



Evaluación Externa SICALIDAD 2012

Informe Final

9 de noviembre 2012



Evaluación Externa de SICALIDAD, 2012

D.R. © Secretaría de Salud
Lleja 7, Col. Juárez
06696 México, D.F.

La Evaluación Externa 2012 de SICALIDAD estuvo a cargo de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de la Secretaría de Salud a través de su Dirección General de Evaluación del Desempeño. La coordinación general de la evaluación corrió a cargo de Francisco Garrido Latorre, Maricruz Muradás Troitiño, Blanca M. Villa Contreras y Mónica Correa Mendoza. La coordinación ejecutiva fue responsabilidad de Sergio López Moreno (DCBS, UAM-X).

En el diseño de la evaluación participaron Edgar Jarillo Soto y Arturo Granados Cosme (DCBS, UAM-X), Jesús Vértiz Ramírez (INSP), Alejandra Moreno Altamirano (Facultad de Medicina, UNAM) y Ricardo Ortega Soriano (CDHDF).

En la ejecución participaron Victoria Castro Borbonio, Martín Salvador Silberman, Verónica Cruz Licea, Oswaldo Medina Gómez, Mayra Montealegre Serrano, Aura González Morgado, Ixshel Delgado Campos, Jorge Alberto Álvarez Díaz y Victoria López Ortega. Administró el proyecto Ramiro Quintana Rivera. El apoyo secretarial estuvo a cargo de Indalia Cortés.

El texto completo del informe puede consultarse en:
www.dged.salud.gob.mx

Impreso y hecho en México/Printed and made in Mexico (2012).

ÍNDICE

Siglas y Acrónimos	5
1. Antecedentes	7
2. Objetivos de la evaluación	13
3. Implementación de la evaluación	15
4. Resultados	
Síntesis de las evaluaciones previas	25
Análisis de SICALIDAD como política pública	43
Análisis de SICALIDAD desde el enfoque del Derecho a la Salud	77
5. Conclusiones	
Principales Fortalezas de SICALIDAD	88
Principales Debilidades de SICALIDAD	90
6. Recomendaciones	94
7. Bibliografía	107
Anexos	

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

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

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

1. Antecedentes

Hace cerca de medio siglo que la calidad es motivo de preocupación de la mayor parte de los sistemas de salud modernos, que buscan ofrecer a sus usuarios el máximo beneficio posible durante su interacción con los servicios médicos. Aunque hace cuarenta años la evaluación de la calidad de la atención médica se limitaba prácticamente a la realización de auditorías hospitalarias y la revisión de expedientes clínicos, a partir de los trabajos pioneros de Avedis Donabedian la evaluación de la calidad poco a poco se formalizó, llegando a alcanzar múltiples modelos (Donabedian, 1974, 1988 y 1993). El modelo original de Donabedian explora la calidad de la atención en dos dimensiones —a las que denomina *calidad técnica* y *calidad interpersonal*— y la considera una consecuencia de la forma en que se combinan todos los elementos que participan en la atención y que, de manera esquemática, pueden ser clasificados como propios de la estructura, del proceso, o del resultado de la atención. A este modelo básico se le han hecho una gran cantidad de ajustes, provocando que los modelos de evaluación de la calidad de la atención sean cada vez más complejos (Aguirre-Gas, 1993). Actualmente se considera que la calidad de la atención siempre debe considerar dos grandes dimensiones: i) la calidad técnica, que busca garantizar la

efectividad de las acciones de salud y la seguridad de los usuarios de los servicios; y ii) la calidad percibida por los pacientes y usuarios, que incluye las condiciones materiales, psicológicas y administrativas en que dichas acciones se desarrollan (Ross, *et al*, 2000).

Aunque hace casi cien años que las instituciones de salud realizan acciones deliberadas para hacer más segura la práctica médica, fue hasta 1991 —año en el que la Universidad de Harvard publicó un trabajo sobre las consecuencias negativas de la práctica médica en pacientes hospitalizados—que inicio la publicación sistemática de trabajos científicos referidos a la seguridad de los pacientes. Este proceso culminó con la publicación de un texto fundamental, patrocinado por el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, que estimó rigurosamente la magnitud de eventos adversos ocurridos anualmente en ese país como consecuencia de la atención médica (Kohn *et al*, 1993). Los resultados de ese trabajo fueron tan impactantes que a partir de esa fecha surgió una extendida preocupación en los gobiernos, los profesionales, las agencias internacionales y la opinión pública por conocer la situación de la seguridad de los pacientes e incorporar sistemáticamente acciones en su favor. A partir de la creación en 2004 de la *Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes*, esta dimensión ha quedado claramente incorporada como componente esencial de la calidad de la atención.

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

la calidad es una cualidad de la atención sanitaria que resulta esencial para el logro de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible de los sistemas de atención en salud.

En México, el Sistema Nacional de Salud ha hecho múltiples esfuerzos por mejorar la calidad de sus servicios de salud. Este proceso alcanzó un clímax el año 2002 cuando se formalizó, a través de la *Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud* (CNCSS), el primer programa de carácter nacional encaminado a elevar la calidad de los servicios de salud. Este programa integró experiencias exitosas de instituciones públicas y privadas y se abocó a la atención de dos grandes vertientes: i) el trato digno, y ii) la atención médica efectiva, eficiente, ética y segura. Su objetivo general fue elevar la calidad de los servicios de salud en todo el país y mejorar la percepción de los usuarios con respecto a los servicios recibidos (Ruelas, 2004). Después de cuatro años de actividad, y como parte de los cambios de gobierno, este primer programa fue sustituido por el *Sistema Integral de Calidad en Salud* (SICALIDAD).

Creación de SICALIDAD

La administración actual del Gobierno Federal ha mantenido el interés en la calidad de los servicios de salud y se ha propuesto garantizar que los servicios de salud se otorguen de manera eficiente, con calidad y seguridad para el paciente. El Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND) señala como segundo objetivo de salud el de “brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente”. Para alcanzar este propósito establece tres estrategias, siendo la primera la de “implantar un sistema integral y sectorial de calidad de la atención médica con énfasis en el abasto oportuno de medicamentos”. De acuerdo con el PND, el sistema integral de calidad propuesto debería desplegar una estrategia que situara la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud (SNS), permitiera la mejora continua y la adopción de modelos de excelencia, desarrollara la calidad técnica y la calidad percibida de los servicios de salud, y

evaluara estas acciones con indicadores que consideren dichos atributos. El plan propone desplegar acciones en tres dimensiones: los ciudadanos, los profesionales de la salud y las organizaciones de salud.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PRONASA) recoge estas propuestas agregando que todo sistema de salud está obligado a ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, capaces de responder a las expectativas de los usuarios con servicios dignos, tiempos de espera razonables y acceso a redes sociales de apoyo. En su diagnóstico, el PRONASA afirma que “el principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe entre los principales prestadores de servicios”, pues la información de las instituciones del sector (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX) exhibe marcadas diferencias en la presentación de ciertas complicaciones (apéndices perforados, readmisiones por colecistectomías abiertas, complicaciones de neumonías en adultos mayores, complicaciones de partos vaginales), en la eficiencia en el uso de los recursos, y en los indicadores de calidad interpersonal (tiempos de espera y satisfacción con el servicio).

El PRONASA señala que situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud es una de las cinco estrategias con las que el Gobierno Federal cumplirá su función de rectoría efectiva en materia de salud. El instrumento operativo que propone para implementarla es el *Sistema Integral de Calidad en Salud*, conformando un sistema sectorial que incorpore la medicina basada en la evidencia, un modelo de gestión para la calidad total, difunda buenas prácticas y proporcione orientación de los servicios a los usuarios.

El Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA), en consonancia con el PND y el PRONASA, se propuso alcanzar en 2012, las siguientes metas en materia de calidad de los servicios:

1. Acreditar el 100 por ciento de las unidades de salud que ofrecen servicios al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS);

2. Implantar medidas de prevención de eventos adversos para garantizar la seguridad de los pacientes en 60 por ciento de las unidades del sector público, y
3. Alcanzar y mantener una tasa anual de infecciones nosocomiales no mayor de 6 por 100 egresos en los hospitales públicos de segundo nivel.

Las primeras Reglas de Operación (ROp) de SICALIDAD —30 de diciembre de 2007— señalan que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de todas las personas a la protección de la salud y es un propósito del Gobierno Federal mejorar los niveles de salud respondiendo con calidad, calidez y seguridad para el paciente. Las ROp establecen que será la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs) el organismo responsable de desarrollar las 20 líneas de acción que, en ese momento, conformaban SICALIDAD.

Por su parte, desde su creación SICALIDAD ha planteado que la elevación de la calidad de los servicios de salud puede lograrse con un enfoque basado en tres ámbitos: a) la calidad percibida por los usuarios; b) la calidad técnica y seguridad del paciente, y c) la calidad en la gestión de los servicios de salud (también denominada institucionalización de la calidad).

El Programa de Acción Específico 2007-2012 (PAE) de SICALIDAD señala desde su primer capítulo que este programa tiene una vocación de rectoría y debe convertirse en la estrategia que sitúe la calidad en la agenda permanente del SNS.

Los principales retos identificados en el PAE en materia de calidad de la atención fueron: a) la generación de confianza ciudadana en las instituciones de salud, favoreciendo su legitimidad y respondiendo de manera eficiente a sus expectativas y problemas de salud; b) institucionalización de la calidad, que haga efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud, garantice una atención de calidad y proteja la seguridad de los pacientes, y c) la difusión de

buenas prácticas y modelos de excelencia y gestión de la calidad, que permitan la difusión del más avanzado conocimiento entre los prestadores de servicios. De acuerdo con el PAE, responder a estos retos podría permitir mejorar los indicadores de calidad técnica, seguridad del paciente y calidad percibida en los establecimientos de atención médica. Para lograrlo SICALIDAD se propuso organizar directamente los esfuerzos de los actores representados en el Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS), los Comités Estales de Calidad en Salud (CECAS) y los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP). De esta forma, el Gobierno Federal se propuso racionalizar las acciones nacionales en favor de la calidad, instituyendo una política sectorial cuyo principal instrumento fue el Sistema Integral de Calidad en Salud.

La visión de SICALIDAD planteada en el PAE señala que “el Sistema Integral de Calidad en Salud, a través de proyectos, lineamientos e instrumentos enfocados a los usuarios, los profesionales de la salud y las organizaciones, contribuye a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente en el Sistema Nacional de Salud”.

Como Misión, SICALIDAD se propuso contar “...con un Sistema Nacional de Salud que satisface las necesidades y expectativas de los usuarios y los profesionales, reconocido por su calidad técnica y de las organizaciones que la componen, con enfoque de calidad total y pensando en la seguridad del paciente”.

Los objetivos propuestos para SICALIDAD en el PAE fueron los siguientes:

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

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

En resumen, el programa SICALIDAD fue diseñado desde su origen como el instrumento sectorial a partir del cual podría ponerse en marcha una política pública encaminada a elevar la calidad de los servicios de salud en el país. Para garantizar que los servicios prestados por el Estado finalmente logren satisfacer a los usuarios, sean efectivos y sean seguros, la estrategia principal elegida fue desplegar acciones en tres dimensiones: i) los ciudadanos, ii) los profesionales de la salud, y iii) las organizaciones de salud. Como elemento táctico fundamental se propuso atender las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), relativas a *situar la calidad en la agenda permanente del SNS*.

La estructura de SICALIDAD, de acuerdo con sus documentos sustantivos, permite identificar tres componentes en su diseño original:

1. La calidad percibida por los usuarios
2. La calidad técnica y seguridad del paciente, y
3. La calidad en la gestión de los servicios de salud (institucionalización de la calidad).

Cada uno de estos componentes incluía originalmente varios subprogramas, denominados “líneas de acción” desde la creación de SICALIDAD. Al inicio del programa —de acuerdo con las ROp 2008— era posible identificar los tres componentes señalados y 20 líneas de acción.

Los componentes y líneas de acción originales de SICALIDAD (según las ROp 2008) fueron las que se señalan en la tabla 1.

Tabla 1. Líneas de acción originalmente propuestas para SICALIDAD (ROp 2008).

1. Calidad percibida por los usuarios
1.1. <i>Construir ciudadanía en salud: Aval Ciudadano.</i>
1.2. <i>Medición de la satisfacción de usuarios: calidad percibida y entrega de medicamentos.</i>
1.3. <i>Percepción de los profesionales de la salud: Caminando con los trabajadores de la salud.</i>
2. Calidad técnica y seguridad del paciente
2.1. <i>Prevención y reducción de la infección nosocomial (PREREIN).</i>
2.2. <i>Expediente clínico integrado y de calidad (ECIC).</i>
2.3. <i>Prevención de muerte materna.</i>
2.4. <i>Seguridad del paciente.</i>
2.5. <i>Alternativas a la hospitalización: Cirugía de día, atención domiciliaria y cuidados paliativos.</i>
2.6. <i>Uso racional de medicamentos (URM).</i>
2.7. <i>Calidad en la atención de urgencias (SUMAR)</i>
2.8. <i>Medicina basada en la evidencia y plan de cuidados de</i>

3. Calidad en la gestión de los servicios de salud: Institucionalización de la calidad

- 3.1. Sistema Nacional de Indicadores en Salud (INDICAS)
- 3.2. Comité Nacional por la Calidad en Salud.
- 3.3. Comités Estatales de Calidad.
- 3.4. Creación y fortalecimiento de los Comités de Calidad en Hospitales y Atención Primaria.
- 3.5. Acreditación y garantía de calidad.
- 3.6. Componente de calidad en Convenios de Gestión del SPSS.
- 3.7. Foro y reuniones nacionales de SICALIDAD.
- 3.8. Red SICALIDAD: Boletín.
- 3.9. Modelo de gestión para la calidad total.

Fuente: Elaboración propia a partir del Diario Oficial de la Federación (2007) Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) 2008.

Un poco más tarde, el mismo año de 2008, el Programa de Acción Específico de SICALIDAD amplió de tres a cuatro los componentes (incluyendo el que fue denominado *Proyectos de Apoyo y Reconocimiento*) y de 20 a 30 las líneas de acción, que en el PAE fueron denominadas “proyectos”. Actualmente, de acuerdo con las ROp 2012, las líneas han aumentado a 33, y se agrupan en cuatro componentes, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Líneas de acción activas en SICALIDAD en 2011 (ROp 2012).

1. Acciones para mejorar la calidad en la percepción de los usuarios

- 1.1. Construir ciudadanía en salud: Aval Ciudadano.
- 1.2. Encuesta Nacional de Percepción de Calidad de Vida Profesional y Compromiso con la Calidad de los Profesionales de la Salud.
- 1.3. Modelo de Gestión para la Atención de Quejas, Sugerencias y Felicitaciones.

2. Acciones para mejorar la calidad técnica y seguridad del paciente

- 2.1. Programa Nacional de Seguridad del Paciente.
- 2.2. Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial.
- 2.3. Expediente Clínico Integrado y de Calidad.
- 2.4. Calidad de Vida en la Atención Materna: una Esperanza de Vida.
- 2.5. Programa Nacional de Cuidados Paliativos.
- 2.6. Uso Racional de Medicamentos.
- 2.7. Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención y Resolución.
- 2.8. Atención Médica Basada en la Evidencia: difusión, capacitación, implementación y seguimiento de Guías de Práctica Clínica.
- 2.9. Atención basada en la evidencia: Planes de Cuidados de Enfermería.
- 2.10. Calidad en la Atención Odontológica.
- 2.11. Programa de Atención Domiciliaria: Alternativas a la hospitalización.

3. Acciones para mejorar la gestión en calidad de los servicios de salud

- 3.1. Acreditación como Garantía de Calidad.
- 3.2. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.
- 3.3. Comité Nacional por la Calidad en Salud.
- 3.4. Comités Estatales de Calidad en Salud.

- 3.5. *Comités de Calidad y Seguridad del Paciente.*
- 3.6. *Gestores de Calidad en establecimientos médicos.*
- 3.7. *Sistema de Evaluación del Impacto del Sistema Integral de Calidad en Salud.*
- 3.8. *Red de Evaluadores a los proyectos del Sistema Integral de Calidad en Salud.*
- 3.9. *Currículum de Calidad y Seguridad del Paciente en la formación de profesionales de la salud.*
- 3.10. *Vinculación del Sistema Integral de Calidad al Programa de estímulos a la Calidad del desempeño del personal de salud.*
- 3.11. *Plan de Mejora Continua para la Calidad y Seguridad del Paciente.*

4. Proyectos de apoyo y reconocimiento

- 4.1. *Proyectos de capacitación, apoyo a la realización de foros estatales de calidad e investigación operativa en Calidad y capacitación gerencial en calidad.*
- 4.2. *Compromisos de Calidad mediante Acuerdos de Gestión.*
- 4.3. *Premio Nacional de Calidad en Salud.*
- 4.4. *Premio Nacional a la Innovación en Calidad en Salud.*
- 4.5. *Reconocimiento a la Memoria Anual del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.*
- 4.6. *Reconocimiento a la Memoria Anual del Comité de Farmacia y Terapéutica de Hospitales.*
- 4.7. *Foro Nacional e Internacional de Calidad en Salud, Foros Estatales de Calidad.*
- 4.8. *Red de Comunicación Sistema Integral de Calidad en Salud.*

Fuente: Elaboración propia a partir del Diario Oficial de la Federación (2011). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2012 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud, para el ejercicio fiscal 2012.

Justificación jurídica de la evaluación

SICALIDAD es un programa federal sujeto a Reglas de Operación por lo que, conforme al Programa Anual de Evaluación, emitido conjuntamente por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de la Función Pública (SFP) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social (CONEVAL), está sujeto a una Evaluación Específica de Desempeño según la información contenida en el Sistema de Evaluación del Desempeño. Dicha evaluación, tal y como señalan los artículos 74 y 78 de la Ley General de Desarrollo Social, se realiza de manera anual y obligatoria.

El CONEVAL es la instancia responsable de coordinar y contratar las evaluaciones del programa SICALIDAD, siguiendo los lineamientos establecidos e informando oportunamente los resultados a las instancias correspondientes. Adicionalmente, de acuerdo con lo establecido en los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal en su artículo vigésimo cuarto, se aplican evaluaciones complementarias de acuerdo a las necesidades e intereses de las dependencias, con el fin de mejorar su gestión y obtener evidencia adicional sobre su desempeño. Dichas evaluaciones son competencia de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) de acuerdo a las atribuciones que le confiere el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del 2 de febrero de 2010, en el Artículo 23, referente a las fracciones II, IV, V y VII.

2. Objetivos de la evaluación

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

3. Implementación de la Evaluación

La evaluación externa de SICALIDAD 2012 se realizó entre agosto y noviembre de 2012. Básicamente, consistió en el análisis crítico de la información generada por las evaluaciones externas realizadas al programa durante el periodo 2008 a 2011 considerando a SICALIDAD como una política pública.

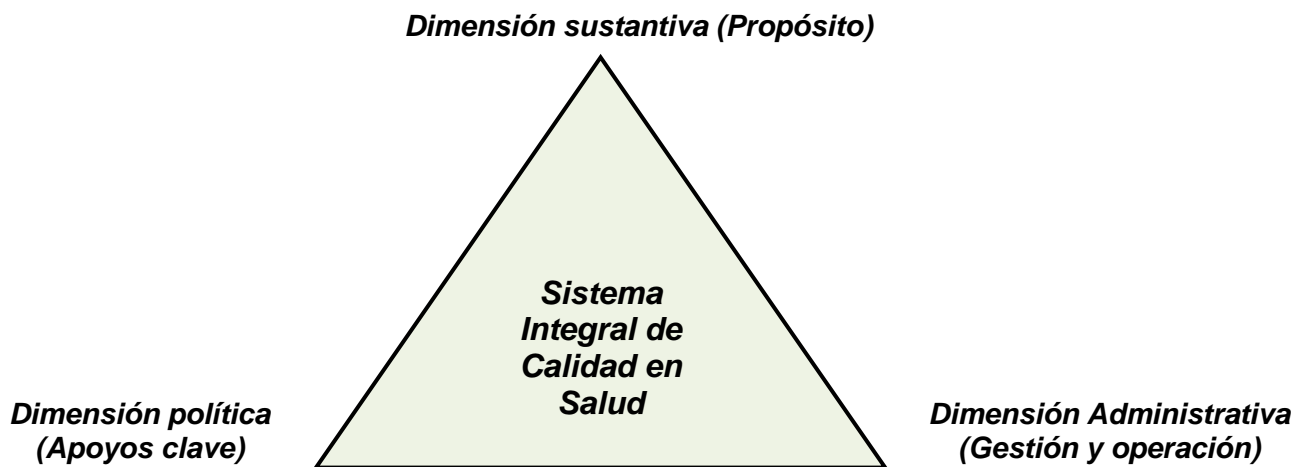
Además de los informes de las evaluaciones externas realizadas entre 2008 y 2011, se consultaron el PND, PRONASA, PROSESA y los documentos sustantivos de SICALIDAD (especialmente su PAE y las cuatro ROp publicadas a la fecha). También se usaron otros documentos —diversos informes técnicos, manuales, encuestas y artículos científicos— relacionados con la satisfacción de los usuarios, la calidad técnica de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia de las unidades prestadoras de servicios de salud.

La evaluación constó de dos fases:

a) La primera consistió, básicamente, en el análisis de las evaluaciones externas hechas previamente a SICALIDAD, usando las dimensiones que el politólogo Mark Moore propone para la evaluación de políticas públicas. Este modelo supone que

las políticas públicas buscan producir valores públicos y promover la capacidad de los servicios públicos, leyes y regulaciones para satisfacer efectivamente necesidades de la sociedad y proporcionar algún tipo de bienestar a la población. Moore propone tres dimensiones de evaluación de las políticas públicas: la dimensión sustantiva, la dimensión política y la dimensión operativa (figura 1). Estas dimensiones se combinan dinámicamente, semejando un triángulo estratégico en donde el vigor o la debilidad de una dimensión impacta a las otras dos, y así sucesivamente. En consecuencia, el impacto de una política pública depende de su capacidad para desarrollar las tres dimensiones simultáneamente (Moore y Khagram, 2004). Desde esta perspectiva, la evaluación tendría que responder la siguiente pregunta: ¿en qué medida los resultados de las evaluaciones previas hechas a SICALIDAD muestran que el programa ha satisfecho necesidades reales de la sociedad en el campo de la calidad de los servicios de salud?

