según puntuación de REC de 25 entidades federativas^(a)

| Componente estratégico | Propuesta de intervención | Priorización específica (dentro de cada componente) | Priorización global (Todas las intervenciones) | N° de orden en la priorización global (con n) ^d |
|--|--|---|--|--|
| | | Puntuación ^(b) | Puntuación ^(c) | |
| Liderazgo | Redefinición del perfil y funciones de REC y gestores de calidad. | 65 | 37 | 1° |
| | Asegurarse formación en calidad y liderazgo en los responsables de calidad a todos los niveles. | 40 | 2 | 8° (con 4) |
| | Establecer líneas claras de coordinación entre nivel central, responsables estatales de calidad, gestores de calidad, y Comités de Calidad y Seguridad del Paciente. | 29 | 7 | 4° (con 3) |
| | Reorientar las actividades de la estructura de calidad hacia la mejora continua. | 16 | - | - |
| Sistema de información para la calidad | Rediseño del sistema de indicadores para monitorización de la calidad, con criterios de validez, fiabilidad, utilidad y jerarquización según nivel de responsabilidad. | 46 | 7 | 4° (con 3) |
| | Asegurarse un despliegue uniforme de equipamiento e infraestructura en todo el sistema de salud. | 39 | 10 | 2° |
| | Evaluación integral y a profundidad del Sistema de Información de Calidad entre ellos el Indicas. | 24 | 3 | 7° (con 3) |
| | Establecer sistema de supervisión de la calidad, consistencia y confiabilidad de los datos. | 22 | - | - |
| | Fomentar el uso de la información para mejorar la calidad. | 19 | 3 | 7° (con 3) |

continúa...

continuación...

| Componente estratégico | Propuesta de intervención | Priorización específica (dentro de cada componente) | Priorización global (Todas las intervenciones) | N° de orden en la priorización global (con n) ^d |
|--|---|---|--|--|
| | | Puntuación ^(b) | Puntuación ^(c) | |
| Participación de pacientes y población | Generar competencias para desarrollar la dimensión de "atención centrada en paciente/familia/comunidad". | 38 | 4 | 6° (con 3) |
| | Construir e implementar encuesta de calidad percibida/ informe del usuario sobre atención centrada en el paciente, en sustitución de la actual encuesta de satisfacción. | 32 | - | - |
| | Capacitar al personal directivo y operativo sobre el funcionamiento del sistema de quejas, felicitaciones y sugerencias que se haya definido. | 20 | - | - |
| | Establecer acuerdo con Dirección de Enseñanza para generar competencias en internos de pregrado sobre "atención centrada en paciente/familia/comunidad", previo al servicio social. | 19 | - | - |
| | Evaluar el Aval Ciudadano como mecanismo de transparencia e impulso de mejora. | 15 | - | - |
| | Asegurar difusión de los derechos y dimensión de la atención centrada en paciente/familia/comunidad. | 9 | 1 | 9° (con 13) |
| | Incluir en el sistema de monitorización e información de la calidad la implantación y uso del Consentimiento informado. | 4 | - | - |
| | Capacitar al personal de los Sesa en monitoreo comunitario. | 4 | - | - |
| | Asegurar la difusión y supervisar la operación del sistema de quejas. | 2 | - | - |
| | Capacitar a los AC para realizar monitoreo comunitario. | 2 | - | - |
| | Revisar, delimitar atribuciones y unificar criterios de la Carta de Derechos de los pacientes con las instancias del sector salud involucradas. | 2 | - | - |
| | Asegurar que las unidades cuenten con buzones de quejas, materiales e insumos. | - | - | - |
| | Incluir en el sistema de información de calidad el monitoreo de los derechos de los pacientes. | - | - | - |

continúa...

continuación...

| Componente estratégico | Propuesta de intervención | Priorización específica (dentro de cada componente) | Priorización global (Todas las intervenciones) | N° de orden en la priorización global (con n) ^d |
|---|---|---|--|--|
| | | Puntuación ^(b) | Puntuación ^(c) | |
| Regulación y estándares: Acreditación y certificación | Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de Acreditación. | 29 | 1 | 9° (con 13) |
| | Incrementar participación de la Secretaría y entidades federativas en la formulación de los criterios de certificación, una vez comprobada la efectividad del programa. | 22 | 4 | 6° (con 3) |
| | Diseñar esquema de incentivos para la participación de los establecimientos de atención médica públicos, una vez comprobada la efectividad del Programa (de Certificación). | 19 | - | - |
| | Armonizar la terminología (de Certificación y Acreditación) con el contexto internacional. | 15 | - | - |
| | Evaluar efectividad y costo/efectividad del Programa de Certificación. | 16 | 3 | 7° (con 3) |
| | Hacer explícitos los objetivos de Programa (de Certificación), la participación deseable de la Secretaría, y los beneficios potenciales para el sistema de salud. | 9 | - | - |
| | Ampliar cobertura (en acreditación), una vez comprobada su efectividad. | 9 | 2 | 8° (con 4) |
| | Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "acreditación" como los de "no acreditación". | 8 | 1 | 9° (con 13) |
| | Revisar los criterios (de acreditación) teniendo en cuenta las normas existentes. | 7 | 4 | 6° (con 3) |
| | Valorar la permanencia del programa, considerando alternativas que no impliquen voluntariedad. | 3 | - | - |
| Reforzar la autonomía de todo el proceso así como de las entidades que certifiquen. | 2 | - | - | |
| Incrementar los niveles de transparencia en primera instancia, tanto de los informes y resultados de "no certificación" como de los de "certificación". | 2 | - | - | |