Figura 1. Triángulo estratégico de Moore



Fuente: Elaboración propia a partir de Moore (1998).

Adicionalmente, en este primer apartado se agregó un análisis de las exigencias que implicaría el diseño de un sistema integral de calidad bajo la perspectiva del Derecho a la Protección de la Salud. La propuesta fue considerar que el derecho a

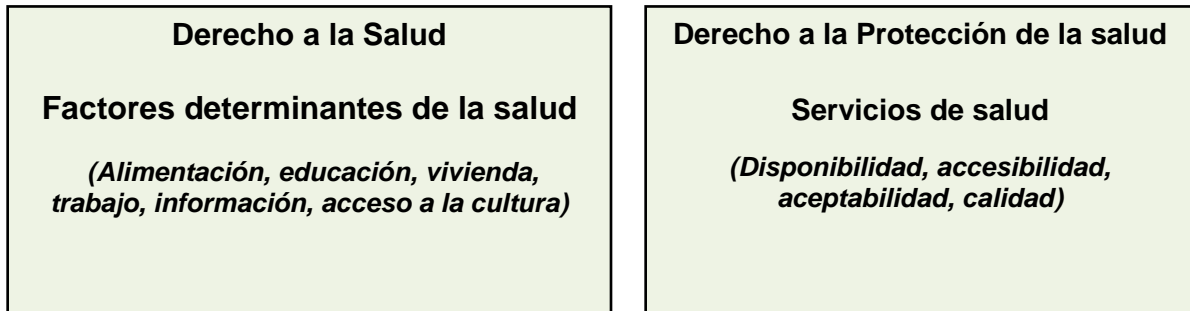
la salud es un derecho complejo, estrechamente vinculado al cumplimiento de otros derechos humanos, que se refieren a aspectos que deben ser considerados como verdaderos determinantes sociales de la salud. Entre ellos se encuentran —tal como enuncia la Carta Internacional de Derechos— el derecho a la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

No obstante, un elemento fundamental del derecho a la salud lo constituye el derecho al acceso oportuno a servicios de salud geográfica, económica y culturalmente disponibles, y que además sean de buena calidad, altamente seguros y socialmente aceptables. El acceso a este tipo de bienes puede considerarse como el Derecho a la Protección de la Salud.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) elaboró un documento conceptual, denominado *Observación General 14*, dirigido a aclarar las relaciones que existen entre el derecho a la salud (DS) considerado globalmente, y el derecho a la protección de la salud (DPS), que constituye la parte del DS que se dirige a promover y recuperar la salud y prevenir la enfermedad y sus consecuencias.

El Derecho a la Protección de la Salud, consagrado desde 1984 en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, posee características que permiten hacerlo altamente asequible para toda la población mediante acciones de derecho positivo. El propósito de incluir un análisis de SICALIDAD basado en la Observación General 14 del CDESC, es el identificar la forma en que esta política contribuye a crear un sistema de protección de la salud capaz de brindar a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud (figura 2).

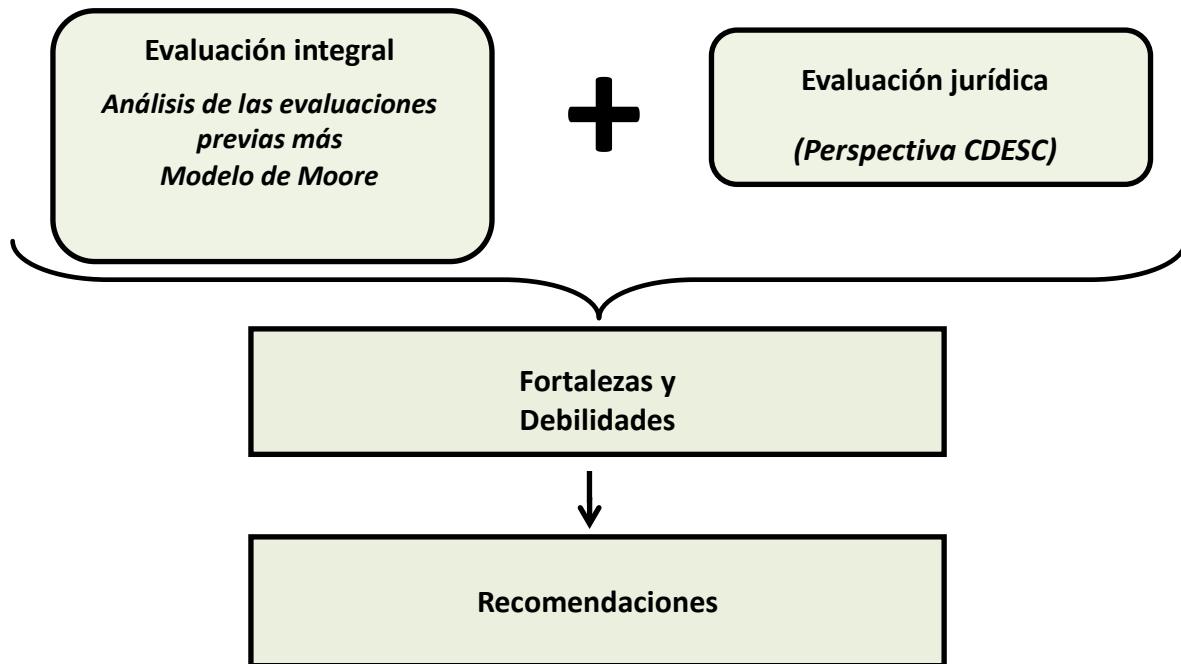
Figura 2. Derecho a la Protección de la Salud de acuerdo con la Observación General 14 del CDESC



Fuente: Elaboración propia a partir de Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 22º Período de Sesiones, 2000.

b) La segunda fase de la evaluación gravitó en la identificación de las principales fortalezas y debilidades del programa —emanadas del análisis propuesto líneas arriba— y de las recomendaciones de corto y mediano plazo que permitirían mejorar el desempeño del SNS en materia de calidad de la atención (figura 3).

Figura 3. Resumen de la implementación de la evaluación 2012.



Fuente: Elaboración propia a partir de Moore (1998) y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000)

3.1 Descripción de las fases de evaluación

Primera fase de la evaluación

Durante la primera parte de la evaluación se hizo, en primer lugar, una síntesis de las cuatro evaluaciones hechas a SICALIDAD entre 2008 y 2011. Los resultados obtenidos se ordenaron, clasificaron y analizaron a la luz de los encuentros obtenidos con el método de análisis político sugerido por Moore.

Como se ha señalado, las dimensiones de análisis propuestas por Moore fueron la sustantiva, la política y la administrativa. La dimensión sustantiva evalúa la correspondencia entre la necesidad social que el programa se propone atender y el valor social generado por el programa en la sociedad. Depende de la certeza de su misión y de la capacidad para obtener apoyo efectivo por aquellos agentes cuya cooperación es indispensable para alcanzar sus objetivos estratégicos.

La dimensión política valora el desarrollo alcanzado por SICALIDAD en términos de su capacidad para rendir cuentas rutinariamente; para autorizar cambios e innovaciones, y para alcanzar una adecuada coordinación institucional e interinstitucional. La dimensión administrativa, finalmente, evalúa la capacidad efectiva del programa en materia de gestión de sus operaciones rutinarias (apartado de gestión) y del alcance de sus metas programáticas (apartado de operación). Para evaluar el apartado de operación de la dimensión administrativa se utilizó la información generada por las evaluaciones anteriores, especialmente por la realizada en 2010.

Con el propósito de identificar el grado de implementación global alcanzado por SICALIDAD en los últimos tres años, se volvió a procesar la información cuantitativa derivada de la evaluación 2010, construyendo un indicador nuevo denominado “grado de implementación global del programa”. Este indicador se

construyó sumando el desempeño específico obtenido por cada una de las siete líneas evaluadas durante 2010.

La construcción de cada índice se llevó a cabo de la siguiente manera:

- a. En todos los casos se usaron las tres fuentes primarias de información generadas durante la evaluación 2010 (encuesta a usuarios, encuesta a prestadores, y cédulas de verificación);
- b. De cada componente se seleccionó una o varias líneas de acción, según la recomendación de un grupo de expertos consultados *ex profeso*;
- c. De cada línea de acción se seleccionó una pregunta por fuente de información (usuarios, prestadores y cédula de verificación). Esta pregunta fue la más relevante según los expertos;
- d. El resultado de las tres preguntas seleccionadas se sumó, otorgando 50 por ciento del valor a la pregunta más relevante y distribuyendo el otro 50 por ciento entre las dos preguntas restantes. Esta ponderación se basa en la propuesta del grupo de expertos, y
- e. El resultado de la suma de cada línea, componente y categoría se denominó desempeño específico de calidad.

Por ejemplo, para construir el indicador de Aval Ciudadano, se otorgó 50 por ciento del peso a la respuesta seleccionada para los usuarios, 30 por ciento a la respuesta seleccionada para los prestadores (médicos y enfermeras) y 20 por ciento a la respuesta seleccionada de las cédulas de verificación.

La construcción del *grado de implementación global* del programa permitió generar dos indicadores más, de naturaleza intermedia, denominados “*satisfacción de los usuarios con la atención recibida*” y “*condiciones laborales de los trabajadores de la salud*”. En el Anexo 1 se presentan los componentes y líneas seleccionadas para cada indicador, las preguntas seleccionadas por cada línea y componente, y la ponderación otorgada a cada respuesta.

Segunda fase de la evaluación

Una vez realizado el análisis de las dimensiones sustantiva, política y operativa de SICALIDAD, se identificaron las principales fortalezas y debilidades del programa a la luz del marco teórico propuesto por Moore.

Del análisis de las fortalezas y debilidades se derivan las principales recomendaciones al programa, agrupadas como recomendaciones acerca de su naturaleza, diseño y operación. El modelo en el que se basa la formulación de las recomendaciones reconoce que existen distintos grados de involucramiento en la formulación de las políticas públicas, y que este grado depende del interés real de las personas en los propósitos de las políticas. El modelo, propuesto en los años setenta por los politólogos Almond y Verba, señala cinco tipos de poblaciones, clasificados de acuerdo con el grado de involucramiento en el diseño de la política pública: i) los que toman las decisiones; ii) los líderes de opinión; iii) el público involucrado; iv) el público interesado, y v) el público no interesado (Almond y Verba, 1970).

En este modelo estratificado, que semeja una pirámide, los **tomadores de decisiones** se ubican en la cúspide son los únicos capacitados —política o legalmente— para adoptar decisiones en los campos en los que se debate la política. En el segundo nivel se encuentran los **líderes de opinión**, que no forman parte del gobierno pero poseen suficiente poder para influir sobre los campos científico, académico, periodístico o político. Este grupo es el principal objetivo de los tomadores de decisiones, ya que cuando existe consenso en ambos sobre cierta política pública, generalmente es suficiente para llevarla a cabo. En el tercer nivel se encuentra el **público involucrado**, compuesto por personas que participan regularmente en forma de grupos de presión (mediante votaciones, marchas y otras expresiones públicas) ante los dos grupos anteriores, poseen un amplio conocimiento sobre el tema y son los principales consumidores de la información generada en el campo. Los niveles cuarto y quinto están compuestos

por el **público interesado** (que mantiene cierto interés en la política pero sólo ocasionalmente participa directamente en su diseño o evaluación, a través de votaciones o referéndums), y el **público no interesado** (que generalmente no participa de ninguna manera en la política pública analizada).

De acuerdo con Almond, cualquier política pública tendrá éxito en la misma medida en que sea capaz de influir positivamente sobre los líderes de opinión y ampliar significativamente el volumen de público involucrado que la apoya, pues este público es el único que tomará activamente medidas directas en apoyo de la política y sus programas. En el campo de la salud esto es relativamente sencillo, pues los propósitos de las políticas generalmente son compartidos y no implican el enfrentamiento de posiciones políticas opuestas. Las diferencias se encuentran, más bien, en las vías elegidas para alcanzar tales propósitos. No obstante, la falta de claridad de muchas políticas y la ambigüedad de sus programas no siempre facilita alcanzar suficiente apoyo entre la población involucrada e interesada. Además, en infinidad de casos la marcha de las políticas depende de la participación de la población no interesada, pues es precisamente a este grupo a quienes va dirigida la política.

Para cada recomendación seleccionada se señalan las principales acciones a realizar, los principales actores involucrados (institucionales y extra institucionales) y el tiempo en el que cada recomendación podría ser alcanzada.

4. Resultados

4.1 Síntesis de las evaluaciones previas

Como se comentó en el apartado de *Implementación de la Evaluación*, la primera parte de la evaluación consistió en la realización de una síntesis de las evaluaciones realizadas al programa 2008 y 2011. Enseguida se presenta un apretado resumen de los principales hallazgos en este rubro.

4.1.1 Evaluación 2008

La primera evaluación externa realizada a SICALIDAD, llevada a cabo en 2008 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), se propuso “evaluar el diseño de SICALIDAD sustentando los objetivos, estrategias y acciones del programa”. Las estrategias metodológicas elegidas para realizar esta evaluación fueron: i) Hacer una revisión del Diagnóstico y Marco Lógico que la DGCES llevó a cabo para diseñar el programa; ii) Revisar las fichas técnicas, previas a la construcción de la Matriz de Marco Lógico, que identificaban las unidades de atención y población beneficiadas; iii) Generar un árbol de fines y objetivos identificando los principales problemas; iv) Correlacionar el árbol elaborado con el Marco Lógico a fin de

detectar su coherencia con los objetivos generales de SICALIDAD, y v) Realizar fichas técnicas para identificar claramente los componentes del programa y la forma de conseguir sus objetivos.

Esta evaluación encontró como puntos fuertes del Programa que los fines, objetivos y propósitos eran claros y estaba bien definido cómo se daría la integración de cada uno de los componentes, a fin de permitir una mejor gestión de los servicios. Otro elemento fue la planeación estratégica, es decir el programa estaba alineado con el Programa Nacional de Salud; en cuanto a los indicadores de cobertura y focalización estaban bien especificados y permitirían un control adecuado del Programa, se encontró además que SICALIDAD tendría sinergia importante con el Sistema de Protección Social en Salud, con el Programa Oportunidades y el Programa de Caravanas de la Salud.

Entre los elementos que se enunciaron como debilidades está que el programa no incluía como se validaría la veracidad de la información; no estaban explícitos los supuestos que guiarían la capacitación del personal de salud, más allá de los aspectos técnicos, para lograr una cultura de calidad entre este personal.

Uno de los aspectos que destacan de esta evaluación es el papel estratégico de la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud (DGACS) para asegurar, junto con los Responsables Estatales de Calidad (REC) un monitoreo y vigilancia continua en la implementación de cada una de las estrategias que plantea el Programa.

Principales resultados

- Los objetivos, proyectos y líneas de acción son pertinentes para enfrentar los problemas de calidad señalados en el diagnóstico realizado por la DGCE. La población objetivo (unidades prestadoras de servicios del SNS), actores sociales involucrados (instituciones de salud, usuarios y personal de salud) también se consideran pertinentes para el alcance de los objetivos.

- Las estrategias de arranque seleccionadas para cumplir con los objetivos del programa, como los convenios de gestión y los acuerdos para incorporar algunos programas estratégicos (Prevención y Reducción de Infecciones Nosocomiales, Uso Racional de Medicamentos, Alternativas de Hospitalización, Calidad de la Documentación Médica, Sistema Nacional de Indicadores de Salud (INDICAS) y Medición de la Satisfacción de los Usuarios). El esquema de revisión periódica de avances de indicadores y monitoreo y registro permanente de indicadores positivos y negativos de la prestación de los servicios de salud se consideró adecuado.
- Algunos proyectos, como Aval Ciudadano, resultan fundamentales, pues responden a la convicción de que la participación en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud es un derecho de la ciudadanía.
- Los indicadores globales se han formulado siguiendo las especificaciones del CONEVAL, desagregándose en indicadores de eficacia, calidad y economía. Para cada uno de ellos existe una fórmula que señala cómo se medirá y especifica la temporalidad de su medición. Todos los indicadores cuentan con medios de verificación coherentes y de fácil acceso, pues se trata de encuestas nacionales disponibles electrónicamente, o del INDICAS, que es parte del sistema de la vigilancia y monitoreo de la DGCES. Las ROp también especifican correctamente los mecanismos de evaluación del programa, auditoría, control y seguimiento, así como las medidas a tomar para efectos de transparencia, quejas o denuncias.

Principales Recomendaciones

- La consecución de los objetivos está supeditada al comportamiento de los indicadores, por lo que es necesario hacer un seguimiento sistemático, cercano y oportuno de los mismos. Por otra parte, algunos supuestos de operación no serán alcanzables si no se genera un trabajo previo de convencimiento en la totalidad de las unidades médicas. Es necesario promover en los estados el

programa de SICALIDAD como parte de la política pública, pues de otra forma será difícil lograr que la calidad de los servicios de salud sea adoptada de manera permanente por las instituciones públicas del país.

- Para que los resultados se alcancen se requiere de una completa coordinación entre los estados y el nivel central, pues de lo contrario los supuestos considerados para cumplir con el objetivo no resultarán tal como se prevén. Algunas acciones, por ejemplo, requieren de capacitación previa en las unidades, que además debe verificarse periódicamente para tener la certeza de que se han realizado y están teniendo el impacto previsto sobre la atención proporcionada a los usuarios.

4.1.2 Evaluación 2009

La segunda evaluación realizada al programa fue ejecutada por la UAM-X en el año 2009, y se centra en la dimensión técnico-financiera y de algunos procesos que se consideraron fundamentales para apreciar la marcha del programa. El componente técnico financiero se llevó a cabo a partir de análisis cualitativo de información documental de las 32 entidades federativas y a la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Los procesos evaluados fueron el Programa Nacional de Seguridad del Paciente (PNSP), el Proceso de Acreditación de Centros de Salud y Unidades Hospitalarias, el papel del Gestor de Calidad (GC) en las jurisdicciones sanitarias y hospitales, y el programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal médico, de enfermería y odontología.

La dimensión técnico-financiera se abordó con la recopilación, sistematización y análisis cualitativo y cuantitativo de la información documental. La muestra fue por conveniencia teniendo como criterios de selección, el nivel de desempeño de los Servicios Estatales de Salud (SESA) en SICALIDAD, de acuerdo a la clasificación

proporcionada por la DGCES (excelente, desigual y deficiente); el Índice de Desarrollo Humano de 2007 en cada uno de los estados, con el propósito de ubicarlos por nivel socioeconómico; los SESA con unidades que tuvieran financiamiento de al menos dos de los tres elementos evaluados y los SESA con proyectos en los tres componentes incluidos en el estudio, financiados en unidades hospitalarias o de consulta externa, en localidades urbanas y rurales. A partir de estos criterios diez entidades federativas fueron seleccionadas: Aguascalientes, Chiapas, Guanajuato, Hidalgo, Morelos, Nuevo León, Puebla, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz, además se incluyó a la Secretaría de Salud del DF y dos hospitales federales, el Hospital General Dr. Manuel Gea González y el Hospital Infantil de México, Dr. Federico Gómez.

Para la revisión de procesos de SICALIDAD se hizo un análisis documental, y para la recolección de información se siguieron los criterios de nivel de desempeño de los SESA en el programa SICALIDAD de acuerdo a la clasificación proporcionada por la DGACS (excelente, desigual y deficiente); y se consideraron cinco regiones del país: noroccidente, noreste, centro-norte, centro y sur. En cada uno de los diez SESA investigados se seleccionó un hospital, una jurisdicción, un centro de salud urbano y un centro de salud rural para aplicar los instrumentos de recolección de información.

Principales resultados

- Las líneas de acción evaluadas [PNSP, acuerdos de gestión (AG), capacitación en calidad, Premio Nacional de Calidad en Salud (PNCS) y Premio Nacional a la Innovación en Calidad en Salud (PNICS)] se alinean con la estrategia planteada en el PND y el PRONASA, y forman parte de un sistema institucionalizado a escala federal y estatal.
- La capacitación en calidad está implantada y generalizada en los SESA, existe acceso a recursos financieros por esta vía, buenas prácticas de diseño presupuestal y alineación con las líneas de SICALIDAD.

- Si bien se comprende que la función principal de SICALIDAD es proporcionar reconocimientos y no financiar proyectos, el presupuesto destinado para los AG es insuficiente para la demanda. La asignación de recursos es tardía y la variación de los techos presupuestales acentúa las inequidades entre las unidades de atención.
- La llegada tardía de los recursos produce reprogramación de actividades planeadas, y en muchos casos, no se concluyen los programas financiados.
- Los proyectos de capacitación a veces operan como una forma para subsanar carencias presupuestales de los SESA y se desvinculan de las necesidades de las unidades de atención y, en algunos casos, de los objetivos de SICALIDAD.
- El financiamiento del PNICS se utiliza frecuentemente para cubrir carencias operacionales.
- La selección para PNCS y PNICS muestra inconsistencias en la aplicación rigurosa de las bases de la convocatoria y en los requisitos para la premiación.
- Las acciones que realizan los responsables de calidad (REC, GCJ y GCH) influyen positivamente para la acreditación de las unidades de atención. No obstante, las carencias de infraestructura, equipamiento, personal y medicamentos son un obstáculo para el cumplimiento total del plan anual de acreditación de los SESA.
- Es necesario evaluar los efectos de la acreditación, pues no existen reportes que documenten localmente el efecto de estos procesos sobre la calidad técnica de la atención, la seguridad del paciente y la satisfacción del usuario.
- Las unidades de atención que aplican el PNSP observan mejora en la calidad de atención, mejor relación con el paciente, fomento a la cultura del reporte adverso y disminución de caídas e infecciones nosocomiales.

- Los factores que más influyen para que un hospital no ejecute el PNSP son la falta de capacitación del personal y que se le considere un programa punitivo en vez de correctivo.
- El PNSP y la campaña *Está en Tus Manos* operan de forma desigual en las unidades de atención de la SS. Falta seguimiento.
- Las diferentes posiciones de los responsables de calidad (REC, GCJ y GCH) en la estructura de los SESA suponen diferentes niveles de desempeño. La proximidad con los órganos máximos nivel de decisión coloca mejor el tema de la calidad y mejora su operación.
- No existe institucionalidad de la figura del GCJ, lo que impacta la operación de SICALIDAD, pues su desempeño incide positivamente en la ejecución del programa.
- En los niveles más operativos (GCH) el conocimiento sobre los objetivos, estrategias y líneas de acción del programa SICALIDAD es mayor. En los niveles de toma de decisiones (REC y GCJ) el conocimiento del programa disminuye y los responsables de calidad tienen menor participación en los componentes del programa.
- El flujo de información entre los responsables de calidad (REC, GCJ y GCH) es irregular, fragmentado e incompleto, lo que provoca que la ejecución e impacto del programa sea diferente en cada SESA.
- La llegada tardía de los recursos financieros de SICALIDAD impacta en la credibilidad del programa y el cumplimiento de sus objetivos.
- Existe asesoría de la DGACS y la DGCES para la acreditación, pero falta seguimiento de los procesos tanto en las unidades acreditadas como en las no acreditadas. Los niveles operativos demandan mayor presencia de la DGACS y la DGCES.

En resumen, se encontró que las líneas evaluadas son consistentes con los objetivos de SICALIDAD, los objetivos del PRONASA y los propósitos del PND. El programa ha creado una extensa red de procedimientos que potencialmente tienen la posibilidad de mejorar efectivamente la calidad de la atención médica. Con esto, SICALIDAD ha obtenido un amplio reconocimiento, especialmente entre los prestadores de servicios. Las estrategias propuestas estimulan la conformación de una cultura de mejoramiento de la calidad en los servicios médicos.

No obstante, es notable que la operación del programa se ve limitada por la falta de institucionalización de los responsables del programa en los diferentes niveles (especialmente a nivel jurisdiccional y en unidades de atención); que eso provoca una comunicación irregular, fragmentada e incompleta entre los mismos; que los programas operan irregularmente en las distintas entidades federativas y unidades de atención; que no hay seguimiento del impacto de la acreditación sobre la efectividad de la atención y la seguridad del paciente; que los recursos fluyen irregularmente y que algunos programas se consideran muy burocratizados.

Recomendaciones

- Incorporar en la estructura de los SESA a los operadores del programa (REC, GCJ y GCH). La integración orgánica formal de estas figuras mejoraría las condiciones que requieren para el ejercicio de su cargo (disposición de espacios físicos y equipo especializado) y permitiría una adecuada recuperación de su capacidad y experiencia.
- De acuerdo con los operadores consultados, el proceso de acreditación mejora la calidad de la atención. El papel de la DGACS y la DGCES es fundamental en la consecución de la acreditación de las unidades pero es necesario un seguimiento permita sostener los niveles de calidad en las unidades acreditadas y elevarlos en las no acreditadas.

- Es recomendable que el programa de estímulos al personal médico, de enfermería y odontología tenga mayor alcance, debido a los resultados positivos que muestra.
- SICALIDAD debe consolidarse buscando una mayor institucionalización. Además de incrementar su capacidad financiadora, debe contar con una infraestructura que incluya: la integración de sus agentes en la estructura de los servicios; el equipamiento de sus operadores, y la permanencia de sus mecanismos de evaluación.
- Finalmente, debe combatirse la fragmentación de los componentes de SICALIDAD y fortalecer su carácter de estrategia integral encaminada a la universalización del acceso a servicios de calidad.

4.1.3 Evaluación 2010

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizó la siguiente evaluación en el año 2010 y tuvo como objetivo evaluar los resultados de los proyectos de Aval Ciudadano, PREREIN, COCASEP, Acreditación, Acuerdos de Gestión y Gestores de Calidad, así como las campañas Está en Tus Manos y Cirugía Segura Salva Vidas. El abordaje metodológico fue el modelo de Donabedian de estructura, proceso y resultados, teniendo como eje la atención a la salud centrada en el paciente, se diseñaron índices y se hizo un análisis comparativo del desempeño. Por las características de los componentes a estudiar, se utilizaron múltiples métodos, lo que incluyó: un estudio transversal de investigación por encuesta, entrevistas a profundidad con personajes clave y cédulas de verificación de estructura, mismas que se aplicaron en una muestra de hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Para el componente cualitativo se realizaron 13 entrevistas a líderes estatales de calidad, 90 entrevistas a integrantes del COCASEP, 95 entrevistas sobre el PREREIN, 65 entrevistas a Avaless Ciudadanos y 82 entrevistas sobre AG.

El estudio se hizo en 95 hospitales: 80 generales (segundo nivel) y 15 de especialidad (tercer nivel), de 13 entidades federativas (Baja California, Campeche, DF, Guerrero, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán), donde se aplicaron 2,939 cuestionarios (1,245 a usuarios, 843 a médicos y 765 a enfermeras), 95 cédulas de verificación y 86 entrevistas a GC, con el fin de evaluar el desempeño general del programa. Los criterios para seleccionar a los hospitales fueron que contaran al menos con un quirófano, tener al menos 15 camas censables y no estar ubicados en penales o reclusorios. En cada hospital se seleccionaron, aleatoriamente, 17 usuarios y 17 prestadores de servicios.

Para el análisis de la estructura se consideró la infraestructura general y clínica, construyendo un índice de estructura general. Los procesos fueron analizados a partir de la construcción de un índice de desempeño general de los procesos, que se construyó a partir de la opinión del personal de salud sobre los componentes del programa.

Los resultados fueron evaluados usando las opiniones de los usuarios sobre algunos procesos de la atención y líneas de SICALIDAD (aspectos básicos y clínicos de la atención, PREREIN, Acreditación y Cirugía Segura), con estas opiniones se conformó un índice de resultados desde la perspectiva del usuario.

Esta evaluación fue la primera que se propuso evaluar el desempeño general de SICALIDAD analizando aspectos de estructura, proceso y resultado asociados con los proyectos que componen el programa.

Resultados

- Los hospitales evaluados tienden a seleccionar los componentes que implementan de manera no sistemática, de acuerdo con las necesidades o problemáticas que se van enfrentando.

- Existe una importante heterogeneidad en la implantación de los componentes evaluados del programa, y su desempeño es también heterogéneo. Los mejores desempeños fueron para PREREIN y la campaña *Está en Tus Manos*, mientras que los programas que presentaron menor desarrollo fueron Aval Ciudadano y Acreditación.
- Hay desconocimiento de algunos de los componentes de SICALIDAD por parte de los usuarios. Destaca que menos de 2 por ciento de los usuarios conozca la existencia del Aval Ciudadano, a pesar de que 71 por ciento de las unidades cuenta con esta figura (tabla 3).
- El componente de acreditación muestra una gran heterogeneidad en su desempeño. No obstante, es probable que el bajo porcentaje de acreditación de las unidades evaluadas (28 por ciento) haya influido en este fenómeno. En general, todas las unidades mostraron bajo desempeño en este componente (tabla 3).
- Cirugía Segura y COCASEP se encuentran en una posición intermedia (en 68.4 por ciento de las unidades se reportó la existencia de documentación oficial sobre Cirugía Segura y 77 por ciento de las unidades tienen conformado el COCASEP). Sin embargo, en ambos casos es notable la heterogeneidad en su implantación (tabla 3).
- La campaña *Está en Tus Manos* y el PREREIN son los componentes con el mejor desempeño (74 por ciento de las unidades tenía carteles de la campaña *Está en Tus Manos* y PREREIN tuvo un índice general de desempeño de 78.3). Esto se puede atribuir a dos cosas: i) el PREREIN tiene como antecedentes los comités de infecciones nosocomiales, y ii) la campaña *Está en Tus Manos* fue evaluada inmediatamente después de la epidemia de Influenza AH1N1, que dejó un fuerte impacto en las unidades médicas del país por la campaña nacional emprendida por el programa SICALIDAD (tabla 3).

- En 60 por ciento de las unidades se encontraron evidencias de la realización de trabajos a partir de Acuerdos de Gestión, aunque el índice general de desempeño de este componente fue de los más bajos.

Tabla 3. Resumen de resultados de la Evaluación Externa de SICALIDAD, 2010.

Componentes	Estructura	Proceso		Resultado	Índice General
		Personal médico	Personal enfermería	Usuario	
	X	X	X	X	X
	Amplitud	Amplitud	Amplitud	Amplitud	Amplitud
Aval Ciudadano	59.9 0 - 100	26.4 0 - 87	20.7 0 - 87	1.4 0 - 87	25.86
PREREIN	78.2 0 - 100	85.7 58.5 - 99.6	89.2 61.5 - 99.7	59.9 29.5 - 89.4	78.28
COCASEP	61.0 0 - 100	49.8 0 - 97.8	31.0 2.1 - 88.6	n.p.	47.29
Campaña Esté en Tus Manos	74.9 30 - 100	78.4 47.2 - 92.6	82.7 48.4 - 97.9	66.07 39.2 - 89.5	75.56
Acreditación	29.5 0 - 100	54.9 29 - 82.7	55.0 25.5 - 86	5.6 0 - 41.3	25.42
Cirugía Segura Salva Vidas	62.1 0 - 100	43.5 0 - 95	37.0 9.5 - 92.4	16.5 0 - 48.7	39.82
Acuerdos de Gestión	37.5 0 - 100	n.p.	n.p.	n.p.	37.5

X: Promedio de las proporciones encontradas en los 95 hospitales evaluados.

n.p.: no procede.

Fuente: Elaboración propia a partir de Evaluación del Programa SICALIDAD 2010. Informe final.

- El ejercicio permitió evaluar globalmente la calidad general —que considera los elementos de estructura, proceso y resultado, necesarios para garantizar una buena atención— y la calidad técnica —que hace referencia a los elementos que impactan directamente en la salud del paciente a través de los prestadores de servicios de salud.
- La correlación entre los indicadores de estructura y procesos indica que existe una asociación positiva entre ambas dimensiones y que, a mejor nivel de estructura, mejores son las calificaciones de los procesos.
- En lo que respecta a estructura y resultado se observa que es necesario fortalecer las unidades médicas, dado que existe una heterogeneidad muy importante entre los distintos niveles de atención, lo que se relaciona estrechamente con el proceso de acreditación. Las unidades acreditadas por servicio para gastos catastróficos poseen una mejor estructura general y son percibidas por los usuarios como de mayor calidad. Lo contrario sucede en las unidades que no han sido acreditadas, que son calificadas como malas y cuentan con una baja satisfacción de los usuarios.
- La calidad técnica, en términos generales, fue mejor valorada que la calidad general (las evidencias de esta afirmación, sin embargo, no se encuentran en el texto del informe respectivo).

Recomendaciones

La evaluación externa de SICALIDAD 2010 recomendó, básicamente:

- Reforzar los criterios de acreditación en su componente de infraestructura para contribuir a mejorar los servicios de salud en las unidades que están acreditadas y las que aspiran a estarlo.
- Establecer estrategias para implantar de manera homogénea e integral los componentes del programa en las unidades médicas, pues para lograr un

impacto sostenible es necesario que los componentes del programa sean implementados en forma integral.

- Fortalecer el componente de Aval Ciudadano bajo un esquema de implementación integral en las unidades médicas. No se ha implementado en forma óptima en todas las unidades estudiadas, pero podría tener un gran impacto sobre la calidad de las unidades médicas.

4.1.4 Evaluación 2011

Nuevamente la UAM-Xochimilco realizó la evaluación de SICALIDAD en 2011 que estuvo centrada en el análisis de la política nacional en materia de calidad de la atención, visualizando las acciones y estrategias del programa en las distintas instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, y el objetivo fue medir y valorar la adherencia de las instituciones públicas de salud a la Política Nacional de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente, para establecer correcciones y rediseñar estrategias de mejora en beneficio de los usuarios de los servicios personales de salud.

Para ello se hizo una revisión documental, se realizaron entrevistas semi-estructuradas (para los EIC que participaban en CONACAS, para los REC, EIC del IMSS e ISSSTE, y los GCJ, GCH y COCASEP); se elaboró un cuestionario electrónico para los REC de los estados del país) y se trabajó con una lista de cotejo individual y colectiva.

La metodología elegida incluyó un análisis jurídico del CONACAS, la revisión documental de los acuerdos del CONACAS y CECAS, la entrevista a informantes clave y la aplicación de cuestionarios a responsables estatales de calidad.

Resultados

- La evaluación indica que la calidad ya está posicionada dentro de la agenda del SNS, pero que requiere ser replanteada sobre la base del derecho a la

protección de la salud, dado que los documentos sustantivos de SICALIDAD señalan que es derecho de los ciudadanos lograr un acceso efectivo, seguro y con calidad a los servicios de salud.

- Las estrategias, instrumentos, dispositivos técnicos, jurídicos, administrativos y organizacionales disponibles en el país en torno a la calidad permiten afirmar que sí existe una política sobre la calidad de la atención en el sector salud, y que SICALIDAD es un actor central de esta política.
- No obstante lo anterior, la política en materia de calidad es dispersa, y podría robustecerse si existiera mayor rectoría por parte de la SS, recursos financieros etiquetados para este fin y una cultura de los trabajadores del sector que otorgue centralidad a los usuarios.
- No existe una percepción única sobre SICALIDAD entre los actores involucrados con el programa, y la manera en que es reconocido depende del actor institucional del que se trate. No obstante, en general es percibido positivamente por los funcionarios, responsables y trabajadores de salud de todas las instituciones evaluadas.
- La implantación de los componentes de SICALIDAD es heterogénea en las distintas instituciones del sector salud, pero el componente de Calidad Técnica y Seguridad del Paciente es el que tiene mayor presencia, lo cual es relevante porque las iniciativas derivadas de dicho componente inciden en la efectividad y seguridad de la atención.
- En cuanto a los responsables de su operación, se observa que es necesario mayor involucramiento de los EIC y los REC para lograr un mayor éxito del programa.
- El CONACAS, los CECAS y los COCASEP son instancias que necesitan cambios operativos para alcanzar mayor éxito en la instrumentación de sus acuerdos.

- El CONACAS mejoraría su labor si se ampliaran sus funciones:
 - i) podría conocer, estudiar y proponer acciones sectoriales respecto de las quejas ciudadanas sobre deficiencias en la calidad de la atención; y
 - ii) también podría conformar grupos técnicos responsables de la atención de problemas específicos, capaces de emitir recomendaciones de cumplimiento obligatorio.

El Comité tendría mayor presencia y reconocimiento como órgano rector si las autoridades de la SS participaran con mayor frecuencia en las reuniones ordinarias, y el titular de la dependencia estuviera presente al menos en la primera sesión anual.

- La importancia del CONACAS también se ve afectada por el ausentismo y la rotación de los representantes institucionales, lo que obstaculiza su papel rector en la conformación de una política nacional de calidad y dificulta la toma de decisiones que involucran a todas las instituciones.
- Del análisis de los 31 acuerdos tomados por el CONACAS en el periodo evaluado se aprecia que sólo se mencionan 14 de las 29 líneas que el programa tenía en 2010; algunas de ellas —como la que se refiere a las Guías de Práctica Clínica (GPC)— sólo se mencionan en una ocasión (a pesar de que el PAE señala que uno de los tres principales retos en el país es “la difusión de buenas prácticas y modelos de excelencia y gestión de la calidad, que difundan el más avanzado conocimiento médico y de cuidados de enfermería a todos los prestadores de servicios de salud”).
- De cualquier manera, la Calidad Técnica y Seguridad del Paciente es el componente con mayor presencia en los acuerdos del CONACAS, mayor conocimiento entre los actores institucionales y mayor implantación en las instituciones del SNS. El componente de Calidad Percibida por los Usuarios es el que menor presencia tiene en estos acuerdos.

- En algunos SESA la ausencia o mala operación de los CECAS es un factor que incide en el bajo desempeño. En general, mantienen muy poca comunicación con los responsables operativos de la marcha del programa (GCJ, COCASEP y GCH).
- A pesar de su poca articulación con los CECAS y el CONACAS, los COCASEP en cambio son instancias más funcionales a nivel operativo; junto con los GC, los miembros del COCASEP son los que muestran el mayor compromiso y conocimiento de los componentes y las líneas de acción de SICALIDAD.

Recomendaciones

- Fortalecer el papel rector de la SS como máxima autoridad sectorial en materia de calidad de la atención.
- Fortalecer el carácter del CONACAS como órgano rector en la construcción de una política nacional de calidad.
- Fortalecer la función rectora de SICALIDAD mediante la firma de acuerdos interinstitucionales de carácter obligatorio y cumplimiento transexenal, que impulsen la implantación de SICALIDAD en todas las instituciones del sector.
- Homogeneizar las denominaciones, contenidos, instrumentos, escalas y mecanismos de evaluación de los programas de calidad de las distintas instituciones de salud para facilitar su ejecución coordinada, el cumplimiento de metas comunes y la conformación de una sola política nacional de calidad de la atención.
- Disminuir el número de proyectos de SICALIDAD y concentrar sus esfuerzos en aquellos que sean prioritarios para la conformación de una política nacional de calidad de la atención.

- Dirigir las evaluaciones de SICALIDAD a la investigación del impacto de las acciones del programa en la solución de los problemas de salud y la satisfacción del usuario.
- Adecuar las líneas de acción de SICALIDAD a las especificidades de cada entidad y región, principalmente en zonas rurales y con diversidad étnica.
- Fortalecer la difusión de las GPC entre los prestadores de servicios de salud, para fortalecer la dimensión calidad técnica de la calidad.
- Fortalecer los mecanismos formales de trabajo conjunto entre CONACAS, CECAS, REC, GCJ, COCASEP y GCH.
- Fortalecer el papel del Aval Ciudadano para dotarlo de capacidad decisoria y favorecer las exigencias de la atención con calidad.

4.2 Análisis de SICALIDAD como política pública

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

El examen de SICALIDAD mediante el uso del modelo de Moore puede llevarse a cabo considerando un conjunto de preguntas-guía. De ellas, tres corresponden a

las dimensiones planteadas para las políticas con valor público y dos son de naturaleza sintética. Estas preguntas son:

1. ¿Qué misión efectivamente persiguió SICALIDAD?, es decir, ¿cuál fue el principal beneficio que se pretendió obtener con el programa? (dimensión sustantiva);
2. ¿Cuál fue la capacidad de SICALIDAD para construir apoyo institucional e interinstitucional alrededor de la misión del programa? (dimensión política);
3. ¿Qué tan alineados estuvieron las líneas de acción, los procesos y los sistemas administrativos con la misión del programa y el nivel de apoyo obtenido? (dimensión operativa);
4. ¿Cuánto de lo anterior fue decisivo para obtener los resultados alcanzados?, y
5. ¿Pueden imputarse estos alcances, sin lugar a dudas, a la política pública examinada?

4.2.1 Análisis de la Dimensión Sustantiva

La pregunta que se utilizó como guía en este apartado fue la siguiente: ¿Cuál fue la misión que efectivamente persiguió SICALIDAD?, es decir, ¿cuál fue el principal beneficio que pretendió obtener el Programa?

Sobre la justificación de SICALIDAD

Identificar la dimensión sustantiva de una política pública es relevante porque, a decir de Mark Moore, en esta dimensión es donde la política responde a las necesidades de la sociedad, permite mantener el foco directivo de la política, identifica las tareas políticas y administrativas que son clave para la permanencia de la política y moviliza apoyo externo e interno.

El análisis de los documentos sustantivos de SICALIDAD (PND, PROSESA, PRONASA, PAE y ROp) así como de otros documentos generales y

especializados sobre la salud en México (especialmente los publicados por la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública, la Fundación Mexicana para la Salud, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, muestra:

- Que existen evidencias de que la baja calidad técnica de la atención se asocia con la baja efectividad de las acciones de salud y, consecuentemente, con fallas en el tratamiento y el encarecimiento de la atención;
- Que existen evidencias de que la baja calidad técnica de la atención se asocia con la presentación de fallas en la seguridad del paciente (incidentes, eventos adversos y casi-fallas) que pueden provocarle daños no relacionados con la patología por la que acude a los servicios de salud;
- Que existen evidencias, históricas y actuales, de la necesidad de fortalecer las acciones de las instituciones de salud en México en materia de calidad de los servicios, tanto en las dimensiones de calidad técnica y seguridad de la atención como en materia de trato adecuado.

Adicionalmente, el análisis del contexto en el que surge SICALIDAD indica:

- Que la planeación, organización y prestación de los servicios de salud está marcada desde hace varias décadas por el surgimiento y desarrollo de la bioética y los derechos humanos —especialmente el derecho a la salud y a su protección, pero no solamente estos, sino también los derechos al bienestar social y a la vida digna, a la autonomía y a la diferencia.
- Que en una situación social marcada por la inequidad y la falta de oportunidades, las políticas públicas tienen el compromiso de contribuir a fortalecer valores democráticos como la justicia, la igualdad de oportunidades y la solidaridad.

Lo anterior justifica la necesidad de una política pública que coordine los diversos esfuerzos realizados en el país para fortalecer el derecho de los ciudadanos a recibir servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad, y que sitúe a la calidad en la agenda permanente del SNS.

Sumado a esto, la OPS agrega que “la principal causa de deficiencia en la calidad de los servicios de salud es la falta de posicionamiento de los temas de calidad en las prioridades y agenda del sector salud.” Es posible que la mejor respuesta a ambas cuestiones sea la creación de un sistema integral responsable de coordinar todas las acciones que, en torno a la calidad de la atención, realizan los diferentes actores del sistema de salud en México.

La propuesta de implantar un sistema integral y sectorial de calidad como el instrumento político capaz de conducir este esfuerzo también es congruente con el espíritu de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que otorga a la Secretaría de Salud la responsabilidad de establecer y conducir la política nacional en materia de salud y coordinar el SNS (Arts. 7 y 13 de la LGS).

Hace más de diez años, el “Programa de Acción: Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, 2001-2007”, señalaba que “la calidad puede ser parte de una política y una estrategia integral que complemente otras intervenciones para mejorar las coberturas, la equidad, la viabilidad financiera del sistema y la justicia financiera para sus usuarios.” Este documento, que estableció los criterios rectores en materia de calidad de los servicios de salud para el periodo 2007-2012, señala que una estrategia de calidad en un sistema de salud no es viable si no forma parte de una política y proyecto aplicables a todo el sistema y sus componentes. De esta forma, las mejoras en la dimensión interpersonal de la calidad generan mayor aceptabilidad de la ciudadanía, lo que amplía el uso de los servicios; un alto nivel de calidad técnica genera mayor impacto en la salud y consecuentemente mayor confianza entre los usuarios, y una organización más

eficiente mejora la viabilidad financiera del sistema al disminuir los costos de la mala calidad.

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

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

Todo lo anterior permite justificar plenamente la creación de un sistema integral y sectorial de calidad en México.