continúa...

continuación...

| Componente estratégico | Propuesta de intervención | Priorización específica (dentro de cada componente) | Priorización global (Todas las intervenciones) | N° de orden en la priorización global (con n) ^d |
|--|--|---|--|--|
| | | Puntuación ^(b) | Puntuación ^(c) | |
| Regulación y estándares: guías de práctica clínica | Establecer política sectorial sobre fomento de uso de vías clínicas y modelos de atención. | 32 | - | - |
| | Reforzar incorporación de GPC a la docencia universitaria. | 30 | - | - |
| | Diseño de indicadores y evaluación de utilización y efectividad para GPC prioritarias. | 27 | - | - |
| | Dotar de marco jurídico que contemple homologación sectorial y relación con normas sobre procesos clínicos. | 22 | 1 | 9° (con 13) |
| | Evaluar e intervenir sobre los problemas de difusión e implementación de la GPC. | 10 | - | - |
| | Establecer valoración sistemática de la calidad formal de las GPC. | 9 | - | - |
| | Diseñar mecanismos de control e incentivos de utilización de las GPC. | 8 | - | - |
| | Especificar metodología para selección y priorización de temas. | 1 | - | - |
| | Establecer procedimiento para actualización de las guías. | 3 | - | - |
| | Especificar mecanismos de valoración de la evidencia. | 3 | - | - |
| Capacidad organizacional: Infraestructura física | Contemplar procedimiento de adaptación local y participación de pacientes y población. | 3 | - | - |
| | Establecer directrices claras para adaptación y formato de las GPC. | 2 | - | - |
| | Vincular completamente la estrategia de implementación al proceso de desarrollo de las GPC. | - | - | - |
| | Clarificar criterios de planificación para construcción de nuevas unidades, estableciendo criterios y normativa para lograr el equilibrio territorial. | 22 | 5 | 5° (con 2) |
| | Mantener (generar) catálogo activo y actualizado de necesidades de infraestructura básica (dotación y mantenimiento) de las UAA existentes, y establecer procedimiento para su resolución. | 21 | - | - |
| | Establecer sistema de monitoreo efectivo de accesibilidad geográfica, incluyendo tiempo de viaje y servicios a los que se accede. | 5 | - | - |
| | Evaluar impacto de las Caravanas en la accesibilidad efectiva. | 3 | - | - |

continúa...

continuación...