Sobre la naturaleza de SICALIDAD

A pesar de que se considera plenamente justificada la creación de un sistema integral de calidad en salud en el país, una de las dificultades que inmediatamente se aprecian en su situación actual es identificar su naturaleza.

Tanto el PRONASA como el PROSESA señalan que la creación de un sistema integral de calidad es la estrategia para situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud, lo que es congruente con los planteamientos del PND.

El PAE, por su parte, inicialmente señala que SICALIDAD es el “instrumento operativo de la estrategia *Situar la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud*”. Más tarde, sin embargo, es denominado indistintamente “sistema”, “programa” y “estrategia”. Todas las ROp, en su título, lo denominan “Programa Sistema Integral de Calidad en Salud”, y más tarde, en sus glosarios (excepto la primera, que no contiene glosario), definen a SICALIDAD como “estrategia del Gobierno Federal instrumentada por la Secretaría de Salud para mejorar la calidad de los servicios de salud”. El CONEVAL, invariablemente, lo denomina “Programa”.

De los documentos de trabajo elaborados por el programa se deriva que SICALIDAD es un conjunto integrado de programas (algunos de ellos existentes antes de su creación e incorporados tardíamente) que hasta ahora no ha logrado funcionar como un verdadero sistema, debido a que carece de instrumentos para articular las acciones de las distintas entidades federativas e instituciones de salud del SNS en materia de calidad. Además, probablemente debido a la forma en la que fue creado, SICALIDAD cuenta con un número tan grande de líneas de acción que dificultan su monitoreo, control y evaluación.

Esta ambigüedad de SICALIDAD, que se desprende de ser presentado simultáneamente como programa, sistema, estrategia y política, afecta la comprensión cabal de su dimensión sustantiva. Algunas consecuencias relevantes de esta ambigüedad son las siguientes:

1. El carácter sectorial de SICALIDAD no se sustenta, al ser presentado como un programa de la Secretaría de Salud, al que no están obligados a seguir otras

instituciones. Probablemente esto explica la desaparición del término “sectorial” de las Reglas de Operación del programa a partir de 2010.

2. SICALIDAD como sistema, también sectorial, deja de lado la descripción de las principales interacciones entre sus “dimensiones” o componentes (calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente, y calidad en la gestión de los servicios de salud).
3. Por otro lado, el gran número de proyectos impulsados al parecer dificulta la posibilidad de aplicar una verdadera perspectiva integral del sistema.
4. Como estrategia, SICALIDAD se traduce en una serie de acciones enfocadas principalmente a las unidades de los servicios estatales de salud y de la federación. Al igual que en el punto anterior, destaca la falta de integración de dichas acciones.
5. Finalmente, la implementación de SICALIDAD como política resulta demasiado débil, pues carece, en primer lugar, de un fundamento legal que la sustente, en segundo término, de suficiente claridad en sus lineamientos y, en tercer lugar, de un adecuado nivel de generalidad que facilite su aplicación en todas las instituciones del sector.

La dimensión sustantiva de SICALIDAD se expresa en su misión. En el PAE se lee, al respecto:

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

La claridad de dicha misión (contribuir a elevar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente) pudo verse afectada por la decisión de colocar como estrategia principalísima la de “situar la calidad en la agenda permanente del

Sistema Nacional de Salud” (PAE, pág. 16), en la medida en que las acciones que se derivaron de esta estrategia correspondieron fundamentalmente —como era previsible, dada su naturaleza— a la gestión política, y a que se dejaron sin definir importantes aspectos, también estratégicos, de la gestión operativa.

Incluso, pareciera que con el tiempo esta estrategia hubiese ocupado el lugar de la misión. En los documentos elaborados por la DGACS se da mayor relevancia a la frase citada que a la idea de elevar la calidad y la seguridad de los pacientes. De hecho, en las ROp 2012 se lee ya una misión diferente, en donde la “garantía de la calidad” se subordina a la estrategia:

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

Como se ha comentado, a partir de las ROp 2010 se eliminó de los objetivos de SICALIDAD el “énfasis en el abasto oportuno de medicamentos”, con lo que este problema dejó de considerarse como un elemento sustantivo de la calidad de la atención (por lo menos para SICALIDAD).

En conclusión, la dimensión sustantiva de SICALIDAD resultó ambigua y al parecer fue remplazada en los hechos por una estrategia que, por circunscribirse a la dimensión política, dista mucho de ser integral y más aún, de orientar la operación.

Ahora bien, considerando que un sistema es un conjunto de elementos diferentes entre sí, que mantienen relaciones de interacción e interdependencia mutua, que realizan acciones distintas pero complementarias con el propósito de alcanzar un fin común, y que forman un todo unificado que les otorga identidad, es difícil sostener que SICALIDAD sea un verdadero sistema.

Sobre la capacidad de rectoría de SICALIDAD

Del análisis de los documentos sustantivos destaca que sólo las primeras ROp (2008) incluyeran como parte del objetivo general de SICALIDAD el mandato de establecer un sistema de carácter sectorial, lo que se abandona a partir de 2010. Las ROp 2011 todavía plantean, como tercer objetivo, “conducir bajo la rectoría de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud”, pero en las ROp 2012 esta frase es sustituida por la de “conducir **bajo la coordinación** de la Secretaría de Salud transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios”, renunciando a dicha prerrogativa y responsabilidad.

Como demuestran las evaluaciones realizadas a la fecha, la mayoría de las acciones previstas por el programa son de cumplimiento opcional por los estados y las instituciones, y la falta de apego de las normas y sugerencias de SICALIDAD no conlleva ninguna sanción a los infractores y remisos.

Finalmente, como se señaló antes, el número de proyectos impulsados por el programa ha crecido de 20 líneas originales de 2007, a 29 en 2010, a 34 en 2011 y a 33 en 2012, lo que ha dispersado los esfuerzos, dificultado la aplicación de una perspectiva integral y limitado la capacidad de rectoría.

Conclusiones de la dimensión sustantiva

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

Tampoco existe un sistema de información único en materia de calidad que permita identificar con oportunidad, exactitud y suficiencia las condiciones en las que se encuentra el problema de la calidad de la atención en todas, o la mayoría, de las instituciones del país. Esto es grave considerando que el PRONASA señala que “el principal problema del sistema nacional de salud en materia de calidad es la enorme heterogeneidad que existe entre los principales prestadores de servicios”, exhibiendo las marcadas diferencias que se presentan en complicaciones clínicas, eficiencia en el uso de recursos e indicadores de calidad interpersonal entre las diferentes instituciones del sector. ¿Cómo puede un sistema integral hacer un seguimiento efectivo y oportuno de estas diferencias sin tener un sistema integrado de información, que utilice las mismas definiciones operativas, las mismas plataformas informáticas y los mismos instrumentos de reporte?

Sin un sistema integrado de información, no parece que SICALIDAD pueda obtener la información confiable necesaria para conocer y evaluar los cambios experimentados en cada institución. La ausencia de un sistema integrado de información sobre la calidad de la atención es probablemente la razón por la que todavía no puedan imputarse, sin lugar a dudas, los resultados de la atención a las acciones realizadas por SICALIDAD.

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

4.2.2 Análisis de la Dimensión Política

La pregunta que se utilizó como guía en este apartado fue la siguiente, ¿Cuál fue la capacidad de la DGACS para construir apoyo institucional e interinstitucional para el cumplimiento de la misión del programa?

Moore incluye en la dimensión política de las políticas públicas la construcción de apoyo y legitimidad, tal y como se aprecia en el párrafo siguiente:

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

En el interior de su modelo de gestión estratégica propone cuatro formas de gestión política (tabla 4) que, adaptadas a la evaluación de SICALIDAD 2012, corresponden a la tabla 5.

A partir de la revisión y análisis de los informes de las evaluaciones de SICALIDAD 2008 a 2011 —así como de otras fuentes de información oficiales— se pudo observar, de cada una de las formas de gestión, lo siguiente:

Sobre la capacidad para la rendición de cuentas rutinarias

La DGACES ha cumplido oportunamente con la publicación de informes trimestrales en su página de Internet. Dado que SICALIDAD es un programa sujeto a Reglas de Operación, está obligado mostrar en su página de Internet los informes trimestrales de avance físico de las metas e indicadores de resultado, así como a ser evaluado por agencias externas y difundir en su página de Internet los resultados de dichas evaluaciones. En la página de internet de SICALIDAD se pueden consultar tanto los informes trimestrales (a partir del 1 de enero de 2008) como los resúmenes ejecutivos e informes completos de las cinco evaluaciones externas realizadas entre 2007 y 2010.

Tabla 4. Formas de gestión política evaluada en SICALIDAD de acuerdo con el modelo de Moore para la evaluación de las políticas públicas.

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

Fuente: Elaboración propia a partir de Moore (1998).

En suma, el cumplimiento formal de la publicación de informes trimestrales en la página de Internet de la DGACS ha permitido la continuación del Programa y la

autorización de aumentos anuales en su presupuesto. Sin embargo, las dificultades para transferir los recursos a los SESA, junto con las limitaciones para hacer seguimiento de su ejercicio, impiden valorar su aplicación y sus efectos en la mejora de la calidad.

Salvo en 2011, entre 2009 y 2012 el presupuesto autorizado para SICALIDAD se ha incrementado. El aumento más significativo se observó en el presupuesto para 2010. El cumplimiento formal en relación con la difusión de los resultados de las evaluaciones a SICALIDAD ha favorecido la autorización de los presupuestos anuales que se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Presupuesto para SICALIDAD autorizado y ejercido entre 2008 y 2012 (en millones de pesos).

<i>Año</i>	<i>Presupuesto autorizado</i>	<i>Presupuesto ejercido</i>	<i>Diferencia</i>	<i>Porcentaje de subejercicio</i>
2008	\$115.62	\$101.07	\$14.55	13%
2009	\$115.72	\$81.86	\$33.86	29%
2010	\$164.30	\$153.13	\$11.17	7%
2011	\$166.59	\$147.79	\$18.80	11%
2012	\$166.59	-----	-----	-----

Fuente: Elaboración propia a partir del portal de transparencia presupuestaria del Gobierno Federal (2012).

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

Entre 2008 y 2011 ha habido un subejercicio del presupuesto de SICALIDAD de entre 7 y 29 por ciento. En 2008 los recursos de la DGCES a las áreas de finanzas estatales se transfirieron entre el 30 de septiembre y el 14 de octubre. La SS, a

través de la DGCES, transfirió a las Secretarías de Finanzas o Tesorerías Estatales los montos correspondientes a los Compromisos de Calidad en AG, proyectos de Capacitación de Calidad y PNCS de las unidades médicas con proyectos ganadores. La transferencia de recursos para 2008 se llevó a cabo entre el 30 de septiembre y 14 de octubre de 2008 (SS/UAM, 2009).

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

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

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

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

Sobre la capacidad para autorizar cambios e innovaciones

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

El incremento y modificación de las líneas de acción del Programa entre 2008 y 2012 muestra capacidad para formular innovaciones, pero esto no se ha visto reflejado en cambios en la estructura federal y de los SESA que permitan impulsarlas. Entre 2008 y 2012 se incrementó sustantivamente el número de líneas de acción de SICALIDAD aprobadas en las Reglas de Operación (tabla 6).

Tabla 6. Número de líneas de acción aprobadas en las Reglas de Operación publicadas por año.

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

Fuente: Elaboración propia a partir de las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) para los ejercicios 2008, 2010, 2011 y 2012.

La poca permanencia de los titulares de la DGCES pudo representar un mayor margen de acción para el titular de la DGACS, aunque también un apoyo limitado para las iniciativas provenientes de esta Dirección General Adjunta. Entre diciembre de 2006 y agosto de 2012 fueron cinco personas quienes se desempeñaron como titulares de la DGCES, en tanto que de 2007 a 2011 sólo una persona ocupó la Dirección General Adjunta de Calidad en Salud.

Respecto al posicionamiento de los REC en la estructura de los SESA puede ser resultado de la persuasión de la DGACS y los propios REC, así como del propio convencimiento de las autoridades estatales. Una vez que fueron designados 9 de 13 REC recibieron capacitación específica para desempeñar sus funciones a través de comunicación directa con los responsables a nivel federal de SICALIDAD y reciben apoyo para ser capacitados en cualquier línea de acción del Programa cuando lo requieran (SS/UNAM, 2010).

Lo anterior contrasta con la situación de los Gestores de Calidad Jurisdiccionales y de los Gestores de Calidad en las unidades de atención, quienes aún deben desempeñar diversas funciones no necesariamente vinculadas con las líneas de acción de SICALIDAD y carecen del apoyo directivo y operativo necesarios. Sólo 23 por ciento de los gestores entrevistados en la Evaluación 2009 se dedican exclusivamente a la función de gestores de calidad, mientras que 77 por ciento realizan otras funciones; de éstos, 25 por ciento están en hospitales y 75 por ciento en centros de salud, principalmente urbanos (SS/UAM, 2009).

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

La insuficiencia de recursos de todo tipo y en todos los niveles ha sido puesta en evidencia en todas las evaluaciones externas. A manera de ejemplo, destaca la forma en que la DGCES ha pretendido resolver sus limitaciones estructurales para re-acreditar a las unidades a partir de la autoevaluación. En las instrucciones 207/2010 y 279/2011 se describe el procedimiento mediante el cual se llevará a cabo la re-acreditación de unidades cuya acreditación venció en 2009, 2010 y 2011. Destaca que no se establece una visita previa de auditoría por parte de la propia DGACS ni de ninguna otra instancia. Se plantean visitas de seguimiento y

supervisión por parte de la Red de Evaluación y Acreditación de la Calidad (REACAL), mas no que se llevarán a cabo de manera sistemática a todas las unidades en proceso de re-acreditación.

Sobre la capacidad para lograr coordinación institucional

Aun antes de la aprobación de SICALIDAD, la Ley General de Salud, y de manera específica, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, otorgaban a la DGCES la atribución de acreditar unidades que participarían en el Seguro Popular. Sin embargo, la capacidad de negociación que esto daba a la propia DGCES al parecer no ha sido aprovechada para fortalecer las áreas encargadas de operar el Sistema de Acreditación. Desde la reforma a la Ley General de Salud aprobada en 2003, en la cual se adiciona el Título Tercero Bis De la Protección Social en Salud, se establece que corresponde a la Secretaría de Salud “definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud” (artículo 77 bis, inciso A, fracción XV). Posteriormente, en 2004, con la publicación del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, se especifican el sentido y el contenido de la acreditación, a la vez que, en el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud se identifica como una de las atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

La REACAL se creó con el ambiguo propósito de integrar un grupo interinstitucional e interdisciplinario destinado a apoyar como evaluadores externos, atendiendo a su disponibilidad de dedicación temporal, los procesos de acreditación y auditoría que, en materia de calidad y seguridad del paciente, establece anualmente SICALIDAD. (DGCES/ Instrucción 170/2009). Por un lado, al parecer es una iniciativa acertada de la DGACS, pues está orientada a enfatizar el carácter sectorial de SICALIDAD al convocar para su creación a profesionales de todas las instituciones, así como a fortalecer la estructura para la realización de auditorías y visitas de evaluación en proyectos como los acuerdos de gestión y los

premios. En el informe de la evaluación 2011 se reporta un adecuado nivel de participación. Sin embargo, la REACAL no ha permitido superar la crisis que ahora enfrenta la DGCES para llevar a cabo la re-acreditación (SS/UAM, 2011).

Han transcurrido ocho años desde que el Sistema de Acreditación fue implementado, y aún se le percibe, en general, como un trámite para obtener recursos y no como un medio para impulsar la mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes. La decisión de que la acreditación se otorgue mediante una autoevaluación puede ser interpretada en los SESA como una señal de la poca importancia que desde el nivel central se le confiere al tema.

Sobre la capacidad para lograr coordinación interinstitucional

La propuesta de “situar la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud” como el principal objetivo de la política de calidad en el país fue probablemente una de las causas de la heterogeneidad que se observa en la implantación de las líneas que conforman el programa SICALIDAD. Esto es así debido a que llegó un momento en el que este objetivo parece más relevante que elevar la calidad de los servicios de salud, propósito al que evidentemente debía supeditarse. La forma de comprender el propósito de la política y los medios para alcanzarla determinaron, probablemente, que las acciones emprendidas no estuvieran decididamente dirigidas al alcance del fin último de la política.

Hasta el momento de esta evaluación, el CONACAS había mostrado más debilidades que fortalezas, dado el reducido número de sesiones ordinarias realizado, la frecuente inasistencia de su presidente y la falta de seguimiento de sus acuerdos y recomendaciones. Otro síntoma de la frágil coordinación interinstitucional es la falta de respuesta de los enlaces institucional de calidad (destacadamente el del IMSS) en las sesiones, acuerdos y seguimiento de las recomendaciones del CONACAS. Como consecuencia, a nivel institucional destacan la débil articulación del CONACAS con los CECAS y la casi nula vinculación con los COCASEP, mientras que a nivel interinstitucional se aprecia

una limitada participación formal del IMSS e ISSSTE en las líneas de acción del programa. Esto resulta muy importante, dado el volumen de población que estas instituciones de seguridad social atienden.

Conclusiones de la dimensión política

Conforme la necesidad de coordinación y acuerdos fuera de la propia DGCES va siendo más evidente, se perciben resultados menos claros: no se fortalece la estructura para la ejecución del programa y las máximas instancias de coordinación como el CONACAS y los CECAS muestran un desempeño deficiente. De acuerdo con el análisis realizado, el cumplimiento de atribuciones que vinculan a la DGCES con otras instancias está en riesgo. Tal es el caso de la re-acreditación de establecimientos médicos.

Es relevante que la instancia que alberga a la unidad responsable de impulsar la calidad de los servicios de salud en el país haya cambiado su denominación (de Subsecretaría de Innovación y Calidad a Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud). Este hecho puede revelar una tendencia opuesta a la idea de situar a la calidad en la agenda permanente del sistema nacional de salud.

4.2.3 Análisis de la Dimensión Administrativa (apartado de Gestión)

SICALIDAD cuenta con una fundamentación legal y jurídica para su operación. En el marco del Sistema Nacional de Salud también existen definiciones legales para los diversos niveles que lo constituyen: federal, estatal y local. A pesar de esto, se aprecia una dificultad reglamentaria para hacer obligatorios los procesos de gestión emanados de SICALIDAD en todo el Sistema Nacional de Salud, debido a la diversidad normativa de las instituciones que lo integran.

Las evaluaciones de 2008 y 2011 presentan información sobre los órganos de decisión que intervienen en SICALIDAD. Desde su creación, la instancia encargada de la conducción del programa ha sido la DGCES (Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud 2008, 2010, 2011 y

2012). En las ROP queda explícita la existencia de una estructura formal dentro de la DGCES, específicamente en la DGACS, que tiene la responsabilidad de diseñar y operar el programa. Este órgano tiene la prerrogativa de crear instancias colegiadas que intervienen en los procesos sustantivos de SICALIDAD, como el Comité Técnico para Apoyos a Proyectos Asociados a SICALIDAD, para los premios de calidad en salud y para la acreditación de unidades de atención, entre otros.

Como se ha comentado, adicionalmente existen órganos de participación colegiada a distinto nivel: CONACAS (nacional), CECAS (estatal), COCASEP (unidades de atención), los que deben articular todas las instancias del SNS que intervienen en la instrumentación de acuerdos y procesos relacionados con la calidad de los servicios de salud, particularmente a quienes dependen del sistema de salud federal y estatal.

Las evaluaciones de 2008, 2010 y 2011 evalúan a los REC, GJC y GCH como instancias personales que participan en la operación del programa. Estas evaluaciones señalan que la existencia de funcionarios para la operación específica de SICALIDAD, hace posible su funcionamiento y la instrumentación de procesos en los distintos niveles del programa, lo que le otorga viabilidad. No obstante, según la propia voz de los actores, existe sobrecarga de trabajo debido a la realización simultánea de otras funciones estructurales.

Las evaluaciones de 2008 y 2010 valoraron el papel del otorgamiento de incentivos monetarios a través del PNCS, el PNICS, los AG, los incentivos al personal y la acreditación. Los hallazgos muestran que su impacto es pobre en materia de mejora de la calidad, y que existe insatisfacción en el personal respecto a su obtención. Destaca la poca incidencia de estos incentivos en el sistema de salud, lo que se refleja en el limitado fortalecimiento de la estructura para SICALIDAD y pone de relieve el rezago en la inversión y operación del sector salud. La disponibilidad de recursos financieros, esenciales para el funcionamiento

del sistema, fue revisado en la evaluación de 2008, específicamente en cuanto a los procesos de asignación extraordinaria derivados del PNCS, PNICS, AG y la capacitación en calidad. El análisis de estos rubros muestra disfuncionalidades (tardanza en la ministración de recursos, ejercicios apresurados del gasto) y asimetrías (postulaciones en los SESA con mayores recursos, reiteración de postulaciones de unidades beneficiadas). En los hechos, la forma que actualmente tiene el programa parece profundizar estas deficiencias, contribuyendo poco a generar una estructura más robusta y uniforme en las entidades federativas.

Con respecto al destino de los recursos financieros obtenidos por las unidades de atención a través de acuerdos de gestión, la primera evaluación muestra que casi la mitad (49.4 por ciento) se utiliza para realizar inversiones que incrementan la capacidad instalada, y la otra mitad en actividades de capacitación al personal.

La evaluación de 2010 realizó una valoración, basada en informantes clave (personal de medicina, enfermería y Aval Ciudadano), sobre la capacidad instalada en general y la infraestructura clínica en particular que influyen en la calidad de la atención. El informe reportó que la capacidad instalada fue considerada entre mala o regular en 67.3 por ciento de los casos, en tanto que la infraestructura clínica lo fue para 40 por ciento de los entrevistados. Llama la atención que de la muestra (95 unidades de atención) 7.3 por ciento estaban acreditadas, lo que implica que la capacidad instalada para la atención médica con calidad es muy deficiente a nivel nacional, independientemente de las desigualdades locales, regionales y nacionales que existen.

Así, pudieron observarse amplias limitaciones en la capacidad instalada en las unidades de atención para brindar atención con calidad, más allá de la calidad técnica, y a pesar de que los Acuerdos de Gestión son un dispositivo que proporciona recursos financieros adicionales, una parte considerable se invierte en la mejora de la capacidad instalada, que debiera estar resuelta por la estructura estatal.

Conclusiones del apartado de gestión

La capacidad instalada para la atención médica con calidad es muy deficiente a nivel nacional (de una muestra de 95 unidades de atención sólo 27.3 por ciento estaban acreditadas). La infraestructura general fue calificada como mala o regular por el 67.3 por ciento de los entrevistados, que también ubicaron entre mala y regular a la infraestructura clínica (40 por ciento).

A pesar de que los Acuerdos de Gestión debieran ser un dispositivo que proporciona recursos financieros adicionales, una parte considerable se invierte en la mejora de la capacidad instalada. Casi la mitad (49.4 por ciento) de los recursos obtenidos se destina a inversiones que incrementan la capacidad instalada, y la otra mitad a actividades de capacitación al personal.

A manera de conclusión, se puede afirmar que en las unidades de atención existen severas limitaciones en la capacidad instalada para brindar atención con calidad. En cuanto a la gestión del programa, se aprecian debilidades y disparidades en materia de infraestructura, recursos financieros e incentivos al personal, a pesar de que existen fundamentos jurídicos, órganos de decisión y personal específicamente responsable para la operación del programa. La existencia de una gestión irregular y poco sólida podría determinar que SICALIDAD no opere a plenitud, lo que afectaría la consecución de su objetivo central: brindar atención médica con calidad.

4.2.4 Análisis de la Dimensión Administrativa (apartado de Operación)

Como se señaló en el apartado correspondiente a la implementación de la evaluación, con el propósito de identificar cuál había sido el grado de implementación global alcanzado por SICALIDAD en los últimos años, con la información cuantitativa obtenida durante la evaluación 2010 se construyó un nuevo indicador, denominado “índice de implementación global del programa”. El fin de esta construcción fue el de proporcionar al lector una cifra integrada que

inmediatamente diera cuenta del desempeño del programa e identificara aquellos ámbitos en los cuales se ha desarrollado adecuadamente y aquellos en los que aún es débil.

El índice de implementación global de SICALIDAD se construyó sumando el desempeño específico obtenido por cada una de las siete líneas evaluadas durante 2010, de acuerdo con el sistema que se especifica en el Anexo 1.

La escala de evaluación oscila de 0 a 100 y se expresa en porcentaje, correspondiendo las calificaciones más altas a los desempeños mejores, y viceversa. Naturalmente, el mejor desempeño posible arrojaría un resultado de 100, mientras que el peor obtendría una calificación de cero. En todos los casos, los resultados indican el promedio de las calificaciones obtenidas por las unidades investigadas en la línea de acción correspondiente. Esta calificación, a su vez, indica —en forma de proporción— el grado de cumplimiento de los objetivos de dicha línea de acción por la unidad evaluada. Por esta razón, decimos que las cifras presentadas son el promedio de las proporciones de implementación de cada línea evaluada en las unidades, y en forma global.

Índice de implementación global

El *índice de implementación global del programa* fue de 58.7 por ciento, en promedio, en los 95 hospitales evaluados, con una amplitud que osciló de 4 a 83 por ciento (tabla 7). De acuerdo con la semaforización propuesta por el mismo programa, esto representa un “rojo”, ya que el programa propone un mínimo de implementación de 70 por ciento y un ideal superior al 90. De acuerdo con los resultados, el máximo nivel alcanzado por un hospital fue de 83 por ciento, por lo que no hubo ningún hospital en niveles óptimos de implementación para el 2010.

Tabla 7. Grado de Implementación, expresado en porcentaje, de cada una de las líneas y resultado global del Programa SICALIDAD.

Implementación	Mínimo	Máximo	Promedio	Mediana	Total de hospitales
SICALIDAD	4	83	58.7	61.4	95
Aval Ciudadano	2	50	27.6	30.2	95
PREREIN	26	100	85.2	94.1	93
Cirugía segura	0	100	64.0	75.0	85
Está en Tus Manos	25	98	63.0	65.0	93
Acreditación	9	86	49.0	60.0	94
Acuerdos de Gestión		3 97	58.7	73.6	85
COCASEP		6 100	80.7	88.0	94

Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de SICALIDAD 2010.

En cuanto a la implementación por líneas de acción, se utilizó el mismo criterio de semaforización. En el resultado para *Aval Ciudadano* se observa un promedio de implementación de 30.2 por ciento, con una amplitud de 2 a 50 por ciento. Esto significa que el 100 por ciento de los hospitales evaluados se encuentra en “rojo”, lo que la hace la línea de acción con menos avance de todas (tabla 8).

La situación inversa se observa en la implementación del PREREIN, que tiene un promedio de 85.2 por ciento y los diferentes hospitales oscilan de 26 a 100 por ciento (tabla 7). En la figura 4 se puede observar que 60 por ciento de los hospitales se encuentran en “verde”, es decir que su nivel de implementación supera el 90 por ciento, mientras que solo 14 por ciento se encuentra en “rojo”. Una situación similar tiene la línea correspondiente a la creación y fortalecimiento de los COCASEP, cuyo desempeño está por debajo de la anterior. El resto de las

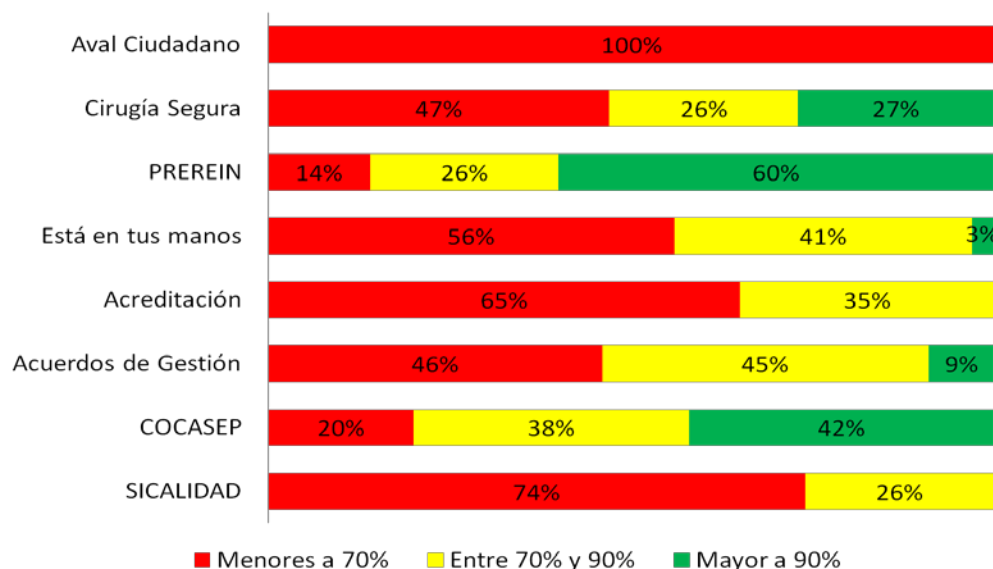
líneas tiene un nivel de implementación bajo, con niveles cercanos al 50 por ciento de hospitales considerados en “rojo” para cada línea de acción.

Tabla 8. Grado de implementación del programa SICALIDAD por líneas y resultado global en una muestra de hospitales de la República Mexicana, 2010.

<i>Líneas de acción</i>	<i>Mayor a 90%</i>		<i>Entre 90-70%</i>		<i>Menor de 70%</i>		<i>Total de hospitales</i>
	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>	<i>n</i>	<i>(%)</i>	
<i>Aval Ciudadano</i>	0	(0.0)	0	(0.0)	95	(100)	95
<i>PREREIN</i>	56	(60.2)	24	(25.8)	13	(14.0)	93
<i>Cirugía Segura Salva Vidas</i>	23	(27.1)	22	(25.9)	40	(47.1)	85
<i>Está en Tus Manos</i>	3	(3.2)	38	(40.9)	52	(55.9)	93
<i>Acreditación</i>	0	(0.0)	33	(35.1)	61	(64.9)	94
<i>Acuerdos de Gestión</i>	8	(9.4)	38	(44.7)	39	(45.9)	85
<i>COCASEP</i>	39	(42.4)	35	(38.0)	18	(19.6)	92
<i>SICALIDAD</i>	0	(0.0)	25	(26.3)	70	(73.7)	95

Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de SICALIDAD 2010.

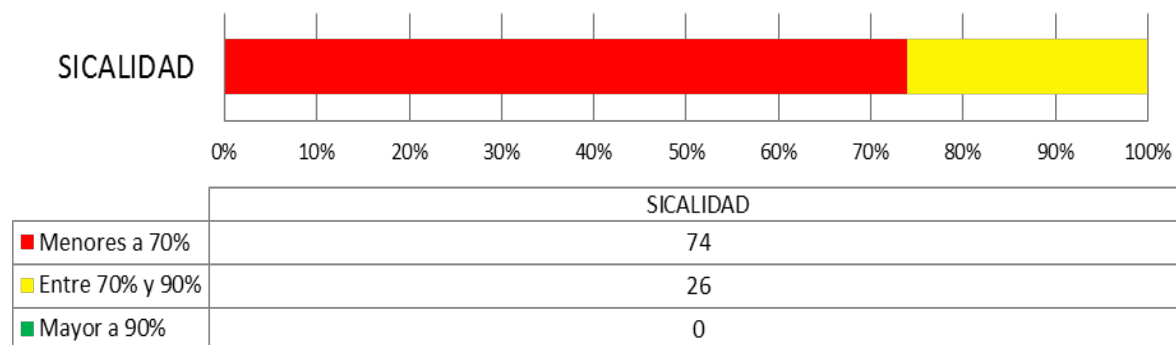
Figura 4. Implementación de los componentes del programa SICALIDAD de una muestra de hospitales de la República Mexicana, 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de SICALIDAD 2010.

Como se ha expuesto, la suma de la evaluación de cada línea permitió calcular la implementación global del programa, cuya representación se puede apreciar en la figura 5.

Figura 5. Implementación del programa SICALIDAD de una muestra de hospitales de la República Mexicana, 2010



Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de SICALIDAD 2010.

En la esta figura se observa que la mayoría de los hospitales evaluados (73.6 por ciento) se presentan en “rojo”, dado que no alcanzan el 70 por ciento de implementación del programa. El 26.3 por ciento restante obtuvo un nivel de implementación que oscila entre el 70 y 90 por ciento. Ninguno alcanzó 90 por ciento o más de implementación.

Satisfacción de los usuarios con la atención recibida

La tabla 9 muestra los resultados globales del total de población sobre las preguntas que evalúan satisfacción. El total de personas que responden es variable, pues no todos los individuos seleccionados para la evaluación hicieron uso de todos los servicios. Por ejemplo, del total de personas (1, 236), sólo 798 hicieron uso del servicio de laboratorio y 431 del de radiología. La gran mayoría de las personas expresó un alto nivel de satisfacción, ya que más del 80 por ciento otorgaron respuestas de buena o muy buena (figura 6).

Tabla 9. Satisfacción con la atención recibida en una muestra de usuarios de hospitales de la República Mexicana, 2010.

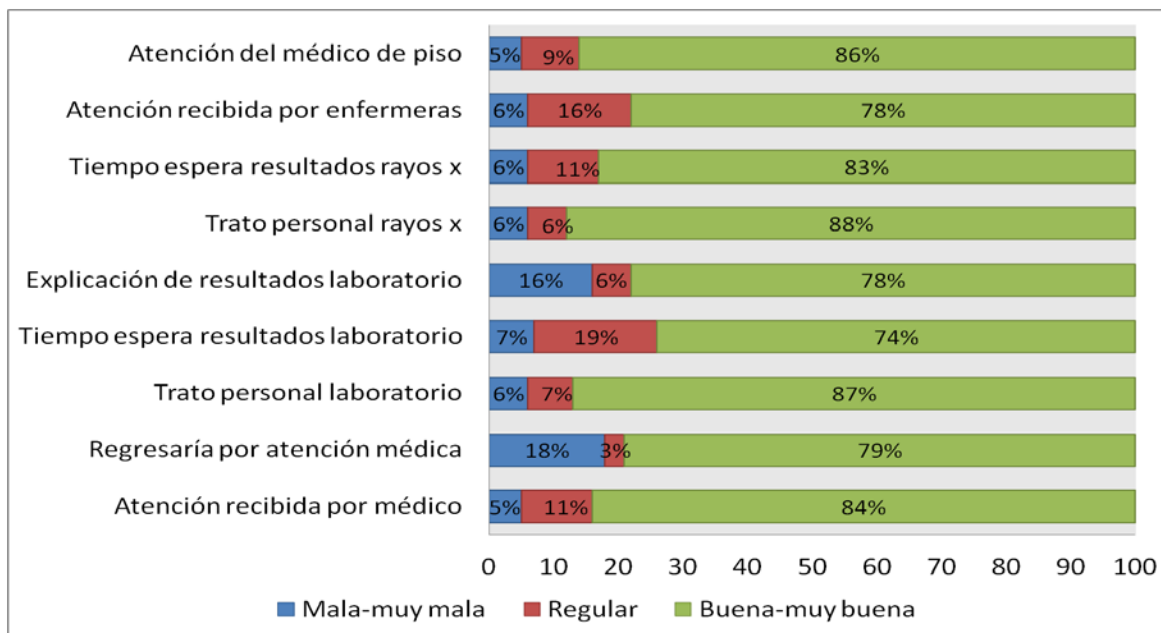
<i>Preguntas</i>	<i>Mala - muy mala</i>	<i>%</i>	<i>Regular</i>	<i>%</i>	<i>Buena - muy buena</i>	<i>%</i>	<i>Total</i>
<i>43. ¿En general cómo considera la atención del médico?</i>	67	5.4	133	10.8	1036	83.8	1236
<i>47. ¿Regresaría a buscar atención con este médico?</i>	225	18.2	37	3.0	973	78.8	1235
<i>58. ¿Cómo fue el trato del personal del laboratorio?</i>	49	6.1	53	6.6	696	87.2	798
<i>59. ¿El tiempo que tardaron en darle los resultados, fue?</i>	56	7.0	149	18.7	593	74.3	798
<i>63. La explicación que le dieron sobre los estudios que la iban a</i>	68	15.8	27	6.3	336	78.0	431

realizar ¿fue?

64. ¿Cómo fue el trato del personal de rayos x?	25	5.8	27	6.3	379	87.9	431
65 ¿El tiempo que tardaron en darle los resultados, fue?	25	5.8	50	11.6	356	82.6	431
72. ¿Cómo considera la atención de la enfermera?	37	6.4	90	15.6	450	78.0	577
73. ¿Cómo considera la atención del médico de piso?	30	5.2	54	9.4	493	85.4	577

Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de SICALIDAD 2010.

Figura 6. Satisfacción con la atención recibida en una muestra de usuarios de hospitales de la República Mexicana, 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de SICALIDAD 2010.

El nivel de satisfacción a nivel hospitalario fue alto. El puntaje promedio obtenido fue de 24.5 (en una escala de 9 a 27), lo que equivale a 90.7 por ciento de satisfacción.

Condiciones laborales de los trabajadores de la salud

A continuación se presentan los resultados provenientes de las características que permiten medir de manera aproximada la calidad laboral del personal de salud, de acuerdo a algunas condiciones de trabajo en las que se desarrollan.

En la tabla 10 se puede observar el resultado de cada uno de los reactivos aplicados a los trabajadores en términos absolutos y relativos. Se pueden identificar importantes diferencias: por ejemplo, el multiempleo es más común en el grupo de médicos (71.1 por ciento) que en el de personal de enfermería (22.3 por ciento); por su parte el personal de enfermería reporta recibir mayor capacitación, 79 por ciento, en contraste con un 42.3 por ciento del grupo de médicos. Una diferencia similar se observa en la presentación de ponencias: el personal de enfermería participó en 69 por ciento, mientras que el de médicos lo hizo en 38.2 por ciento.

Tabla 10. Condiciones laborales de los trabajadores de la salud en una muestra de hospitales de la República Mexicana, 2010

Médicos	Si	(%)	No	(%)	Total
1. Además de la Unidad Médica, ¿tiene práctica clínica en otro lugar?	594	71.1	241	28.9	835
2. ¿Cuántas horas al día trabaja en esta unidad Médica? >8	133	15.9	702	83.9	835
3. ¿Cuántas Consultas en promedio otorga diariamente en esta unidad? >15	129	19.3	539	80.7	758
4. ¿Cuánto tiempo en promedio le dedica a cada consulta médica? (≤30 min)	614	91.9	54	8.1	668
5. ¿Ha recibido algún Curso o Capacitación	353	42.3	482	57.7	835
6. En el último mes, ¿ha leído más de un artículo médico?	785	93.9	51	6.1	835
7. En el último año, ¿ha presentado alguna ponencia?	319	38.2	515	61.8	834
Enfermeras	SI	(%)	No	(%)	Total
1. Además de la Unidad Médica, ¿tiene práctica clínica en otro lugar?	168	22.3	587	77.7	755

2. ¿Cuántas horas al día trabaja en esta unidad Médica? >8	43	5.7	731	94.1	756
3. En el último mes, ¿ha leído más de un artículo de calidad?	199	26.3	559	73.7	758
4. ¿Ha recibido algún Curso o Capacitación en los últimos 12 meses?	599	79.0	159	20.8	758
5. ¿Da o imparte cursos o pláticas?	404	53.4	353	56.6	757
6. En el último año, ¿ha presentado alguna ponencia?	522	69.0	235	31.0	757

Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de SICALIDAD 2010.

La tabla 11 muestra el resultado, a nivel de hospital, de la calidad laboral de médicos y personal de enfermería de acuerdo a la suma de los resultados obtenidos en las preguntas de unos y otros. En la misma tabla se puede apreciar que para una calidad laboral óptima estimada (100 por ciento), los médicos reportan una media de 61.2 por ciento, mientras que en el personal de enfermería la cifra es superior, 71.9 por ciento de calidad laboral.

Tabla 11. Calidad de vida laboral en médicos y enfermeras, expresada en porcentaje (el máximo posible es 100%).

Medida	Médicas/os	Enfermeras/os
Media	61.2	71.9
Mediana	57.1	66.7
Rango	28.6	50.0
Mínimo	42.9	50.0
Máximo	71.4	100.0
n	95	93

Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de SICALIDAD 2010.

Correlación entre la satisfacción y el desempeño de las líneas de acción

Una vez que se obtuvieron los resultados sobre el grado de implementación del programa, la satisfacción de usuarios y la calidad de vida laboral, se realizó un análisis de correlación para identificar relaciones posibles entre las variables. La teoría en la que se basa el programa obliga a considerar como hipótesis probable que a mayor nivel de implementación del programa es esperable un aumento similar en la satisfacción de los usuarios y en la calidad laboral de los trabajadores. En principio consideramos que, por lo menos para los dos primeros rubros, era muy difícil observar esta correlación dado que la implementación global del programa fue baja mientras que la satisfacción de los pacientes, por el contrario, resultó muy alta.

Al realizar la prueba de correlación entre las variables señaladas se observa que, efectivamente, ésta es muy baja (0.02) y que no tiene significancia estadística. Esto refuerza la idea de que no existe una relación directa entre las variables evaluadas. Estos resultados hacen surgir tres hipótesis: i) la primera es que realmente no existe ninguna correlación entre las variables, lo que pondría en duda la idea —planteada implícitamente por el programa— de que mejorar las condiciones en las que se prestan los servicios mejora la calidad de la atención; ii) la segunda es que el impacto de la implementación del programa no puede apreciarse en la satisfacción de los pacientes, aunque quizá se aprecie en otras dimensiones no evaluadas (como la efectividad del tratamiento y la seguridad del paciente), y iii) la tercera es que las categorías evaluadas (todas o algunas de ellas) no son las más adecuadas para medir las dimensiones investigadas, lo que obligaría a reconsiderar la forma en que se han construido los indicadores, así como su validez, sensibilidad y especificidad.

Cuando se busca correlacionar específicamente cada línea de acción con la satisfacción del paciente, algunas variables parecen covariar aunque en un grado poco importante. Estas variables son Aval Ciudadano, la campaña Está en Tus Manos y la existencia de COCASEP (todas con significancia estadística) (tabla

12). Como se ha comentado, estos hallazgos obligan a considerar estudios de mayor profundidad.

Tabla 12. Correlación del grado de implementación del programa SICALIDAD, de cada línea de acción y de las condiciones laborales de médicos y de enfermeras con la satisfacción de los usuarios.

<i>Implementación</i>	<i>Satisfacción usuarios</i>		
	<i>n</i>	<i>R</i>	<i>p</i>
<i>SICALIDAD</i>	89	0.053	0.619
<i>Aval</i>	89	0.216*	0.042
<i>PREREIN</i>	87	-0.077	0.477
<i>Cirugía segura</i>	79	0.031	0.789
<i>Está en Tus Manos</i>	87	0.182	0.096
<i>Acreditación</i>	88	-0.002	0.982
<i>Acuerdos</i>	80	0.158	0.162
<i>COCASEP</i>	88	0.241*	0.024
<i>Mediana Enfermeras</i>	87	0.257	0.016
<i>Mediana Médicos</i>	89	-0.106	0.321

Fuente: Elaboración propia a partir de la evaluación de SICALIDAD 2010.

Conclusiones de la dimensión operativa

La implementación del programa es heterogénea, hay una gran amplitud entre la línea que presentó el mayor grado de implementación (PREREIN con un 94.1 por

ciento), y la que tuvo el menor grado de implementada (Aval Ciudadano, con un avance del 30.2 por ciento). El hecho de que los informes de las evaluaciones realizadas a SICALIDAD sistemáticamente señalen al proceso de Acreditación y al Aval Ciudadano como las líneas que presentan el menor nivel de desarrollo —cuando ambas fueron impulsadas desde la administración anterior— puede indicar que el programa se acepta en el discurso pero no en las acciones.

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

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

Si, por ejemplo, los COCASEP estuvieran cumpliendo adecuadamente sus funciones (analizar de manera colegiada, en conjunto con su Aval Ciudadano, los problemas y avances en calidad percibida, calidad técnica y seguridad del paciente, así como formular recomendaciones al equipo directivo y personal de salud sobre acciones de mejora continua y estandarización de procesos de atención) es probable que tuviera un impacto positivo tanto en la implementación del Aval Ciudadano como en la satisfacción de los usuarios. Un estudio de este sentido podría resultar relevante considerando que el Aval Ciudadano es uno de los componentes de SICALIDAD que podría contribuir con mayores posibilidades a incorporar a la sociedad civil en el control, vigilancia y evaluación del programa.