| Componente estratégico | Propuesta de intervención | Priorización específica (dentro de cada componente) Puntuación ^(b) | Priorización global (Todas las intervenciones) Puntuación ^(c) | Nº de orden en la priorización global (con n) ^d |
|--|--|--|---|--|
| Capacidad organizacional: recursos humanos | Integrar y establecer de forma explícita una política de recursos humanos (planificación, formación, gestión) para el sistema de salud, definiendo la composición del equipo de profesionales y estableciendo procedimientos para su cumplimiento. | 38 | 9 | 3º (con 3) |
| | Establecer políticas de incremento de RRHH en el primer nivel con criterios de equilibrio territorial y objetivo de 25 profesionales por 10 mil HSSS. | 19 | 9 | 3º (con 3) |
| | Mejorar las condiciones de contratación para el personal de salud. | 16 | - | - |
| | Generar oferta académica local (becas condicionadas, incluida formación continuada) para garantizar profesionales locales. | 8 | - | - |
| | Incrementar dotación de personal de enfermería en UAA y en el medio rural. | 9 | 1 | 9º (con 13) |
| | Equilibrar la razón enfermería/médico, priorizando Estados en que está por debajo de 1. | 9 | - | - |
| Capacidad organizacional: Suministro de medicamentos | Adquisición: Estimar las necesidades con base en la población usuaria y su morbilidad, contando con información actualizada (datos históricos ajustados a la demanda real). | 43 | 5 | 5º (con 2) |
| | RRHH: Capacitar, profesionalizar y certificar las competencias de los encargados de estatales de realizar cada una de las etapas y las actividades del sistema de suministro de medicamentos. | 20 | - | - |
| | Distribución: Calendarizar los tiempos de entrega de medicamentos para jurisdicciones y UMPN de acuerdo a necesidades y completar infraestructura para la distribución (Ej. Camionetas). | 18 | 1 | 9º (con 13) |
| | Distribución: Sanciones económicas y de no recontractación para los proveedores adjudicados incumplidos y reincidentes en la falta de entrega de medicamentos en los tiempos, condiciones y puntos de entrega negociados. | 18 | - | - |
| | Uso racional: Implementar un proceso de monitoreo rutinario de la calidad y seguridad de la farmacoterapia para informar al personal médico y tomar acciones correctivas si son necesarias. | 16 | 1 | 9º (con 13) |
| | Adquisición: Institucionalizar la Comisión Nacional de Negociación de precios de Medicamentos de fuente única. | 14 | 2 | 8º (con 4) |
| | Distribución: Evaluar costo-efectividad de diversos esquemas, sobre todo público vs., contratación a empresas privadas. | 8 | - | - |
| | Sistemas de información: Evaluar los sistemas y la tecnología de información con la que cuenta cada estado y el grado de actualización que tienen. | 8 | - | - |
| | Uso racional: Desarrollar información dirigida al paciente que se debe entregar junto con el medicamento. | 5 | - | - |

continúa...

continuación...

| Componente estratégico | Propuesta de intervención | Priorización específica (dentro de cada componente) | Priorización global (Todas las intervenciones) | N° de orden en la priorización global (con n) ^d |
|--|---|---|--|--|
| | | Puntuación ^(b) | Puntuación ^(c) | |
| Capacidad organizacional: Financiación e incentivos | Se requiere analizar esquemas de financiamiento que permitan incrementar el gasto público en salud, acercándose al promedio de países OCDE. | 48 | 9 | 3° (con 3) |
| | Contemplar explícitamente recursos presupuestales para completar la infraestructura básica y equipamiento según normas de las UAA existentes. | 42 | 1 | 9° (con 13) |
| | Se requiere incrementar la cobertura de aseguramiento y de uso efectivo de servicios de salud. | 32 | 1 | 9° (con 13) |
| | Mejorar la accesibilidad geográfica y oportunidad de la atención con reducción del gasto de bolsillo. | 15 | - | - |
| | Evaluar esquemas de incentivos económicos a los proveedores, ya sea en financiamiento basado en resultados o pago por desempeño. | 12 | 2 | 8° (con 4) |
| Modelos de atención | Revisar y evaluar mecanismos de referencia y contrarreferencia e integrar al proceso de acreditación por redes. | 29 | - | - |
| | Definir redes de atención funcionales. | 26 | - | - |
| | Coordinar todas las actividades de prevención y promoción de la salud integradas en el primer nivel. | 24 | 1 | 9° (con 13) |
| | Modelo general de atención APS: Revisar justificación y características de los diversos tipos de unidades de atención de primer nivel. | 23 | 1 | 9° (con 13) |
| | Integrar los diversos subsistemas. | 20 | 7 | 4° (con 3) |
| | Modelos de atención a problemas de salud específicos: Unemes-EC: revisar criterios de referencia-contra-referencia. | 10 | 1 | 9° (con 13) |
| | Acreditación por redes. | 11 | 1 | 9° (con 13) |
| | Sinos/Consulta segura. Evaluar implementación, resultados e impacto. | 6 | - | - |
| Evaluar y reforzar la utilización de las cartillas de Salud. | 1 | - | - | |

(a): Distrito Federal, San Luis Potosí, Morelos, Jalisco, Michoacán, Oaxaca, Nuevo León, Tabasco, Veracruz, Sonora, Guerrero, Quintana Roo, Baja California Sur, Zacatecas, Coahuila, Nayarit, Hidalgo, Yucatán, Chihuahua, Chiapas, Baja California, Durango, Querétaro

(b): Suma de puntos obtenidos por cada intervención, habiendo puntuado cada participante tres intervenciones seleccionadas en cada Componente estratégico, con 1, 2 ó 3 puntos, según menor a mayor prioridad

(c): Suma de puntos obtenidos por cada intervención, habiendo puntuado cada participante sólo tres intervenciones de todo el listado, con 1, 2 o 3 puntos, según menor a mayor prioridad

(d): n= número de intervenciones que tienen la misma puntuación

Calidad del primer nivel de atención
de los Servicios Estatales de Salud

Propuesta de intervenciones

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