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

A pesar de que el principal propósito de SICALIDAD es disminuir la heterogeneidad en la práctica clínica, la manera en que se opera y evalúa el programa impide saber cuál era el grado de heterogeneidad de la práctica clínica al inicio del mismo y cómo influía en la calidad de la atención, cuánto ha disminuido y cómo ha influido esta disminución en la calidad de la atención. Dado que esta información no se tiene, es imposible saber si este objetivo se ha alcanzado.

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

4.3 Análisis de SICALIDAD desde el enfoque del derecho a la salud

En nuestro país existe la necesidad de impulsar una nueva generación de políticas públicas que permitan superar la tradicional intervención asistencial del Estado para atender problemáticas sociales. Esta visión asistencialista –contraria a la lógica de derechos humanos– no resulta ser una opción favorable para la sociedad y el gobierno en tanto no reconoce a las personas como sujetos de derecho, capaces de participar y decidir sobre la forma en que los recursos públicos deben ser destinados para resolver problemas comunes, además de carecer de mecanismos de rendición de cuentas, participación y transparencia.

Ante esta situación, los estándares jurídicos del Derecho Internacional de los Derechos Humanos se erigen como el marco conceptual y jurídico que permite modificar el actual proceso discrecional de formulación, implementación y evaluación de políticas públicas por uno que –mediante un proceso de inclusión y participación– utilice el alcance de las obligaciones del Estado para proteger los derechos humanos como su objeto y fin. Atendiendo esta necesidad de cambio

institucional en el diseño e implementación de las políticas públicas, este análisis tiene como finalidad principal identificar aquellos elementos que podrían ser adoptados desde el SICALIDAD, para que el mismo se constituya como la estrategia de la política pública del Estado mexicano en materia de salud que a partir de un enfoque de derechos humanos permita dar cabal cumplimiento a las obligaciones relativas a la calidad como elemento del derecho a la protección de la salud.

La necesidad de incluir una perspectiva de derechos humanos en las políticas públicas responde principalmente a dos razones:

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

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

Como señalan sus documentos sustantivos, la creación de SICALIDAD atendió a la necesidad de institucionalizar la calidad en el país. Sin embargo, esos mismos documentos conciben a la calidad como una estrategia de mejoramiento de los servicios de salud y no como un elemento intrínseco del derecho a la salud (PAE, 2007). Esto es evidente en el objetivo general de SICALIDAD, cuando afirma que busca constituirse como «*un sistema que coordine, integre, apoye, promueva y*

difunda avances en materia de calidad situando la calidad como una prioridad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud». De este modo, es innegable que SICALIDAD tiene por finalidad fortalecer y mejorar los servicios de salud pero que, directa y explícitamente, nunca pretendió garantizar, proteger, promover o respetar de manera diferenciada el derecho de las personas a acceder a servicios de salud de calidad.

Este enfoque de calidad como estrategia de desarrollo atraviesa todo el diseño y funcionamiento del Programa. Se busca incidir en la calidad de los servicios de salud teniendo como centro el propio sistema y no a la persona como sujeto de derechos. Muestra de ello es que su *misión* es brindar al sistema de salud metodologías e instrumentos para desarrollar acciones encaminadas a alcanzar la garantía de la calidad (PAE, 2007), y su *visión* es desarrollar líneas de acción que le dan soporte a la implantación progresiva de los procesos de calidad del sector salud (PAE, 2007).

Ahora bien, es común que los intentos por fortalecer los sistemas de salud a través de la regulación de buenas prácticas tiendan a convertir al propio sistema en impersonal, es decir, que los esfuerzos emprendidos se centran únicamente en el desarrollo profesional y científico y no en la persona. Sin embargo, es innegable que cualquiera de las acciones que el Estado realiza para fortalecer el sistema de salud también tendrá un impacto en las personas, las cuales tienen derecho a ser tratadas con respeto y dignidad. Es por ello que se propone que el fortalecimiento de los sistemas de salud se base en un enfoque que tenga como centro a la persona y no únicamente al sistema (OMS, 2007). El empoderamiento de las personas es un supuesto básico del enfoque de derechos humanos, y éste no sólo se alcanza al reconocer a las personas como titulares del derecho, sino a través del establecimiento de mecanismos que les permitan participar en el proceso de diseño e implementación de la política pública.

En los instrumentos jurídicos que constituyen SICALIDAD no consta que se haya diseñado siguiendo algún mecanismo de participación ciudadana. Sin embargo, resalta que SICALIDAD de manera indirecta busque construir ciudadanía en salud mediante la figura del *Aval Ciudadano*, la cual consiste en incorporar la experiencia y participación de grupos organizados de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, centros académicos y otras instituciones en la evaluación de los componentes de calidad percibida en la prestación de servicios de salud (PAE, 2007).

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

A fin de lograr el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos capaces de incidir en el proceso de toma de decisiones, deberán establecerse nuevas premisas para fundamentar la razón de ser del programa. Actualmente, la mayoría de éstas giran en torno al propio sistema de salud (PAE, 2007).

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

en que SICALIDAD incorpore las obligaciones podrá cumplir también con estos principios.

El Sistema Integral de Calidad y el cumplimiento de las obligaciones del DPS

SICALIDAD se encuentra conformado por 33 diferentes proyectos que se distribuyen en cuatro componentes. Algunos de estos proyectos permiten al Estado cumplir de manera incidental con sus obligaciones de garantizar la calidad en los servicios de salud. Este cumplimiento es circunstancial debido a que el impacto que SICALIDAD busca generar es sobre el sistema de salud y no sobre los derechos de la persona.

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

Calidad percibida por los usuarios

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

Estos proyectos pueden relacionarse con el indicador de resultado, ya que a partir de la experiencia ciudadana y del propio personal se busca mejorar la calidad de los servicios. No obstante, ya que depende de factores subjetivos y ajenos a la actuación del Estado, el indicador no permite dar cumplimiento a ninguna de las obligaciones del DPS, en relación con el componente de calidad. En consecuencia, no es posible considerar que estos proyectos de SICALIDAD sean,

por sí mismos, efectivos para garantizar la calidad como elemento del DPS (tabla 13).

Tabla 13. Cumplimiento de los proyectos de SICALIDAD en materia de calidad percibida por los usuarios en relación con las obligaciones del Estado

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

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

Calidad técnica y seguridad del paciente

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

Esta dimensión se encuentra integrada por once proyectos, los cuales, se pueden considerar como elementos que permiten incidir en el *proceso* de atención médica y servicios prestados por el personal de salud. En otras palabras, estos proyectos permiten cumplir con los indicadores de estructura y proceso, debido a que forman en conjunto una maquinaria institucional que busca mejorar la calidad en los procesos de atención y servicios médicos. Por tal motivo, también encontrarán relación con algunas de las obligaciones del DPS, sin embargo, no podrán considerarse completamente eficaces en el cumplimiento de las obligaciones del

DPS hasta que no conciben al sujeto como titular del derecho y no como objeto de la atención médica, ya que, para la incorporación del DPS en las políticas públicas importan las acciones del sistema de salud y la manera en que las efectúa. Por ejemplo: *proporcionar* medicamentos esenciales forma parte del DPS si se realiza de forma *transparente y sin discriminación* (tabla 14).

Tabla 14. Proyectos de SICALIDAD en materia de calidad técnica y seguridad del paciente en relación con las obligaciones del Estado.

<i>Obligación</i>	<i>Proyecto</i>	<i>Indicador</i>	<i>Objetivo</i>
<i>Protección Garantía</i>	<i>Seguridad del Paciente</i>	<i>Estructura Proceso</i>	<i>Implantar medidas de prevención de eventos adversos, para garantizar la Seguridad del Paciente en las unidades del Sector Salud</i>
<i>Protección Garantía</i>	<i>Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial</i>	<i>Estructura Proceso</i>	<i>Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por infecciones nosocomiales, contando con un modelo de gestión de riesgos de infecciones nosocomiales en hospitales públicos</i>
<i>Protección Garantía</i>	<i>Expediente Clínico Integrado y de Calidad</i>	<i>Estructura Proceso</i>	<i>Garantizar la calidad de la documentación médica y de enfermería en los establecimientos de salud involucrando la revisión periódica por las unidades médicas</i>
<i>Protección Garantía</i>	<i>Calidad en la Atención Materna</i>	<i>Estructura Proceso</i>	<i>Incorporar, programas de calidad para la mejora y estandarización de los procesos de atención obstétrica dirigidos a la prevención de muerte materna</i>
<i>Protección Garantía</i>	<i>Cuidados paliativos</i>	<i>Estructura Proceso</i>	<i>Mejorar la calidad de vida de pacientes en situación terminal</i>
<i>Protección Garantía</i>	<i>Uso Racional de los Medicamentos</i>	<i>Estructura Proceso</i>	<i>Estrategias que favorezcan el uso racional y el costo efectividad de los medicamentos por parte de los profesionales de la salud y de los usuarios</i>
<i>Protección Garantía</i>	<i>Servicios de Urgencias que Mejoran la Atención</i>	<i>Estructura Proceso</i>	<i>Implementar en los servicios de urgencias un modelo de atención con calidad y seguridad para el paciente que contribuya a mejorar la</i>

	<i>y Resolución</i>		<i>atención, el nivel de resolución de las unidades y la satisfacción de los usuarios y sus familias</i>
<i>Protección</i>	<i>Medicina Basada en la Evidencia:</i>	<i>Estructura</i>	<i>Incorporar la mejor evidencia clínica disponible para contribuir a mejorar la calidad y seguridad en la atención a los usuarios</i>
<i>Garantía</i>	<i>difusión de Guías de Práctica Clínicas</i>	<i>Proceso</i>	
<i>Protección</i>	<i>Plan de Cuidados de Enfermería</i>	<i>Estructura</i>	<i>Fortalecer la cultura de calidad en los servicios de enfermería de los establecimientos de salud y la estandarización de los cuidados de enfermería, mediante la aplicación de procesos de atención en enfermería o planes de cuidados</i>
<i>Garantía</i>		<i>Proceso</i>	
<i>Protección</i>	<i>Programa de Atención</i>	<i>Estructura</i>	<i>Mejorar la calidad de vida de los pacientes, reduciendo la hospitalización, en aquellos problemas de salud susceptibles de incorporarse a la modalidad de atención domiciliaria</i>
<i>Garantía</i>	<i>Domiciliaria</i>	<i>Proceso</i>	

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

Calidad en la gestión de los servicios de salud

Los proyectos que se encuentran en esta dimensión pretenden conseguir transformaciones en la calidad de la gestión y organización de los servicios de salud a través de la institucionalización del compromiso por la calidad. Estos proyectos a la luz de los indicadores de estructura y proceso tienen impacto en la calidad y de manera indirecta cubren algunas de las obligaciones del Estado en relación con la calidad como elemento del DPS; por tanto, es necesario reiterar la necesidad de que estos proyectos o estrategias tengan como base el reconocimiento de las personas como sujeto de derechos.

Como hemos señalado, el principal objetivo de toda política pública es darle *racionalidad* a la acción estatal. La *racionalidad* son aquellos principios a los que debe atender todo proceso de toma de decisiones, llevado a cabo por los actores estatales, a saber: eficiencia, eficacia, economía, productividad y oportunidad. A pesar de que existe una racionalidad implícita en SICALIDAD, debe señalarse que sus principios sólo atienden en la forma y no en el fondo el diseño de una política

pública basada en la perspectiva del derecho a la salud. En consecuencia, aún es necesario delimitar de manera precisa cuáles serán los límites y alcances de sus obligaciones para desarrollarlas desde un enfoque de derechos humanos (tabla 15).

Tabla 15. Proyectos de SICALIDAD en materia de calidad en la gestión de los servicios de salud en relación con las obligaciones del Estado.

<i>Obligación</i>	<i>Proyecto</i>	<i>Indicador</i>	<i>Objetivo</i>
<i>Protección Garantía</i>	<i>Acreditación y Garantía de Calidad.</i>	<i>Estructura Proceso</i>	<i>Establecer los procedimientos para acreditar y supervisar los establecimientos de salud que se incorporen al Sistema de Protección Social en Salud</i>
	<i>INDICAS. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud.</i>	<i>Resultado</i>	<i>Disponer de una herramienta de carácter gerencial que permita el registro y vigilancia de indicadores de calidad en las unidades médicas, así como, su seguimiento y comparabilidad</i>
<i>Garantía</i>	<i>Comité Nacional por la Calidad en Salud .</i>	<i>Estructura</i>	<i>Unificar los criterios para la aplicación de las políticas en materia de calidad y seguridad en la atención a los pacientes y coordinar acciones en el Sistema Nacional de Salud enfocadas a mejorar la calidad en la atención a la salud.</i>
<i>Garantía</i>	<i>Comités Estatales de Calidad en Salud.</i>	<i>Estructura</i>	<i>Ser la instancia promotora y coordinadora del establecimiento y desarrollo del Sistema Integral de Calidad en el ámbito estatal.</i>
<i>Promoción</i>	<i>Gestores de Calidad en Atención Primaria y Hospitales.</i>	<i>Estructura</i>	<i>Contar con una Red de Calidad que incorpore el esfuerzo que deben realizar los gestores de calidad en atención primaria y hospitales.</i>
<i>Promoción</i>	<i>Creación y fortalecimiento de los COCASEP en Hospitales y Atención Primaria.</i>	<i>Estructura</i>	<i>Constituir y dinamizar el funcionamiento de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente tanto en hospitales como en las estructuras coordinadoras del primer nivel de salud (jurisdicciones y regiones) situando de esta manera la calidad en la agenda permanente de los prestadores de salud.</i>

Protección Garantía	Componente de calidad en Convenios de Gestión del SPSS.	Estructura Proceso	Implementar en los servicios de urgencias un modelo de atención con calidad y seguridad para el paciente que contribuya a mejorar la atención, el nivel de resolución de las unidades y la satisfacción de los usuarios y sus familias.
Protección Garantía	Modelo de Gestión para la Calidad Total.	Estructura Proceso	Aplicar un Modelo de Excelencia o Calidad Total, utilizando la ruta de la calidad y el desarrollo de habilidades y capacidades, como herramienta para elevar la calidad de la atención de los servicios de salud.
Promoción	Curricula de Calidad en la formación de los profesionales.	Estructura	Incorporar a los programas docentes de pregrado y posgrado de enfermería, trabajo social y medicina, una materia dedicada a la calidad en los servicios de salud.
Promoción	Vinculación a SICALIDAD del programa de estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud.	Estructura	Estímulos a la calidad del desempeño del personal de salud, considere en su evaluación el compromiso de calidad de éstos en los proyectos de SICALIDAD que logren la mejora en la percepción de los usuarios, una atención efectiva y la participación en la mejora de los procesos de las unidades.

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

5. Conclusiones

5.1 Principales Fortalezas de SICALIDAD

1. Las definiciones, estructuras, instrumentos y acciones son conocidas y aplicadas en los distintos ámbitos de la Secretaría de Salud: federal, estatal y local.
2. Existe un aceptable conocimiento sobre los componentes de SICALIDAD en otras instituciones de salud, como IMSS, ISSSTE y SEMAR, tanto entre sus funcionarios como entre su personal operativo, por lo que en general, SICALIDAD logró tener presencia más allá del ámbito de la SS.
3. En el caso de los SESA, la implantación de SICALIDAD es muy heterogénea, tanto a escala regional como en las unidades de atención.
4. Las instituciones del sector salud conocen la existencia y reconocen como órganos de consenso y toma de decisiones al CONACAS, los CECAS y los COCASEP.

5. Los componentes de SICALIDAD han logrado tener presencia entre el personal médico; aunque en forma mucho menor en el resto del personal.
6. Las convocatorias para los premios tuvieron buena difusión y los postulantes y beneficiarios tenían conocimientos sobre la normatividad y la reglamentación al respecto.
7. Los recursos obtenidos por medio de los premios, tal como prevé el diseño del programa, sirvieron para adquirir diversos insumos, mobiliario y equipo de la unidad, lo que repercutió en la disminución de los tiempos de espera, la integración del expediente clínico y la prevención de enfermedades nosocomiales, entre otros. Los estímulos otorgados con estos premios tienen recompensas paralelas, como son el beneficio curricular y la capacitación constante.
8. Se detectó un amplio reconocimiento de los apoyos obtenidos a través de los Acuerdos de Gestión.
9. Los proyectos de capacitación incorporaron en su diseño financiero una distribución adecuada entre gastos de operación y gasto para el pago de cursos de capacitación.
10. El proceso de acreditación mejora la calidad de la atención. El papel de la DGACS y la DGCES es fundamental en la consecución de la acreditación de las unidades pero es necesario un seguimiento que permita sostener los niveles de calidad en las unidades acreditadas y elevarlos en las no acreditadas.

5.1 Principales Debilidades de SICALIDAD

Debilidades relacionadas con la naturaleza de SICALIDAD

1. En México no existe un verdadero sistema nacional de evaluación de la calidad de los servicios de salud, que permita seguir la evolución de este atributo de la atención y comparar su desempeño en el total de instituciones del Sistema Nacional de Salud.
2. Desde su creación, SICALIDAD abandonó el papel rector que le confirió el Ejecutivo Federal en sus primeras Reglas de Operación. Esta ausencia de rectoría le ha impedido funcionar como un verdadero sistema sectorial de alcance nacional.

Debilidades relacionadas con el diseño de SICALIDAD

1. El sistema integral de calidad en salud posee una naturaleza ambigua, que impide identificar claramente sus funciones y alcances.
2. La heterogeneidad en el funcionamiento de las instituciones del sector salud, —identificada en el diagnóstico del PRONASA y que, de acuerdo con el PAE,

fue una de las principales justificaciones para la creación de SICALIDAD— ha persistido hasta la fecha, tanto en la implementación como en el desempeño de prácticamente todos los componentes evaluados.

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

Debilidades relacionadas con la operación de SICALIDAD

1. Las líneas de acción de SICALIDAD han sido definidas desde el nivel central, tomando en poca consideración las necesidades específicas de cada unidad de atención.
2. Existe una gran diversidad de líneas de acción de SICALIDAD y las unidades de atención tienden a seleccionar los componentes en forma coyuntural y no sistemática. En consecuencia el Programa está implementado parcial y heterogéneamente.
3. La capacitación y formación profesional de los encargados de calidad en las unidades de atención es insuficiente, no son figuras institucionalizadas y realizan las tareas de SICALIDAD además de las propias. Cumplen sus funciones prácticamente de manera honoraria y no tienen suficientes incentivos ni reconocimientos institucionales.
4. La infraestructura general no es óptima. Se considera entre regular y buena en los hospitales evaluados, incluso en los que están acreditados. En las unidades hospitalarias no acreditadas se desconoce el proceso que deben seguir para lograr la acreditación.
5. El CONACAS se reúne e con menos frecuencia que lo señalado en su Acuerdo de Creación, y sus acuerdos y recomendaciones no se difunden

- apropiadamente, por lo que son desconocidos por los actores involucrados (instituciones y personal).
6. El papel de los COCASEP es heterogéneo en el país y falta supervisión efectiva sobre su desempeño en cada unidad hospitalaria. El conocimiento de estos comités sobre los acuerdos y recomendaciones de los REC y CONACAS es insuficiente.
 7. Falta mayor presencia, supervisión y seguimiento de la DGCES y los REC para mantener la eficiencia de las unidades acreditadas y mejorarla en las no acreditadas.
 8. Los Gestores de Calidad mantienen poca comunicación con las instancias federales y baja interacción con el personal médico.
 9. La mayoría de los hospitales evaluados no ha participado en los Acuerdos de Gestión o recibido financiamiento por SICALIDAD. En los que hicieron Acuerdos hay deficiencias en el seguimiento del cumplimiento, especialmente en materia de impacto en la estructura y procesos.
 10. Para el PNCS no se aplican rigurosamente los requisitos establecidos en los manuales.
 11. En general, los proyectos no contemplan mecanismos de corresponsabilidad.
 12. El financiamiento de SICALIDAD llega tardíamente a los gobiernos estatales y se desconoce cuándo se entrega a los SESA o a los responsables de los proyectos de capacitación; en consecuencia las actividades programadas se ven afectadas en su operación.
 13. Se carece de información sobre la ejecución de los recursos por parte de los beneficiarios de SICALIDAD, lo que no permite valorar el impacto de los proyectos de capacitación.
 14. Los montos adjudicados a los SESA para proyectos de SICALIDAD varían entre un estado y otro, lo que pone en desventaja a los de menor desempeño.

15. Existen deficiencias en los procesos técnicos para acceder a recursos adicionales vía los AG y los premios al desempeño.

6. Recomendaciones

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

Ante lo anterior, es indispensable fortalecer la rectoría de SICALIDAD —clarificando su papel como instrumento programático de esta política— e identificar los elementos que componen el Derecho a la Protección de la Salud, a fin de incorporarlos en la política nacional sobre la calidad de los servicios.

Por otra parte, es indispensable que todas las instituciones de salud que buscan elevar la calidad de la atención se apeguen de manera obligatoria al sistema integral de calidad y que este apego sea regulado por la ley. Para ello, es posible

que sea necesario que SICALIDAD deba adquirir una naturaleza jurídica distinta a la que posee, a fin de que cuente con un marco legal que regule y ampare su ejecución como política sectorial y le permita contar con presupuesto genuino para desarrollar sus acciones.

Con independencia de lo anterior, es innegable que mientras eso sucede el CONACAS debe realizar esfuerzos más vigorosos para incorporar plenamente a los diferentes actores del SNS (tanto privados como de la seguridad social) en los esfuerzos por homogeneizar las prácticas en calidad y organizar los sistemas en torno a los mismos criterios.

Es necesario generalizar las evaluaciones periódicas del desempeño de todo el SNS en materia de calidad, promoviendo la creación y utilización de escalas e indicadores universales, capaces de mostrar el desarrollo e impacto de los programas con criterios de validez, sensibilidad y especificidad científicamente probados. En este proceso es fundamental incorporar a las universidades y las instituciones de investigación científica.

Recomendaciones particulares sobre la *naturaleza* de SICALIDAD

1. Diseñar una política nacional en materia de calidad de los servicios de salud, de carácter sectorial y basada en la perspectiva del DPS, que incorpore a todos los actores del SNS involucrados con la calidad de los servicios.
2. Identificar los elementos que conforman el DPS y los subderechos que contiene, a fin de incorporarlos —junto con los estándares del derecho internacional de los Derechos Humanos— en los objetivos y finalidades de la política de calidad de los servicios de salud.
3. Diseñar un instrumento programático, semejante a un Sistema Nacional de Calidad —de responsabilidad nacional y carácter sectorial— responsable de operar política y programáticamente esta política.

4. Promover el diseño de otras políticas públicas de salud —en el ámbito de la de ampliación de la cobertura efectiva, el mejoramiento del acceso oportuno, la elevación de la aceptabilidad social de los servicios, la no discriminación, etcétera— articuladas en torno al cumplimiento del DPS, cuya convergencia proporcione contenido positivo a este derecho.

Recomendaciones particulares sobre el *diseño* de SICALIDAD

1. Diseñar la política nacional de calidad en completa articulación con el resto de políticas de salud, de manera que el alcance de sus objetivos contribuya a mejorar la disponibilidad, pertinencia, accesibilidad material y económica, oportunidad, aceptabilidad y no discriminación en los servicios de salud.
2. Fortalecer el programa de SICALIDAD promoviendo su reubicación institucional, proporcionándole mayor grado de autonomía técnica y de gestión, así como recursos propios.
3. Incrementar la capacidad de SICALIDAD para movilizar recursos financieros, humanos, técnicos y tecnológicos propios, dirigidos a fomentar entre los responsables el apego a las normativas de los programas de calidad.
4. Evaluar la pertinencia de incorporar al CONACAS —como responsable sectorial de un Sistema Nacional de Calidad en Salud— al Consejo de Salubridad General, a fin de que sea posible que ejerza efectivamente una rectoría de alcance sectorial y nacional.
5. Fortalecer el papel de la participación de la población en el diseño y evaluación de las políticas en materia de calidad. En particular es necesario evaluar la posibilidad de modificar la naturaleza, responsabilidades y funciones del Aval Ciudadano y generar otras opciones de participación ciudadana.

Recomendaciones particulares sobre la *operación* de SICALIDAD

1. Identificar las líneas de acción que deben continuar como parte del sistema y las que deben integrarse a otros programas o desaparecer. Esta definición debe realizarse bajo consideraciones normativas y empíricas.
2. Integrar sectorialmente el sistema de información de calidad, a fin de generar indicadores que permitan evaluar el impacto de SICALIDAD en el desempeño de todas las instituciones, así como sobre la salud de cada población objetivo.
3. Crear un sistema de análisis comparativo de los avances de las diferentes dimensiones de la calidad, con posibilidades de comparación jurisdiccional o delegacional, estatal, nacional e internacional.
4. Promover investigaciones científicas que generen sistemas de indicadores para evaluar uniformemente el impacto de las acciones del sistema. Se trata de un problema tan complejo que es indispensable el concurso de académicos del más alto nivel.
5. Crear un sistema de asignación de recursos que permita dirigirlos a quienes más lo requieran, considerando el nivel de avances en la implementación del programa.

Tabla 16. Resumen de recomendaciones específicas para SICALIDAD. Evaluación externa 2012.

	Recomendación	Actores involucrados en la aplicación	Forma factible de aplicar las acciones	Tiempo para alcanzarlas
1. Recomendaciones relacionadas con la calidad de los servicios de salud en general				
Relacionadas con las políticas nacionales en salud	Impulsar el desarrollo de una política nacional de calidad en salud (PNCS)	<ul style="list-style-type: none"> • Titular del Poder Ejecutivo • Titular de la Secretaría de Salud 	Convocando a todas las instituciones del sector salud en el compromiso por la calidad	Mediano plazo
	Impulsar el diseño de las políticas de salud bajo la perspectiva del Derecho a la Protección de la Salud (DPS)	<ul style="list-style-type: none"> • Titular del Poder Ejecutivo • Titular de la Secretaría de Salud 	Convocando a todas las instituciones del sector salud en el compromiso por el cumplimiento del DPS	Mediano plazo
	Impulsar el desarrollo de un Sistema Nacional de Calidad (SNC), responsable de operar política y programáticamente la política nacional de calidad en salud (PNCS)	<ul style="list-style-type: none"> • Titular del Poder Ejecutivo • Titular de la Secretaría de Salud 	Incorporando en el Plan Nacional de Desarrollo 2012 - 2018 la propuesta de crear una PNCS y un verdadero SNC bajo la rectoría del Estado	Mediano Plazo
2. Recomendaciones de ajuste global a SICALIDAD				
Relacionadas con el diseño de SICALIDAD	Identificar los elementos que conforman el DPS y sus subderechos a fin de incorporarlos en los objetivos y finalidades de la PNCS	<ul style="list-style-type: none"> • Titular de la Secretaría de Salud • Titular de la Subsecretaría de Integración y 	Promoviendo la investigación del DPS en todos los espacios del Sector Salud y los sectores de investigación científica y	Mediano Plazo

	Desarrollo del Sector Salud	educación superior	
Incorporar al SNC al Consejo de Salubridad General, a fin de que sea posible ejercer una rectoría sectorial de alcance nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Titular de la Secretaría de Salud • Titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud • Titular del Consejo de Salubridad General 	Incorporando en el Programa Nacional de Salud 2012 - 2018 la propuesta de crear una PNCS y un verdadero SNC bajo la rectoría del Estado	Corto Plazo
Fortalecer SICALIDAD, promoviendo su transformación en el SNC Proporcionarle mayor grado de autonomía técnica y de gestión, así como recursos propios	<ul style="list-style-type: none"> • Titular de la Secretaría de Salud • Titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud • Titular del Consejo de Salubridad General 	Incorporando al CONACAS (como responsable sectorial del SNC) al Consejo de Salubridad General	Corto Plazo
Fortalecer la participación de la población en el diseño y evaluación de las políticas públicas en materia de calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud 	Ampliando las funciones y responsabilidades del Aval Ciudadano y generando otras opciones de participación ciudadana	Mediano Plazo

		<ul style="list-style-type: none"> • DGCEs • DGACS 		
Relacionadas con la operación de SICALIDAD	Dotar al CONACAS de mayor capacidad en la conducción de SICALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • Titular de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud. • DGCEs 	Asegurando la participación de todas las instituciones del SNS en el CONACAS	Año 2013
	Mejorar la operación del CONACAS incorporando grupos técnicos especializados en la calidad de la atención	<ul style="list-style-type: none"> • DGCEs 	Conformación de grupos técnicos.	Permanente
	Disminuir el número de líneas de acción e implantarlos diferencialmente según las necesidades particulares de las entidades federativas, evitando la dispersión de recursos y permitiendo un mejor seguimiento. Es posible que hubiese líneas de cumplimiento obligatorio y líneas de realización opcional, de acuerdo con las características de cada entidad	<ul style="list-style-type: none"> • DGCEs • DGACS • CONACAS • CECAS 	Proponer un esquema simplificado de componentes, líneas de acción y proyectos	Corto Plazo

federativa.

Fortalecer la infraestructura destinada a la operación de las instancias responsables de la calidad, a escala estatal, jurisdiccional y en las unidades hospitalarias.

- SS
- SESA

Mayor presupuesto para inversión

Permanente

Establecer estrategias y mecanismos para el desarrollo apropiado de los componentes de SICALIDAD en las diferentes entidades federativas e instituciones del sector, buscando disminuir las brechas en la operación.

- SESA
- DGACS
- CECAS
- REC

Validando un nuevo esquema de desarrollo para SICALIDAD, diseñado en conjunto con los estados

Permanente

Desarrollando en las Entidades Federativas proyectos específicos con mínimos de cumplimiento ajustados a las condiciones regionales y las necesidades de las unidades de atención

Extender, fortalecer y asegurar compromisos de las Instituciones del SNS para asumir directrices y operación

- Titulares de instituciones del SNS
- DGCEs

Firma de acuerdos interinstitucionales

2013

	de SICALIDAD.	<ul style="list-style-type: none"> • REC 		
	Fortalecer las figuras del personal responsable de operar las acciones relacionadas con la calidad (REC, GC) y mejorar la coordinación entre los actores involucrados en su planeación y gestión.	<ul style="list-style-type: none"> • Titulares de las Secretarías de Salud de las Entidades Federativas • DGACS 	Definición de criterios claros para otorgar nombramientos, con funciones y relaciones jerárquicas definidas	Permanente
	Mejorar la comunicación y compromiso de CONACAS, CECAS, COCASEP, REC, y GC en el seguimiento y cumplimiento de acuerdos.	<ul style="list-style-type: none"> • CONACAS • CECAS • COCASEP • DGACS 	Fortalecimiento de Pagina web, Instrucciones de SICALIDAD y Boletines	Permanente
	Mejorar los tiempos de transferencia de recursos financieros a las unidades de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Subsecretaría de Administración y Finanzas de la SS • Unidades de finanzas de los SESA 	Estableciendo sistemas de control de flujo financiero, con informes a los REC y la DGACS	Permanente
3. Recomendaciones de ajuste específico por línea de acción				
Relacionadas con la calidad percibida	Fortalecer y dar seguimiento a la participación ciudadana, vía la figura de Aval Ciudadano. Vincular los trabajos de los COCASEP con los de los	<ul style="list-style-type: none"> • CONACAS • CECAS • COCASEP 	Convocar a instituciones académicas y población en general para formar parte del Aval Ciudadano en los COCASEP	A corto plazo y permanente

CECAS

Relacionadas con la calidad técnica y la seguridad del paciente

Identificar y gestionar los riesgos asociados con la seguridad del paciente

- CONACAS
- CECAS
- DGCES

Establecer protocolos de verificación de procedimientos médicos y prácticas quirúrgicas seguras

Desarrollar programas sobre eventos adversos.

Permanente

Fortalecer los canales e indicadores de seguimiento y monitoreo

- DGCES
- CONACAS
- CECAS
- REC
- GC

Definir un modelo único de reporte de avance de proyectos de SICALIDAD que contenga indicadores de proceso y resultado.

2013, permanente

Relacionadas con la gestión de la calidad en los servicios de salud

Mejorar apoyos y asesorar a las unidades de atención para obtener la acreditación

- DGACS
- CECAS
- REC

Difusión de instructivos, normas, instrumentos de acreditación.

Establecimiento de un mínimo anual de acreditación de unidades

Supervisar la permanencia de los criterios de acreditación en las

Permanente

	<p>Establecer mecanismos que permitan el seguimiento de la implantación de los componentes de SICALIDAD, adicionales al seguimiento de los acuerdos del CONACAS y los REC.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DGACS • REC • CONACAS • CECAS 	<p>Revisión permanente de seguimiento de acuerdos de CONACAS y CECAS</p> <p>Establecimiento de un mecanismo de monitoreo de la implementación de las líneas de acción establecidas como obligatorias, con criterios bien definidos y cronogramas para su cumplimiento.</p>	<p>Permanente</p>
<p>Relacionadas con los proyectos de apoyo y reconocimiento</p>	<p>Para entidades y unidades de mayor rezago en sus indicadores de calidad:</p> <p>a) Priorizar apoyos técnicos y de gestión a los SESA con mayor rezago.</p> <p>b) Crear capacidad en las unidades para elaborar propuestas factibles de ser financiadas por AG.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DGACS • CECAS • REC 	<p>Elaborar criterios de priorización y elegibilidad de proyectos para este tipo de zonas</p> <p>Cursos, talleres, reuniones, asesorías, con líderes estatales y regionales del país</p>	<p>A corto plazo</p> <p>Permanente</p>
	<p>Mejorar el monitoreo de los</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DGACS 	<p>Definir un sistema de reporte que permita conocer</p>	<p>Permanente</p>

avances y resultados de los AG

- *CECAS*
- *REC*

*los alcances de los AG
financiados*

Fuente: Elaboración propia a partir del diagnóstico de fortalezas y debilidades de SICALIDAD 2012.

7. Bibliografía

- Abramovich, V. (2006). Los estándares interamericanos de derechos humanos como marco para la formulación y el control de las políticas sociales. Anuario de Derechos Humanos.
- Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. Revista de la CEPAL, (88).
- Aguilar, A. (2009). ¿Qué son y para qué sirven las Políticas Públicas? En Contribuciones a las Ciencias Sociales. Disponible en: www.eumed.net/rev/cccss/05/aalf.htm
- Aguirre-Gas HG. (2002). Calidad de la atención médica. Bases para su evaluación y mejoramiento continuo. México, Secretaría General. Comisión Americana Médico Social, Noriega. Serie Estudios 54
- Aguirre-Gas HG. (2007). Evaluación de la calidad de la atención médica. ¿Una tarea para médicos? Cir Ciruj; 75:149-150.
- Aguirre-Gas, HG. (2008). Sistema ISO 9000 o evaluación de la calidad de la atención médica. Cir Ciruj, 76(2),187-196.
- Almond, G., Verba, V. (1970). La cultura cívica, Madrid, Fundación Foessa.
- Ávalos-García, MI. (2010). La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. Horizonte Sanitario, 9(1), 9-19.
- Bardach, E. (2008). Los ocho pasos para el análisis de políticas públicas. Un manual para la práctica. México, Porrúa, CIDE.
- Barzelay, M. (2003). La nueva gestión pública. Un acercamiento a la investigación y al debate de las políticas. México, FCE.
- Briceño-León, R. Coord. (2000). Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Río de Janeiro, FIOCRUZ.
- Caja Nacional de Salud de la Paz Bolivia (1998). Manual e instructivo de acreditación y vigilancia de la calidad de los policlínicos de la Caja Nacional de Salud de La Paz Bolivia. Caja Nacional de Salud, Management Sciences for Health United States.
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Calidad Asistencial, 16, 276-279.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2011). Elementos básicos para comprender los derechos humanos y el trabajo que desarrolla la CDHDF. México, CDHDF. Pág. 16. Serie de Capacitación Interna número 6
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2011). La CDHDF en el contexto de la protección de los derechos humanos en México. En: Programa de Capacitación y Formación Profesional en Derechos Humanos. México. Págs.20-21.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.
- CONAMED (2008). Lineamientos generales para la seguridad del paciente hospitalizado. Monografía. México, CONAMED.

- CONAMED (2010). Memorias. Simposio CONAMED 2010. Seguridad del Paciente. México, SSA, CONAMED, UNAM.
- CONAMED. Simposio Internacional CONAMED, 5°. (2000). Memoria. Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico-paciente. México, CONAMED.
- CONEVAL (2007). Seguimiento a aspectos susceptibles de mejora derivados de las evaluaciones externas 2007. Sistema Integral de Calidad en Salud. México, CONEVAL.
- CONEVAL (2008). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño 2008. Sistema Integral de Calidad en Salud. México, CONEVAL.
- CONEVAL (2010). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño (2009-2010). Sistema Integral de Calidad en Salud. México, CONEVAL.
- CONEVAL (2011). Informe de la Evaluación Específica de Desempeño (2010-2011). Sistema Integral de Calidad en Salud. México, CONEVAL.
- Conferencia Internacional Americana. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Artículo XI, Asamblea General, Resolución. 1591 (XXVIII-O/98)
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título Primero. Cap. I De los derechos humanos y sus garantías (Reformada la denominación por decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de Junio de 2011).
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965). Asamblea General, Artículo 5, Resolución 2106 A (XX), diciembre de 1965
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979). Artículos 11,12 y 14, ONU, Asamblea General. Resolución de 18 de diciembre de 1979.
- Convención sobre los Derechos del Niño (1959). ONU, Asamblea General. Resolución.1386 (XIV) de 20 de noviembre de 1959.
- Cunil, N. (2010).Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. Revista Reforma y Democracia, (46).
- Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social (1969). ONU, Asamblea General, Resolución 2542 (XXIV), del 11 de diciembre de 1969.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). ONU, Asamblea General, Artículo 25, Resolución.217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- Diario Oficial de la Federación (2007). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD) 2008.
- Diario Oficial de la Federación (2007). Programa Sectorial de Salud 2007-2012. México, 17 de enero de 2008.
- Diario Oficial de la Federación (2007). Primera Sección. Poder Ejecutivo. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud. Lunes 24 de diciembre de 2007.

- Diario Oficial de la Federación (2009). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2010 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).
- Diario Oficial de la Federación (2010). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2011 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (SICALIDAD).
- Diario Oficial de la Federación (2011). Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación 2012 del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud, para el ejercicio fiscal 2012.
- Diario Oficial de la Federación (2011). Ley General de Salud. DOF 16-11-2011. México, D.F. 2011.
- Donabedian A. (1974) Calidad de la atención médica. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Donabedian A. (1988) Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Fondo de Cultura Económica. México.
- Donabedian A. (1993) Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Sal Pub Mex*; 35(3):238-247.
- Donabedian, A. (1991) Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial. *Revista Control de Calidad Asistencial*.
- Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final (1994). México: FUNSALUD.
- Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Visión de conjunto (1994). México: FUNSALUD.
- Fajardo-Ortíz, G.; Carrillo, AM; Neri-Vela, R. (2002). Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002. México, OPS, UNAM.
- Franco, GA. (2010). Salud global: política pública, derechos sociales y globalidad. Medellín, Universidad de Antioquía.
- Gobierno del Distrito Federal (2012). Portal de transparencia presupuestaria del Gobierno Federal. Disponible en <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/ptp/index.jsp>
- Gómez, RD. (2012). Gestión de políticas públicas: aspectos operativos. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 30(2),223-236.
- Gómez-Dantés, O. *et.al.* (2011). Sistema de salud de México. *Rev Sal Mex*, 53, supl. 2.
- Hunt, Paul (2004). Informe del Relator Especial. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Adoptado en el 60º período de sesiones. E/CN.4/2004/49, ONU, 16 de febrero de 2004.
- INEGI (2011). Cuaderno de Información Oportuna Regional. Número 110, Cuarto trimestre 2011. México: INEGI.
- Jiménez, P. (2004). Indicadores de Calidad y Eficiencia de los Servicios Hospitalarios. Una Mirada Actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1).

- Kinnaman K. (2007). Patient safety and quality improvement Act of 2005. Orthopaedic Nursing. Estados Unidos; 26(1): 14-16.
- Kohn, Corrigan y Donaldson, eds. (1993) To err is human: building a safer health system. Washington, D.C, Institute of Medicine. National Academy Press.
- Lahera, E. (2008). Introducción a las políticas públicas en Guía Metodológica para la Formulación de Políticas Públicas Regionales. Chile, División de Políticas y Estudios.
- Molina M. Gloria (2001). Tendencias en la gestión de los servicios de salud. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía. 19(1):71-89
- Moore M. y Khagram S. (2004). On creating public value. CSRI, Working Paper No. 3, Harvard University Press.
- Moore, M. (1998). Gestión estratégica y creación de valor en el sector público. México: Paidós.
- Navarro-Meneses, RM. (2010). Seguridad del paciente /diapositivas/. México, CONAMED.
- Nigenda LG, Juárez C, Ruíz JA. (2009). Informe Final de Evaluación del Diseño de SICALIDAD. Disponible en: <http://www.calidad.salud.mx/calidad/pdfs:lineashtml>
- OACNUDH (2012). Principios y directrices para la integración de los derechos humanos en las estrategias de reducción de la pobreza, Directriz 4 “Establecimiento de metas, referencias y prioridades”. HR/PUB/06/12. Suiza, págs.47-61
- OACNUDH. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2009). Preguntas frecuentes sobre los derechos económicos, sociales y culturales. Folleto informativo número 33. Suiza. pág. 18.
- OACNUDH. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2010). Políticas Públicas y Presupuestos con Perspectiva de Derechos Humanos. Manual Operativo para Servidores y Servidoras Públicas. México, pág. 20.
- Ochoa H, Sánchez HJ, Martínez LA. (1995). Modelo para la evaluación y monitoreo del desempeño de servicios de atención primaria a nivel de Sistemas Locales de Salud (SILOS). Rev. Med. IMSS. México; 33(2): 223-230.
- Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2010). Manual operativo para servidores y servidoras públicos: políticas públicas y presupuestos con perspectiva de derechos humanos. México, pág.16.
- Olaiz, G., ed. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, INSP.
- OMS (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York, de 22 de julio
- OMS (2000). Informe Mundial de Salud 2000. Sistemas de Salud: Mejorar el Desempeño. Ginebra, Suiza.
- OMS (2001). Calidad de la atención: seguridad del paciente. 109a reunión. EB109/9. Ginebra, 5 de diciembre de 2001
- OMS (2007) People at the Centre of Health Care. Harmonizing Mind and Body, Peoples and Systems. Ginebra, Suiza.

- .MS (2007). *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*. Ginebra, Suiza.
- OMS (2007). *People at the Centre of Health Care. Harmonizing Mind and Body, Peoples and Systems*. Ginebra, Suiza.
- OMS (2010). *Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra.
- ONU (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General, Resolución.217 A (III), Artículo 25 del 10 de diciembre de 1948*
- ONU (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución A/RES/2200 durante su XXI periodo de sesiones, New York, 16 de diciembre de 1966*.
- ONU (2010). *Manual operativo para servidores públicos: políticas públicas y presupuestos con perspectiva de Derechos Humanos*. México, pág. 22
- ONU (2011). *Quincuagésimo octavo período de sesiones. 10 de octubre de 2003. Resolución. A/58/427. Cuestiones relativas a los derechos humanos: situaciones relativas a los derechos humanos e informes de relatores y representantes especiales; OACNUDH. Indicadores sobre el Derecho a la Salud en México*.
- ONU. *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1999). El derecho a una alimentación adecuada. Observación General N° 12, 20º período de sesiones. ONU, pág.13*.
- ONU. *Comité de derechos humanos (2006). Informe sobre Indicadores para vigilar el cumplimiento de los instrumentos internacionales de Derechos Humanos. Resolución HRI/MC/2006/7 adoptada en la Quinta Reunión de los Comités que son Órganos Creados en Virtud de tratados de Derechos Humanos. Ginebra*.
- ONU. *Consejo de Derechos Humanos (2007). Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/7/11*
- OPS (1999). *Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., OPS.
- Paganini, J.M. (1993) *Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria*. Ed. OPS. Serie Silos No. 30. Washington, D.C.
- Parra, O. (2003). *El derecho a la Salud*. Colombia, Defensoría del Pueblo.
- Peralta, ML. (2012). *El IMSS y la seguridad social*. México, Novum.
- Pérez, M. coord. (2010). *Cinco Miradas sobre el Derecho a la Salud*. México, FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación, Asociación Civil.
- Ministerio de Salud de Perú (2009). *Política Nacional de Calidad en Salud*. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Lima, Perú.
- Políticas públicas y presupuestos con perspectiva de derechos humanos. Manual operativo para servidoras y servidores públicos (2010)*. México, Oficina en México al Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, FLACSO.

- Presidencia de la República (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, México. Presidencia de la República.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1988). Protocolo de San Salvador, Artículo 10, Resolución de la Asamblea General, San Salvador El Salvador, 17 de Noviembre de 1988.
- Puentes-Rosas, E.; Gómez-Dantés, O.; Garrido-Latorre, F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Publica*, 19(6), 394-402
- Ramírez-Sánchez, T.; Nájera-Aguilar, P.; Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Sal Pub Mex*, 40(1), 1-10.
- Reunión de Expertos sobre Población, Desigualdades y Derechos Humanos. Indicadores de Avance en el Ejercicio de Derechos en Población CELADE (2005). División de Población de la CEPAL y Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Ross AG, Zeballos JL, Infante A. (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev. Panam. Salud Pública*. México; 8(1/2): 93-98.
- Roth AN. (2002). Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación. Houston, Ed. Auroras.
- Ruelas E. (2009). Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios en Salud. Principales aspectos y Logros. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/dirgrss/psct_cont.pdf
- Rutstein DD, et al (1976). Measuring the quality of medical care. A clinical method. *New England Journal of Medicine*; 294(11):582-588
- Sánchez JI. et al. (2002). Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio de Santiago de Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1).
- Sánchez-Chiñas, ME. Evaluación del trato: perspectiva de los usuarios de consulta externa de especialidades del Hospital General de Zona 11 del IMSS. México. Colecciones Educativas en Salud Pública 8
- Santos GJ. (2011). Encuesta Nacional de Calidad de Vida Profesional y Compromiso con la Calidad 2011. Resultados /fotocopias/ En: Proyecto: Percepción de los profesionales de la salud. Caminando con los trabajadores de la salud. México, SSA
- Secretaría de Salud (2008). Programa de Acción Específico 2007-2012. Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD. México.
- Secretaría de Salud (2006-2011). Reuniones Regionales Calidad /presentaciones/. México, SSA
- Secretaría de Salud (2007). Plan Nacional de Salud 2007 -2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, SSA.
- Secretaría de Salud (2007). Plan Nacional de Desarrollo (2007-2012). México, SSA.

- Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. México, SSA.
- Secretaría de Salud (2007). Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas. México, SSA.
- Secretaría de Salud (2010). Comité de Calidad y Seguridad del Paciente COCASEP /diapositivas/. México, SSA
- Secretaría de Salud (2012). Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Disponible en: www.calidad.salud.gob.mx/calidad/sicalidad.html
- Secretaría de Salud (s.a.). Comité Estatal de Calidad en Salud CECAS /diapositivas/. México, SSA.
- Secretaría de Salud (s.a.). Comité Nacional por la Calidad en Salud /diapositivas/. México, SSA.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud (2007-2011). Respuestas Institucionales. México, SSA.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño (2000). Propuesta metodológica para la construcción de un índice de trato. Documento Técnico. México, SSA.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño (2009). Trato adecuado: preguntas y respuestas /fotocopias/. México.
- Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (2005). Evaluación Externa de las Reglas de Operación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2004-2005. México, INSP
- Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (2006). Evaluación Externa de las Reglas de Operación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2005-2006. México, INSP.
- Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (2006). La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2002-2006. Resultados y retos. Informe final de evaluación. México, INSP.
- Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (2007). Evaluación Externa de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2006-2007. México, INSP.
- Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (2008). Informe final de Evaluación Programa SICALIDAD. México. SSA
- Tobar, F. (2002). Modelos de Gestión en Salud. Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas de Rosario.
- UAM-X, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. (2009). Evaluación Técnico-Financiera de SICALIDAD 2008. Informe Final. México. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/evaluacion_inst_2008.html
- UAM-X, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. (2011). Evaluación de SICALIDAD 2011. Informe Final, México D.F. (en prensa).
- UNAM (2010). Evaluación del Programa SICALIDAD 2010. Informe final. México, UNAM.

Vázquez, D., Delaplace, D. (2011). Políticas públicas con perspectiva de derechos humanos: un campo en construcción. SUR Revista Internacional de Derechos Humanos, 8(14).

8. Anexos

ANEXO 1

Construcción de los indicadores cuantitativos

Enseguida se presentan las líneas de acción, preguntas seleccionadas y ponderación otorgada a cada una durante la construcción de los indicadores denominados “grado de implementación global del programa”, “satisfacción de los usuarios con la atención recibida” y “condiciones laborales de los trabajadores de la salud”.

Construcción del Indicador “Grado de implementación global del programa”

a) Para construir el “grado de implementación global del programa” se seleccionaron, inicialmente, las líneas de acción que se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Líneas de acción seleccionadas según componente, fuente y ponderación otorgada para la construcción del indicador “grado de implementación global del programa”.

<i>Componente 1. Calidad Percibida por los usuarios</i>	<i>Cédulas</i>	<i>Médicos</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Usuarios</i>
<i>Línea de acción 1.1 Construir ciudadanía en salud: Aval Ciudadano</i>	20%	15%	15%	50%
<i>Componente 2. Calidad técnica y seguridad del paciente</i>	<i>Cédulas</i>	<i>Médicos</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Usuarios</i>
<i>Línea de acción 2.2 Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial: PREREIN</i>	50%	25%	25%	0%
<i>Línea de acción 2.1 Seguridad del Paciente: Cirugía Segura Salva Vidas</i>	50%	25%	25%	0%
<i>Línea 2.2 Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial: Campaña Está en Tus Manos</i>	25%	25%	25%	25%
<i>Componente 3. Calidad en la gestión de los servicios de salud. Institucionalización de la calidad.</i>	<i>Cédulas</i>	<i>Médicos</i>	<i>Enfermeras</i>	<i>Usuarios</i>
<i>Línea de acción 3.1 Acreditación y garantía de la calidad</i>	50%	20%	20%	10%

Línea de acción 3.5 Gestores de Calidad Acuerdos de Gestión	50%	25%	25%	0%
Línea de acción 3.6 Creación y fortalecimiento de los COCASEP	50%	25%	25%	0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Evaluación de SICALIDAD 2010.

b) De cada línea de acción seleccionada, se eligieron las preguntas y ponderaciones que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Preguntas seleccionadas según línea de acción, fuente y ponderación otorgada para la construcción del indicador “Grado de implementación global del programa”.

Componente 1. Calidad Percibida por los usuarios	Cédulas	Médicos	Enfermera	Usuarios
<i>Línea de acción 1.1 Construir ciudadanía en salud: Aval Ciudadano</i>				
164. ¿Me puede mostrar los documentos de la implementación del Aval Ciudadano en el hospital?				20%
65. ¿Conoce usted el programa de Aval Ciudadano?		15%		
67. ¿En el Hospital existe un Aval Ciudadano?			15%	
75. ¿Sabe lo que es el Aval Ciudadano?				50%
Componente 2. Calidad técnica y seguridad del paciente	Cédulas	Médicos	Enfermera	Usuarios
<i>Línea de acción 2.2 Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial: PREREIN</i>				
175. ¿Existen documentos normativos de la campaña PREREIN (prevención y reducción de la infección nosocomial)?				50%
80. ¿Se implementó en el hospital la campaña para la prevención y reducción de las infecciones nosocomiales?		25%		
83. ¿Se implementó en el hospital la campaña para la prevención y reducción de las infecciones			25%	

nosocomiales?				
Línea de acción 2.1 Seguridad del Paciente: Cirugía Segura Salva Vidas				
232. Verificar que en la bitácora del quirófano exista la lista de verificación de la seguridad de la cirugía, y que se encuentre la información completa.	50%			
216. ¿En éste hospital se aplica la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?	25%			
212. ¿En éste hospital se aplica la lista de verificación de la seguridad de la cirugía?	25%			
Línea 2.2 Prevención y Reducción de la Infección Nosocomial: Campaña Está en Tus Manos				
214. Verifique la existencia de bitácoras de pláticas informativas sobre la campaña Está en Tus Manos dirigidas al público en general.	25%			
110. ¿En éste hospital, se lleva a cabo la campaña Está en Tus Manos?	25%			
112. ¿En éste hospital, se lleva a cabo la campaña Está en Tus Manos?	25%			
100. ¿Sabe Ud. si en este hospital, se lleva a cabo la campaña Está en Tus Manos?	25%			
Componente 3. Calidad en la gestión de los servicios de salud. Institucionalización de la calidad.				
	<i>Cédulas</i>	<i>Médicos</i>	<i>Enfermera</i>	<i>Usuarios</i>
Línea de acción 3.1 Acreditación y garantía de la calidad				
219. ¿Esta unidad actualmente se encuentra acreditada?	50%			

159. ¿Conoce la cédula de verificación para acreditación de la unidad?	20%
156. ¿Conoce la cédula de verificación para acreditación de la unidad?	20%
48. ¿Ud. sabe si esta unidad está acreditada	10%
Línea de acción 3.5 Gestores de Calidad Acuerdos de gestión	
233. Verificar si en la unidad se han elaborado acuerdos de gestión para la mejora de la calidad de la unidad	50%
194. ¿Ha participado Ud. en actividades de calidad promovidas por el gestor de calidad?	25%
199. ¿Ha participado Ud. en actividades de calidad promovidas por el gestor de calidad?	25%
Línea de acción 3.6 Creación y fortalecimiento de los COCASEP	
198. ¿Existe un acta de conformación del actual COCASEP?	50%
207. ¿Sabe usted si en este hospital existe el COCASEP?	25%
189. ¿En este hospital existe el COCASEP?	25%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Evaluación de SICALIDAD 2010.

Construcción del indicador “Índice de satisfacción de los usuarios”

a) Para construir el “Índice de satisfacción de los usuarios” se seleccionaron las preguntas que se muestran en la tabla 3, seleccionadas de las que se aplicaron a los pacientes durante la evaluación 2010.

Tabla 3. Preguntas utilizadas para la construcción del indicador “satisfacción de los usuarios”, seleccionadas entre las que se aplicaron a los pacientes.

Preguntas	Puntaje				
	1	2	3	4	5
¿En general cómo considera la atención del médico?	muy mala	mala	regular	buena	muy buena
P. 47. ¿Regresaría a buscar atención con este médico?	nunca	tal vez	no estoy seguro	sí	siempre
P. 58. ¿Cómo fue el trato del personal del laboratorio?	muy malo	malo	regular	bueno	muy bueno
P. 59. ¿El tiempo que tardaron en darle los resultados, fue?	bastante	mucho	regular	poco	muy poco
P. 63. La explicación que le dieron sobre los estudios que la iban a realizar ¿fue?	muy mala	Mala	regular	buena	muy buena
P. 64. ¿Cómo fue el trato del personal de rayos X?	muy malo	Malo	regular	bueno	muy bueno
P. 65. ¿El tiempo que tardaron en darle los resultados, fue?	bastante	mucho	Regular	poco	muy poco
P. 72. ¿Cómo considera la atención de la enfermera?	muy mala	Mala	Regular	buena	muy buena
P. 73. ¿Cómo considera la atención del médico de piso?	muy mala	Mala	Regular	buena	muy buena

Fuente: Elaboración propia a partir de la Evaluación de SICALIDAD 2010.

Construcción del indicador “condiciones laborales de los trabajadores de la salud”

a) Para construir el indicador “condiciones laborales de los trabajadores de la salud” se seleccionaron las preguntas que se incluyen en la tabla 4, seleccionadas entre las aplicadas al personal de salud de las unidades evaluadas en 2010.

Tabla 4. Preguntas utilizadas para la construcción del indicador “Condiciones laborales de los trabajadores de salud”, seleccionadas entre las que se aplicaron al personal de salud.

Preguntas a Médicos	Valor =0	Valor=1
10. Además de la Unidad Médica, ¿tiene práctica clínica en otro lugar?	Si	No
11. ¿Cuántas horas al día trabaja en esta unidad Médica?	>8	≤8
13. ¿Cuántas consultas en promedio otorga diariamente en esta unidad?	>15	≤15
14. ¿Cuánto tiempo en promedio le dedica a cada consulta médica en esta unidad?	≤30 min	>30 min
22. ¿Ha recibido algún curso o capacitación ¿	No	Si
23. En el último mes, ¿cuántos artículos médicos ha leído?	1	+ de 1
34. En el último año, ¿ha presentado alguna ponencia?	No	Si
Totales	De 0 a 7	
Preguntas a Enfermeras	Valor =0	Valor=1
14: Además de la unidad médica, ¿tiene práctica clínica en otro lugar?	Si	No
15: ¿Cuántas horas al día trabaja en esta unidad médica?	>8	≤8
21. En el último mes, ¿cuántos documentos de calidad ha leído	1	+ de 1
22. ¿Ha recibido algún curso o capacitación en los últimos 12 meses?	Ninguno	+ de 1
23. ¿En el último año, ha presentado alguna ponencia?	No	Si
32. ¿Da o imparte cursos o pláticas?	No	Si

Totales

De 0 a 6

Fuente: Elaboración propia a partir de la Evaluación de SICALIDAD 2010.

ANEXO 2

Componentes de los índices de Infraestructura General, Infraestructura Clínica, Desempeño General de Procesos, y de Resultados

Tabla 5. Componentes del índice de Infraestructura General.

Índice	Componentes
Infraestructura General	<ul style="list-style-type: none">• Situación del acceso.• Situación de la recepción.• Situación de la sala de espera.• Estado de los baños para discapacitados.• Existencia de zona de camillas y sillas de ruedas.• Situación de las áreas de administración.• Estado de los vestidores para pacientes.• Estado del cuarto limpio y cuarto séptico.• Estado del departamento de mantenimiento.• Situación del personal de salud.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Evaluación de SICALIDAD 2010

Tabla 6. Componentes del índice de Infraestructura Clínica

Índice	Componentes
Infraestructura Clínica	<ul style="list-style-type: none">• Estado de los consultorios médicos.• Estado de la sala de expulsión.• Estado de los quirófanos y vestidores médicos.• Estado del área de hospitalización.

Fuente: Elaboración propia a partir de la Evaluación de SICALIDAD 2010.

Tabla 7. Componentes del índice de Desempeño General de Procesos

Índice	Componentes
Desempeño General	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad general • Conocimiento del personal clave del programa • Aval Ciudadano • Prevención y Reducción de las Infecciones Nosocomiales • Campaña Está en Tus Manos • Acreditación • Cirugía Segura, Salva Vidas • Comité de Calidad y Seguridad del Paciente • Gestores de Calidad

Fuente: Elaboración propia a partir de la Evaluación de SICALIDAD 2010.

Tabla 8. Componentes del índice de resultados desde la perspectiva de los usuarios

Índice	Componentes
Opinión sobre la atención	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos básicos del proceso de atención • Aspectos clínicos del proceso de atención • Aval Ciudadano • PREREIN: Campaña Está en Tus Manos • Acreditación • Cirugía Segura Salva Vidas

Fuente: Elaboración propia a partir de la Evaluación de SICALIDAD 2010.

ANEXO 3

Descripción del contenido de las bases de datos generadas a partir de la información obtenida en la evaluación SICALIDAD 2010.

1. Por “línea de acción”

Base de datos	Componentes*	Variable generada
1. aval ciudadano.sav	$(PC\ 164\ X\ .20) + (PM\ 65\ X\ .15) + (PE\ 67\ X\ .15) + (PU\ 75\ X\ .50) =$	Aval_ponderado
2. Prevención y reducción de la Infección Nosocomial PREREIN.sav	$(PC\ 175\ X\ .50) + (PM\ 80\ X\ .25) + (PE\ 83\ X\ .25) =$	PREREIN_ponderado
3. Cirugía segura.sav	$(PC\ 232\ X\ .50) + (PM\ 216\ X\ .25) + (PE\ 212\ X\ .25) =$	Cirugía_segura_ponderado
4. Está en tus manos.sav	$(PC\ 214\ X\ .25) + (PM\ 110\ X\ .25) + (PE\ 112\ X\ .25) + (PU\ 100\ X\ .25) =$	Manos_ponderado
5. Acreditación y garantía de calidad.sav	$(PC\ 219\ X\ .50) + (PM\ 159\ X\ .20) + (PE\ 156\ X\ .20) + (PU\ 48\ X\ .10) =$	Acreditación_ponderado
6. Acuerdos.sav	$(PC\ 233\ X\ .50) + (PM\ 194\ X\ .25) + (PE\ 199\ X\ .25) =$	Acuerdos_ponderado
7. Cocasep.sav	$(PC\ 198\ X\ .50) + (PM\ 207\ X\ .25) + (PE\ 189\ X\ .25) =$	COCASEP_ponderado

* Componentes: PC: pregunta cédula. PM: pregunta médicos. PE: pregunta enfermeras. PU: pregunta usuarios.

2. Para “Condiciones laborales de los trabajadores de la salud”

Base de datos	Componentes	Variable generada
1. Ambiente laboral enfermeras.sav	Base de enfermeras n= 759 Preguntas seleccionadas: P14, P15, P21, P22, P23 y P32. Recodificadas en 0 y 1, según metodología. Índice = P14 + P15 + P21 + P22 + P23 + P32	
2. Ambiente laboral enfermera por unidad.sav	Base de datos por hospitales n= 95 Promedio de respuestas por hospital P14, P15, P21, P22, P23 y P32.	mediana_sat_enfermeras
3. Ambiente laboral x cada médico.sav	Base de enfermeras n= 837 Preguntas seleccionadas: P10, P11, P13, P14, P22 ,P23 y P34. Recodificadas en 0 y 1, según metodología. Índice = P10 + P11 + P13 + P14 + P22 + P23 + P34 =	
4. Ambiente laboral médicos.sav	Base de datos por hospitales n= 95 Promedio de respuestas por hospital P10, P11, P13, P14, P22, P23, P34	mediana_sat_medicos

3. Para satisfacción de los usuarios.

<p>5. USUARIOS_SECCIÓN_SATIS_sav.sav v</p>	<p>Base de datos de usuarios n= 1237 Frecuencia de respuestas de las preguntas P43, P47, P58, P59, P63, P64, P65, P72, P73 Recodificación de las variables en tres categorías Muy mala y mala = 1 Regular = 2 Buena y muy buena = 3</p>	
<p>6. Satisfacción usuarios recodificada nueva.sav</p>	<p>Base de datos por hospital n= 95 Se obtuvo: Puntaje por pregunta. Por ejemplo para la pregunta 43 cada opción de respuesta se multiplico por su valor respectivo: Muy mala(1) + Mala (2) + regular (3) + buena (4) + muy buena (5). Puntaje total. Suma del los puntajes de todas las preguntas. (P43, P47, P58, P59, P63, P64, P65, P72, P73)</p>	<p>Satis_usuarios</p>

4. Base final. Implementación de Sicalidad 2012

Variables	Observaciones
Folio	
Clues	
Aval_ponderado	Esta variable se integró a esta base según CLUES
PREREIN_ponderado	Esta variable se integró a esta base según CLUES
Cirugía_segura_ponderado	Esta variable se integró a esta base según CLUES
Manos_ponderado	Esta variable se integró a esta base según CLUES
Acreditación_ponderado	Esta variable se integró a esta base según CLUES
Acuerdos_ponderado	Esta variable se integró a esta base según CLUES
COCASEP_ponderado	Esta variable se integró a esta base según CLUES
Implement_SICALIDAD	Variable generada de la siguiente forma: $(Aval_ponderado \times 14.29) + (PREREIN_ponderado \times 14.29) + (Cirugía_segura_ponderado \times 14.29) + (Manos_ponderado \times 14.29) + (Acreditación_ponderado \times 14.29) + (Acuerdos_ponderado \times 14.29) + (COCASEP_ponderado \times 14.29)$
Aval_cat	Variable recodificada 1= Mayor a 90% 2= Entre 90-70% 3= Menor de 70
PREREIN_cat	Variable recodificada 1= Mayor a 90% 2= Entre 90-70% 3= Menor de 70
Cirugía_cat	Variable recodificada 1= Mayor a 90% 2= Entre 90-70% 3= Menor de 70
Manos_cat	Variable recodificada 1= Mayor a 90% 2= Entre 90-70% 3= Menor de 70

Acreditación_cat	Variable recodificada 1= Mayor a 90% 2= Entre 90-70% 3= Menor de 70
Acuerdos_cat	Variable recodificada 1= Mayor a 90% 2= Entre 90-70% 3= Menor de 70
COCASEP_cat	Variable recodificada 1= Mayor a 90% 2= Entre 90-70% 3= Menor de 70
Implement_SICALIDAD_cat	Variable recodificada 1= Mayor a 90% 2= Entre 90-70% 3= Menor de 70
mediana_sat_enfermeras	Valor correspondiente a la mediana
mediana_sat_médicos	Valor correspondiente a la mediana
SUMA_43	Puntaje total
SUMA_PERSONAS_43	Total de personas que contestaron esta pregunta
SUMA_47	Puntaje total
SUMA_PERSONAS_47	Total de personas que contestaron esta pregunta
SUMA_58	Puntaje total
SUMA_PERSONAS_58	Total de personas que contestaron esta pregunta
SUMA_59	Puntaje total
SUMA_PERSONAS_59	Total de personas que contestaron esta pregunta
SUMA_63	Puntaje total
SUMA_PERSONAS_63	Total de personas que contestaron esta pregunta

SUMA_64	Puntaje total
SUMA_PERSONAS_64	Total de personas que contestaron esta pregunta
SUMA_65	Puntaje total
SUMA_PERSONAS_65	Total de personas que contestaron esta pregunta
SUMA_72	Puntaje total
SUMA_PERSONAS_72	Total de personas que contestaron esta pregunta
SUMA_73	Puntaje total
SUMA_PERSONAS_73	Total de personas que contestaron esta pregunta
Prom_43	$SUMA_43 / SUMA_PERSONAS_43$
Prom_47	$SUMA_47 / SUMA_PERSONAS_47$
Prom_58	$SUMA_58 / SUMA_PERSONAS_58$
Prom_59	$SUMA_59 / SUMA_PERSONAS_59$
Prom_63	$SUMA_63 / SUMA_PERSONAS_63$
Prom_64	$SUMA_64 / SUMA_PERSONAS_64$
Prom_65	$SUMA_65 / SUMA_PERSONAS_65$
Prom_72	$SUMA_72 / SUMA_PERSONAS_72$
Prom_73	$SUMA_73 / SUMA_PERSONAS_73$
Satis_usuarios	$(Prom_43) + (Prom_47) + (Prom_58) + (Prom_59) + (Prom_63) + (Prom_64) + (Prom_65)$
Porcentaje_sat_usuarios	$(Satis_usuarios) * 100 / 45$